ПРИЛОЖЕНИЕ № 17

КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ

КП № 1 СТАЦИОНАРНИ ГРИЖИ ПРИ БРЕМЕННОСТ С ПОВИШЕН РИСК

Минимален болничен престой – 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

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

O20.0 Заплашващ аборт
Кръвотечение, уточнено като дължащо се на заплашващ аборт

Ексцесивно повръщане по време на бременността

O21.1 Hyperemesis gravidarum с метаболитни нарушения
Hyperemesis gravidarum, започваща преди края на 22-та гестационна седмица, с метаболитни нарушения като:
- изчерпване на въглехидратните запаси
- дехидратация
- нарушение на електролитния баланс

Медицински грижи за майката при установени или предполагаеми аномалии и увреждания на плода
Включва: изброените състояния на плода, представляващи основание за наблюдение, хоспитализация или други акушерски грижи за майката, както и за прекъсване на бременността
Не включва: медицински грижи за майката при диагностицирана или предполагаема пелвеофетална диспропорция (O33.—)

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

Други нарушения на околоплодната течност и околоплодните мембрани
Не включва: преждевременно пукнат околоплоден мехур (O42.—)

O41.1 Инфекция на амниотичната кухина и околоплодните мембрани
Амнионит
Хориоамнионит

Преждевременно пукнат околоплоден мехур

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

Лъжливо раждане

O47.0 Лъжливо раждане
Включва: заплашващо предтерминно раждане

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1341 Фетален мониторинг

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

1943 Ултразвук на корем или таз

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

55700-00 Ултразвук за откриване аномалии на плода

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

1945 Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

55729-01 Дуплекс ултразвук на умбиликална артерия
Включва: при оценка обем на амниотична течност

1296 Процедури за изследване на други гинекологични локализации

35500-00 Гинекологичен преглед
Палпация на:
• фалопиеви тръби
• яйчници
• матка
Тазов преглед
Визуален и мануален преглед на:
• шийка
• влагалище
• вулва
Не включва: тези с други гинекологични процедури – пропусни кода

1926 Микробиологични изследвания

91920-02 Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
Антибиограма

1932 Изследване на урина

91920-12 Химично изследване на урина
pH
белтък
Билирубин
Уробилиноген
Глюкоза
Кетони
Относително тегло
Нитрити- по преценка на лекуващия лекар
Левкоцити
Кръв

91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

91920-01 Изследване на уринен седимент

91920-14 Изследване за белтък в урината

91226-08 Изследване на 24 часова диуреза за белтък

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Хематологични изследвания

Включва: ПКК,хемостазеологични показатели-по преценка;

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите

91910-08 Изследване на време на кървене

91904-04 Изследване на фактори на коагулация
фактор II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII

91904-05 Изследване на фактор на Вилебранд (von Willebrand)

91910-09 Изследване на протромбиново време

91904-02 Изследване на тромбиново време (ТТ)

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (АРТТ)

91910-11 Изследване на фибриноген
91913-04 Изследване на време на съсирване

1924 Биохимични изследвания

Включва: биохимия (бъбречни и чернодробни показатели)

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин

91910-16 Клинично-химични изследвания за директен билирубин

91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1929 Вирусологични изследвания

Включва: серология – ако не е извършена в ИМП

91913-00 Серологично изследване на кръв за Васерман

91911-29 Други серологични изследвания

91922-00 Серологично изследване за HIV 1/2 антитела

1926 Микробиологични изследвания

91919-12 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за бактериална намазка

91914-99 – Други морфологични изследвания

91919-14 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за култура и чувствителност

1930 Имунологични изследвания

91926-00 Определяне на кръвни групи от системата АВ0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-А, анти-В, анти-АВ, анти-D и тест-еритроцити А1, А2, В и 0)

1934 Други лабораторни изследвания

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

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII
• в т. ч. Vit K, по преценка

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

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители
• Dextran
• Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

1884 Имунизация

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

1920 Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

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

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

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

	• инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант *Виж допълнителни знаци* *Кодирай също когато е направена:* • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени **три** основни диагностични, от които едната задължително включва: ПКК (91910-04, 91910-11, 91913-04), биохимия (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-25, 91910-26, 91910-27, 91910-41), хемостазеологични показатели - по преценка; серология – ако не е извършена в ИМП и две основни терапевтични процедури, насочени към основната диагноза, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

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

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

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

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по клинична патология на територията на областта

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура при I ниво на компетентност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;

- за гинекологична структура при I ниво на компетентност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология”;

- за диагнози с кодове **O21.1, O36.3, O41.1 и O42.2** - най-малко на второ ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология”:

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

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

- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по вътрешни болести.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура при I ниво на компетентност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;

- за гинекологична структура при I ниво на компетентност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология”;

- за диагнози с кодове **O21.1, O36.3, O41.1 и O42.2** - най-малко на второ ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология”:

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

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

- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар/и със специалност по детски болести.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика, лечение и наблюдение на бременни със:

За диагноза O20.0 “Заплашващ аборт”:

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

2. Гестационна възраст преди 26 г.с.

3. Поне един интраутеринно разположен жив плод, доказан ехографски.

4. Липса на клинични и други данни за риск от експулсия на плода (плодовете) в следващите 24 часа и преди 26 г.с.

За диагноза O21.1 “Hyperemesis gravidarum с метаболитни нарушения”:

1. Анамнеза за ексцесивно повръщане.

2. Доказани метаболитни нарушения: хемоконцентрация, кетонурия,+/- нарушени показатели за чернодробната функция, +/- нарушени показатели за бъбречна функция,+/-

нарушения в електролитния баланс.

3. Поне един интраутеринно разположен жив плод, доказан ехографски.

За диагноза О36.3 "Медицински грижи за майката при признаци за фетална хипоксия":

1. Клинични, ехографски данни и/или кардиотокографски признаци за интраутеринна хипоксия на плода (плодовете).

2. Гестационна възраст 26+ седмици.

За диагноза О41.1 "Инфекция на амниотичната кухина и околоплодните мембрани" и О42.2 "Преждевременно пукнат околоплоден мехур, задържане на родовата дейност след медикаментозна терапия":

1. Клинични и ехографски данни за загуба на околоплодна течност.

2. Гестационна възраст 26+ седмици.

3. Поне един интраутеринно разположен жив плод, доказан чрез ехография или кардиотокография.

4. Отсъствие на УЗ или други данни за фетални малформации, несъвместими с извънутробния живот.

5. Отсъствие на активна родилна дейност.

6. Отсъствие на клинични, лабораторни и други данни за септично състояние.

За диагноза О47.0 "Лъжливо раждане":

1. Клинични и/или токографски данни за регулярна активност (контракции) на маточния мускул, без клинична прогресия на раждането.

2. Гестационна възраст 26+ седмици.

3. Запазен околоплоден мехур.

4. Поне един жив плод, доказан чрез ехография или кардиотокография.

5. Отсъствие на УЗ или други данни за фетални малформации, несъвместими с извънутробния живот.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

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

Универсален пакет:

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

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

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

За диагноза с код О20.0 “Заплашващ аборт” се спазва следния алгоритъм: универсален пакет и допълнителен пакет от лечебни процедури включващ:

- инжекция/инфузия на електролити

и/или

инжекция на антибиотик

и/или

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

За диагноза с код О21.1 “Hyperemesis gravidarum с метаболитни нарушения” се спазва следния алгоритъм: универсален пакет и допълнителен пакет, включващ:

- инжекция/инфузия на електролити

и/или

инжекция/инфузия на друго вещество и прилагане на необходимите медикаменти;

- парентерално хранене.

За диагноза с код О36.3 “Медицински грижи за майката при признаци за фетална хипоксия” се спазва следния алгоритъм: универсален пакет и допълнителен пакет включващ:

- инжекция/инфузия на електролити

и/или

инжекция на антибиотик

и/или

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

За диагноза с код О41.1 “Инфекция на амниотичната кухина и околоплодните мембрани” и О42.2 “Преждевременно пукнат околоплоден мехур, задържане на родовата дейност след медикаментозна терапия” се спазва следния алгоритъм: универсален пакет и допълнителен пакет включващ:

- инжекция/инфузия на електролити

и/или

инжекция на антибиотик

и/или

инжекция/инфузия на друго вещество и прилагане на необходимите медикаменти;

- инжекция на стероид.

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

- инжекция/инфузия на електролити

и/или

инжекция на антибиотик

и/или

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

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

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

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- липса на генитално кървене
- жив плод
- отсъствие на маточна активност
- коректно попълнен фиш “Клинико-лабораторен минимум”.

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

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

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

Дата .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

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

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

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

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

Аксиларна t°:	Пулс:	Перисталтика: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)

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

ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО:
☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения
☐ друго (опиши)

КРЪВНА КАРТИНА:	ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ:	ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:
Hb Ht Er Leu	Вр. кървене Фибриноген	

ДРУГИ ДАННИ:

Лекуващ лекар:

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

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

2. История на бременността и раждането (ИБР) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

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

4. **ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:**
   *" История на бременността и раждането (ИБР)";*част III на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*; епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в *История на бременността и раждането (ИБР)*

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

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

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

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

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

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

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

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

1. Минимален болничен престой – 5 дни
Минимален болничен престой при пренатална инвазивна диагностика – 2 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Предшестваща хипертония, усложняваща бременността, раждането и послеродовия период
Включва: описаните състояния с предшестваща протеинурия
Не включва: състояния с нарастваща или прибавила се протеинурия (O11)

O10.0 Предшестваща есенциална хипертония, усложняваща бременността, раждането и послеродовия период
Всяко състояние, класифицирано в рубриката I10, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

O10.1 Предшестващо хипетонично сърдечно заболяване, усложняващо бременността, раждането и послеродовия период
Всяко състояние, класифицирано в рубриката I11.—, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

O10.2 Предшестващо хипертонично бъбречно заболяване, усложняващо бременността, раждането и послеродовия период
Всяко състояние, класифицирано в рубриката I12.—, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

O10.3 Предшестващо хипертонично сърдечно и бъбречно заболяване, усложняващо бременността, раждането и послеродовия период
Всяко състояние, класифицирано в рубриката I13.—, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

O10.4 Предшестваща вторична хипертония, усложняваща бременността, раждането и послеродовия период
Всяко състояние, класифицирано в рубриката I15.—, уточнено като причина за оказване на акушерска помощ по време на бременността, раждането или послеродовия период

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

O11 Предшестваща хипертония с прибавила се протеинурия
Състояния, класифицирани в рубриката O10.—, усложняващи се с нарастваща протеинурия
Прибавила се преeклампсия

Гестационна [предизвикана от бременността] хипертония с масивна протеинурия
Не включва: прибавила се преeклампсия (O11)

O14.0 Умерена преeклампсия
O14.1 Тежка преeклампсия

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

O15.0 Еклампсия по време на бременността

O16 Хипертония при майката, неуточнена
Транзиторна хипертония по време на бременността

Захарен диабет по време на бременността

Включва: по време на раждането и послеродовия период

O24.0 Предшестващ захарен диабет , инсулинозависим

O24.1 Предшестващ захарен диабет ,неинсулинозависим

O24.2 Предшестващ захарен диабет , свързан с недоимъчно хранене

O24.3 Предшестващ захарен диабет ,неинсулинозависим

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

Гестационен захарен диабет БДУ

O24.9 Захарен диабет по време на бременността, неуточнен

Отклонения от нормата при антенатален скрининг на майката

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

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

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

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

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

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

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

Усложнения, специфични за многоплодна бременност

O31.0 Fetus papyraceous

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

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

O31.8 Други усложнения, специфични за многоплодна бременност

Предлежаща плацента (placenta praevia)

O44.1 Предлежаща плацента с кръвотечение
Ниско прикрепена плацента БДУ или с кръвотечение
Предлежаща плацента:
- маргинална
- парциална
- тотална

} БДУ или с кръвотечение

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

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

***Забележка*:** Тази рубрика включва състояния, които усложняват бременността, задълбочават се
от бременността или представляват основно показание за акушерска помощ и за които

Азбучният указател не посочва специална рубрика в клас XV.
При необходимост от идентифициране на конкретното състояние се използва допълнителен код.
***Не включва*:** инфекциозни и паразитни болести (O98.—)
травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини (S00—T98)
медицински грижи за майката поради болест, за която се предполага или със сигурност увреждa плода (O35—O36)

O99.4 Болести на сърдечно-съдовата система, усложняващи бременността, раждането и послеродовия период
Състояния, класифицирани в рубрики I00—I99
***Не включва*:** кардиомиопатия в послеродовия период (O90.3)
хипертонични болести (O10—O16)
акушерска емболия (O88.—)
венозни усложнения и тромбоза на мозъчен венозен синус по време на:
•раждането и послеродовия период (O87.—)
•бременността (O22.—)

Хемолитична болест на плода и новороденото

P55.0 Резус-изоимунизация на плода и новороденото

P55.1 АВО-изоимунизация на плода и новороденото

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

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1330 Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

16600-00	Диагностична амниоцентеза
90460-00	Амниоскопия *Кодирай също когато е направена:* • чрез хистеротомия(35649-00 [1262])
16603-00	Хорионна биопсия

1341 Фетален мониторинг

16514-00	Вътрешен мониторинг на плода Вътрешна фетална кардиотокография [CTG] (скалп)
16514-01	Външен мониторинг на плода Външна фетална кардиотокография [CTG] Фетален контрактилен стрес } Фетален нонстрес тест } тест

1331 Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

16606-00	Фетална кръвна проба
90487-00	Друга вътрематочна диагностична процедура на плода Интраутеринна кожна биопсия на плода БДУ

1943 Ултразвук на корем или таз

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

Ултразвук на бременна матка БДУ

55700-00 Ултразвук за откриване аномалии на плода

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

1945 Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

55729-01 Дуплекс ултразвук на умбиликална артерия
Включва: при оценка обем на амниотична течност

1296 Процедури за изследване на други гинекологични локализации

35500-00 Гинекологичен преглед
Палпация на:
• фалопиеви тръби
• яйчници
• матка
Тазов преглед
Визуален и мануален преглед на:
• шийка
• влагалище
• вулва
Не включва: тези с други гинекологични процедури – пропусни кода

1926 Микробиологични изследвания

91920-02 Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
Антибиограма

91919-12 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за бактериална намазка

91914-99 Други морфологични изследвания

91919-14 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за култура и чувствителност

1932 Изследвания на урината

91920-12 Химично изследване на урина
pH
Белтък
Билирубин
Уробилиноген
Глюкоза
Кетони
Относително тегло
Нитрити
Левкоцити
Кръв

91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

91920-01 Изследване на уринен седимент

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1850 Мониторинг на съдово налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

1923 Хематологични изследвания

Включва: ПКК, хемостазеологични показатели - по преценка.

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар
91910-08	Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар
91904-04	Изследване на фактори на коагулация фактор II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII
91904-05	Изследване на фактор на Вилебранд (von Willebrand)
91910-09	Изследване на протромбиново време
91904-02	Изследване на тромбиново време (ТТ)
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
91913-04	Изследване на време на съсирване
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

1924 Биохимични изследвания

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

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

1929 Вирусологични изследвания

Включва: серология – ако не е извършена в ИМП

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

1930 Имунологични изследвания

91926-00	Определяне на кръвни групи от системата АВ0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-А, анти-В, анти-АВ, анти-D и тест-еритроцити А1, А2, В и 0)

1330 Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

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

1934 Други лабораторни изследвания

91881-00	ДНК анализ
91916-00	Генетични изследвания

91916-01 Цитогенетичен анализ на кръв или костен мозък
92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1330 Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

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

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII
• в т. ч. Vit K, по преценка

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори, в т. ч. Vit K, по преценка
Трансфузия на:
антихемофилен фактор
коагулационни фактори НКД
криопреципитати
фактор VIII

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

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

1884 Имунизация

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

1920 Приложение на фармакотерапия

96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

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

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

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

Изискване:

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

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

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

3. Изследване на кръв, което включва задължително следните кодове от панел ПКК (91910-04, 91910-11, 91910-09) и следните кодове от панел биохимия: (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-25, 91910-26, 91910-27).

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

5. Амниоскопия (90460-00) или амниоцентеза (16600-00) или вземане на кръвна проба и биопсия от плода (16606-00), или хориална биопсия (16603-00),

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

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

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

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

При интензивни грижи при бременност с реализиран риск:

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

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

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

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

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

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

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

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология II ниво - само за интензивни грижи при бременност с реализиран риск, без диагностични процедури с кодове (16600-00), (16606-00; 90487-00) и *(16603-00) или Клиника/отделение по гинекология II ниво - само за интензивни грижи при бременност с

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

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

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

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение ~~на~~ територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология - на територията на областта
2. Микробиологична лаборатория на територията на областта
3. КТ/МРТ – на територията на населеното място

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

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

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

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

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

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

интензивни грижи; без изпълнение на процедури с кодове (16600-00), (16606-00; 90487-00) и (16603-00)- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар с придобита специалност по „Неонатология”

или

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

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по вътрешни болести или кардиолог

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

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

или

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

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по детски болести.
-

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Пренатална инвазивна диагностика на бременността при бременни с:

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

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

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

- стойности на кръвното налягане от или над 140/90 mmHg или по-високо с или без главоболие и-или с повишаване на средното артериално налягане с 20mmHg и повече в сравнение с предишните стойности с или без главоболие; данните за стойностите от АН се вземат от "Карта за профилактика на бременността", изготвена по образец съгласно приложение № 7 от Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията;
- олигурия ≤400мл/24 часа;
- зрителни смущения (двойно виждане, намаляване на зрителната острота);
- декомпенсиран захарен диабет и бременност;
- сърдечна декомпенсация и бременост.

За диагноза <u>О44.1 "Предлежаща плацента с кръвотечение</u>"

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

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.
Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ ПРИ НЕОБХОДИМОСТ ОТ ПРЕНАТАЛНА ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА НА БРЕМЕННОСТТА (кодове на болести по МКБ-10: О28.1, О28.3, О28.4, О28.5, О28.8 и О28.9 и при изпълнение на диагностични процедури с кодове 16600-00, (16606-00, 90487-00), 16603-00.

Диагностичният алгоритъм съдържа и следните задължителни процедури:

- преглед и оценка, описани накратко (резюмирани анамнеза и оценка);
- преглед и оценка, описани обстойно (анамнеза и оценка на нов проблем);
- гинекологично изследване (изследване на таза);
- диагностичен ултразвук на бременна матка;
- изследване на кръв – ПКК, хемостаза, изследване на кръвна група, Резус принадлежност, а при Резус-отрицателните бременни, анти-Д-антитела;
- мониториране на плода (до 26 г.с. чрез ултразвуково регистриране на феталната сърдечна честота , а след 26 г.с. чрез кардиотокография);
- спектрофотометричен анализ на околоплодна течност при имунологични данни за развитие на хемолитична болест на плода по резус системата.

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

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

инжекция на:

-анти-D (Rhesus) глобулин

RhoGAM

96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

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

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

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

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

Задължителни са следните диагностични процедури:

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

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

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

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

<u>За диагноза с код О44.1 “Предлежаща плацента с кръвотечение”</u>

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

- инжекция/инфузия на електролити;

  и/или

- инжекция на антибиотик;

  и/или

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

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

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

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Въз основа на клиничната картина и параклиничните изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

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

- получаване на материал за предвидения анализ;
- налични и документирани:
- нормална сърдечна честота на плода (до 26 г.с. чрез ултразвуково регистриране на феталната сърдечна честота , а след 26 г.с. чрез кардиотокография);
- отсъствие на маточна активност
- липса на генитално кървене
- липса на изтичане на околоплодна течност.

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

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

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

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

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

Дата .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

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

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

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

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

Аксиларна t°:	Пулс:	Перисталтика: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)

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

ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО:
☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения
☐ друго (опиши)

КРЪВНА КАРТИНА:	ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ:	ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:
Hb Ht Er Leu	Вр. кървене Фибриноген	

ДРУГИ ДАННИ:

Лекуващ лекар:

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

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

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

3. ОПЕРАТИВЕН ПРОТОКОЛ ЗА ИЗВЪРШЕНА ПРЕНАТАЛНА ИНВАЗИВНА ПРОЦЕДУРА

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

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

- *"История на бременността и раждането (ИБР)*
- част III на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в *История на бременността и раждането (ИБР)*

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

Л Е Ч Е Б Н О З А В Е Д Е Н И Е

. . . . . .

О П Е Р А Т И В Е Н П Р О Т О К О Л за А М Н И О Ц Е Н Т Е З А

ИЗ №...../.дата.....

Пациент.....год.....
Адрес..... .....
ПРМ.....**гестационен срок по ПРМ**.....г.с.....
Индикации за амниоцентеза (АЦ):

възраст □
Риск НТ I триместър □
Моногенно з. □
Балансирана ХЗА □
Възраст - съпруг □
ICSI □
риск БХС II триместър □
УЗ индикации □
предишно дете с ХЗА □
предишни СА и РН □
друго.....

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

Един жив плод в матката , предлежание.....
BPD ..... FL .....
HC.....AC.....
Плацента.....
Околоплодна течност.....
Отклонения във феталната морфология: НЕ/ДА (описание на отклоненията).....

Други особени ехографски находки

АМНИОЦЕНТЕЗА

Дата.....Начало.....Край .....

Беше извършена трикратна дезинфекция на предната коремна стена. Под ултразвуков контрол беше пунктирана амниотичната празнина със спинална игла ..... G/.....см. Аспирирани бяха.....мл.....околоплодна течност, която беше изпратена в лаборатория.....за.....анализ.

Трансплацентарна пункция: ДА/НЕ.

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

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

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

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

Извършил .....Асистент.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

.....

ОПЕРАТИВЕН ПРОТОКОЛ за БИОПСИЯ НА ХОРИОНА

И.З. №...../дата.....

Пациент.....год.....
Адрес..... .....
ПРМ.....**гестационен срок по ПРМ**.....г.с.....
Индикации за биопсия на хориона (CVS):

възраст □
Риск НТ I триместър □
Моногенно з. □
Балансирана ХЗА □
Възраст - съпруг □
ICSI □
риск БХС II триместър □
УЗ индикации □
предишно дете с ХЗА □
предишни СА и РН □
друго.....

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

Един жив плод в матката , предлежание.....
BPD ..... FL .....
HC.....AC.....
Плацента.....
Околоплодна течност.....
Отклонения във феталната морфология: НЕ/ДА (описание на отклоненията).....

Други особени ехографски находки

БИОПСИЯ НА ХОРИОНА

Дата.....Начало.....Край.....

Беше извършена трикратна дезинфекция на предната коремна стена. Мястото на пункцията беше локално обезболено с 1 мл 1% разтвор на лидокаин. Под ултразвуков контрол беше пунктиран chorion frondosum с аспирационна игла.....G/……см.
Аспирирани бяха.....хорионни вси, които бяха изпратени в лаборатория..... за.....анализ.
Брой пункции на хориона .....
Сърдечна дейност след манипулацията - ДА/НЕ. ФСЧ.....уд./мин.
Кръвна група на бременната - .....Rh +/ Rh -.
Профилактика с анти-D имунен глобулин: ДА/НЕ.

Извършил .....Асистент.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

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

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

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

ИЗВЕСТНО МИ Е И ПРИЕМАМ, ЧЕ:

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

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

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

• БЕШЕ МИ ПРЕДОСТАВЕНА ПИСМЕНА ГЕНЕТИЧНА КОНСУЛТАЦИЯ

• ПОЛУЧИХ ИЗЧЕРПАТЕЛЕН ОТГОВОР НА ВСИЧКИ ВЪПРОСИ

• СЪГЛАСНА СЪМ ДА МИ БЪДЕ ИЗВЪРШЕНА АМНИОЦЕНТЕЗА.

Желая да получа резултатите ЛИЧНО ПО ПОЩАТА (подчертайте).

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

Съгласна съм манипулацията да бъде извършена от д-р
.....

дата.....

подпис.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

……

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ХОРИОННА БИОПСИЯ

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

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

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

ИЗВЕСТНО МИ Е И ПРИЕМАМ, ЧЕ:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Съгласна съм манипулацията да бъде извършена от д-р

_____

Дата:

Подпис:

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА
ПРЕНАТАЛНА ДИАГНОСТИКА на ХРОМОЗОМНИ БОЛЕСТИ

Аз долуподписаната _____

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

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

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

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

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

1. ДНК анализ за хромозомни болести:

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

2. Цитогенетичен анализ:

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

Разбирам че:

1. В някои случаи взетият материал за анализ може да се окаже недостатъчен или некачествен и тогава се налага повторно вземане на материал.
2. Резултати се съобщават след окончателното завършване на всички изследвания, свързани с тях.

Информирана съм за сроковете на получаване на резултат в конкретния случай.

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

☐ разрешавам ☐ не разрешавам

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

☐ ДНК анализ ☐ Цитогенетичен анализ

Желая резултатите от анализа да се съобщават само на мен от генетичен консултант или от лекар, посочен от мен в поръчката.
Резултатите са тайни и могат да бъдат съобщавани на други медицински лица или други пациенти само с моето писмено съгласие.

Желая да получа резултатите:

☐ лично ☐ чрез официално упълномощено от мен лице

☐ по пощата в предварително надписан плик ☐ чрез

лекар:.....

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

Обясних същността на изследването на гореподписания. Отговорих на всичките му въпроси.
Име: _____ ***Дата:*** _____
Подпис:

ДОКУМЕНТ № 4

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

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

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

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

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

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

КП № 3 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ЗА ЗАДЪРЖАНЕ НА БРЕМЕННОСТ

1.Минимален болничен престой - 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1274	Процедури за приложение, поставяне или премахване върху маточна шийка
16511-00	Поставяне на шев на маточна шийка Серклаж при цервикална недостатъчност Серклаж по Мак Доналд – лигатура на цервикс Shirodkar процедура

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от три различни групи (рубрики) **кодове, посочени в Приложение № 21/ блокове от КСМП, насочени към основната диагноза.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

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

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

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

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

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

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

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

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

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

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

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

5а).ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Индикациите за прилагане на оперативна процедура (серклаж на маточната шийка) са:

- предшестващ аборт във втори триместър, протекъл по типичен за цервикалната незостатъчност начин;

и/или

- анамнеза за преждевременно раждане, протекло преципитирано

и/или

- прекарани гинекологични интервенции, довели до скъсяване на маточната шийка (конизация, ампутация, трахелектомия)

и/или

- установено чрез ултразвук скъсяване на маточната шийка – под 25 мм във втори триместър (18-22 г.с.)

и/или

- при значително изглаждане на МШ и разкритие с видим/пролабирал извън ОЕСС околоплоден мехур – „спасителен серклаж”

и/или:

- при многоплодна бременност, съчетана с други рискови фактори са недоизносване.

5б). ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностично-лечебният алгоритъм за тази клинична пътека включва:

1. **Универсален пакет:**

- подробна анамнеза и статус при постъпването;
- гинекологичен/акушерски преглед;
- УЗ - диагностика на бременна матка;
- ПКК;
- анализ на урина (общо химическо изследване, вкл. седимент);
- мониториране на плода – при бременност над 25 г.с.
- изследване на кръвна група и Rh- фактор.

2. **Допълнителни изследвания**:

- Хемостаза;
- Кръвна захар;
- Влагалищен секрет за микробиологично изследване – намазка и култура с антибиограма;
- ЕКГ.

Предоперативните лабораторни изследвания, необходими за да се отчете клиничната пътека за изпълнена, включват: ПКК **(**91910-04); Хемостаза - два показателя: 91910-11 (фибриноген); и 91910-09 (протромбиново време); 91910-12 (кръвна захар); 91919-12 (Микробиологично изследване на проба от женския генитален тракт за бактериална намазка); 91919-14 (микробиологично изследване на проба от женския генитален тракт за култура и чувствителност).

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

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

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

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

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

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

Коректно попълнен фиш “Клинико – лабораторен минимум”

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

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата: .....

<table>
<tr><td colspan="3"><u>ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u>
<u>Корем</u>: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

<u>Микция</u>: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши)

<u>Дефекация</u>: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши)

<u>Раздвижване</u>: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td><u>Аксиларна t°</u>:</td><td><u>Пулс</u>:</td><td><u>Перисталтика</u>: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА</u>: ☐ свалени конци ☐ несвалени конци
☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u>:
☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения
☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td><u>КРЪВНА КАРТИНА</u>:

Hb
Ht
Er
Leu</td><td><u>ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ</u>:

Вр. кървене
Фибриноген</td><td><u>ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ</u>:</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>ДРУГИ ДАННИ</u>:</td></tr>
</table>

Лекуващ лекар:

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

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

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

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

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

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

- "*История на заболяването*";

- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

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

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Серклажът на маточната шийка представлява акушерска операция с влагалищен достъп, при която маточната шийка се прошива с копринен конец високо към влагалищните сводове, почти на нивото на нейния вътрешен отвор. Прекараният през шийката конец се затяга и завързва. При това се постига нейното "затваряне". Съществуват няколко вида серклаж: профилактичен, терапевтичен и „спасителен".

При профилактичния серклаж маточната шийка е запазена по дължина и няма разкритие, но има фактори от миналата анамнеза или от протичането на настоящата бременност, които са свързани с висок риск за късен спонтанен аборт във втори триместър или за преждевременно раждане.

При т.нар „терапевтичен серклаж" са настъпили значителни промени в маточната шийка – тя е скъсена и може има разширение на цервикалния канал.

При т.нар „спасителен" серклаж (известен още като серклаж „на горещо) при оглед със спекулум през влагалището се установява, че шийката на матката "зее" и се вжда долният полюс на околоплодния мехур. Мехурът дори може да пролабира (да се намира отчасти във влагалището). В последните случаи рискът за спонтанен аборт и преждевременно раждане е изключително висок.

Серклажът на маточната шийка се извършва в операционна зала, при стриктно спазване на всички правила за асептика и антисептика.

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

При тази манипулация и при най-прецизна работа съществува минимален риск да настъпят **някои усложнения,** особено при серклажа "на горещо" - кръвотечение, спонтанен аборт, отваряне на околоплодния мехур, инфекция. Много рядко може да има нараняване на съседни органи. При усложнения може да се наложи **допълнително лечение** – кръвопреливане, сваляне на серклажния конец, антимикробна терапия, дори предприемане на действия за прекъсване на бременността (при изтичане на околоплодните води).

В следоперативния период се спазва постелен режим и се прилагат лекарства, с които се потискат контракциите на матката и болките.

След серклажа Вие можете да бъдете изписана след 3 дни ако нямате някакви усложнения и сте без оплаквания. При необходимост може да останете в болница и по-дълго – докато състоянието ви се стабилизира.

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

КП № 4 ПРЕЖДЕВРЕМЕННО ПРЕКЪСВАНЕ НА БРЕМЕННОСТТА

1.Минимален болничен престой – 2 дни

3.1. ПРИ ПРЕКЪСВАНЕ НА БРЕМЕННОСТТА ДО 13 ГЕСТАЦИОННА СЕДМИЦА ВКЛЮЧИТЕЛНО

ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ

1265	**Кюретаж и евакуация на матка**
35643-03	Дилатация и евакуация на матка (D&E) *Включва*: кюретаж (аспирация) раздробяване на плода
35640-03	Вакуум кюретаж на матка *Включва*: дилатация *Не включва*: такава след раждане (16564-01 [1345])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една **основна оперативна процедура** и минимум по една диагностична процедура от две различни групи (рубрики) **кодове, посочени в Приложение № 21/ блокове от КСМП, насочени към основната диагноза.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

3.2. ПРИ ПРЕКЪСВАНЕ НА БРЕМЕННОСТТА НАД 13 ГЕСТАЦИОННА СЕДМИЦА

ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ

	Кюретаж и евакуация на матка
35643-03	Дилатация и евакуация на матка (D&E) *Включва*: кюретаж (аспирация) раздробяване на плода *Забележка*: Изпънявана при прекъсване на бременност през втория триместър
	Евакуация на матка след раждане
16564-00	Следродова евакуация на матката чрез дилатация и кюретаж Дилатация и кюретаж при задържани плодни части след раждане *Не включва*: вакуум кюретаж (16564-01 [1345])
	Възстановителни процедури на маточна шийка
35640-02	Дилатация на маточна шийка *Не включва*: кюретаж на матка (35640-00, 35640-03 [1265])
	Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

90461-00	Интра-амниотично инжектиране Инжекция за прекъсване на бременността с: • prostaglandin Интраамниална инжекция за аборт
90462-00	Поставяне на простагландинова свещичка за предизвикване на аборт *Не включва*: при раждане (90465-01 [1334])
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Изследване за различни инфекциозни причинители

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от две различни групи (рубрики) **кодове, посочени в Приложение № 21/ блокове от КСМП, насочени към основната диагноза.**

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

„Аборт“ е загуба или прекъсване на бременност, преди плодът (плодовете) да отговарят на критериите по т. 4.18 от медицински стандарт „акушерство и гинекология”, утвърден с Наредба № 9 от 27. 04. 2021 г. на МЗ, т. 4.18. за потенциална жизнеспособност.

Според този стандарт „ Раждане“ е цялостна (включваща плод и плодни придатъци) експулсия или екстракция на плод, независимо дали е жив, или мъртъв, който отговаря на следните критерии: а) телесна маса при при раждането ≥ 700 г.и/или гестационна възраст 25 и повече гестационни седмици. б) телесна маса при раждането под 700 грама и/или гестационна възраст под 25 гестационни седмици - при условие, че плодът е роден жив и е живял поне 3 денонощия.

В този смисъл абортът е прекъсване на бременността, при което плодът отговаря на следните критерии: телесна маса при раждането под 700 грама и/или гестационна възраст под 25 гестационни седмици. Ако такъв плод се роди жив и преживее 3 денонощия, се регистрира като раждане.

Извън случаите със спонтанно настъпил аборт, необходимостта от прекъсване на бременността се установява от комисия, съгласно Раздел IV (прекъсване на бременност) на цитирания сатандарт от 2021 г. Същата процедура е описана и в Наредба №2 от 09.02.1990 г. на МЗ. Комисията дава заключението си преди или след началото на хоспитализацията, но винаги преди началото на лечебните процедури, предизвикващи прекъсване на бременост.Не се изисква протокол от комисия, съгласно Наредба №2 от 09.02.1990г. на МЗ при спешни случаи (болки и/или генитално кървене; прогредиентен и инкомплетен аборт, независимо от срока на бременността.

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

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

Основна процедура 92191-00 (полимеразна верижна реакция за за доказване на COVID-19) се осъществява при необходимост (по показания) и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

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

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

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

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

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

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

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

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология - на територията на областта

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

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

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

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

В условия на спешност:

- за акушерска структура при I ниво на компетентност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;

- за гинекологична структура при I ниво на компетентност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология”;

- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;

-лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

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

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

В условия на спешност:

- за акушерска структура при I ниво на компетентност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;

- за гинекологична структура при I ниво на компетентност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология”;

- лекари с придобита специалност по анестезиология и интензивно лечение;

-лекар със специалност по клинична лаборатория.

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

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

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

5А.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

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

Медицинска оценка за необходимостта от прекъсване на интраутеринна бременност поради:

- Ехографски документирани случаи на задържана бременност (missed abortion, blighted ovum);

- Установена необходимост от прекъсване на интраутеринна бременност с жив плод по реда Наредба № 2 от 1990 г. за условията и реда за изкуствено прекъсване на бременност (обн., ДВ, бр. 12 от 1990 г.) и по реда на Раздел IV (прекъсване на бременността) на Медицински стандарт по акушерство и гинекология от 2021 г. такава необходимост съществува при:
- заболяване на майката, при което износването на бременността и раждането представляват неприемлив риск;
- заболяване на майката, за чието лечение се изисква приложение на тератогенни фактори;
- експозиция (по време на бременността) на тератогенни фактори;
- бременността е настъпила след доказан от компетентните органи акт на насилие;
- плод с ехографски или други данни за тежки вродени аномалии или за малформации, несъвместими с извънутробния живот;
- мъртъв плод;
- гроздовидна бременност .

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.
Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Задължителен е следният универсален пакет:

подробна анамнеза и статус при постъпването ИЛИ преглед и оценка, описани обстойно (анамнеза и оценка на нов проблем);

- гинекологичен/акушерски преглед;
- диагностичен ултразвук на бременна матка;
- изследване на кръв – ПКК;
- химично изследване на урина (общо химическо изследване, вкл. седимент) ИЛИ изследване на урина с тест-ленти;
- изследване на кръвна група и Rh-фактор.

При прекъсване на бременност независимо от срока и **се изследва задължително още и:**

- хемостаза – два показателя: фибринген (91910-11) и протромбиново време (91910-09).

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

- инжекция или инфузия на друго лечебно или профилактично вещество;

и/или

- инжекция на антибиотик;

и/или

- инжекция на Rh имуноглобулини (при необходимост);

и/или

- трансфузия на кръв и кръвни компоненти (при необходимост);

и/или

- инжекция или инфузия на електролити (при необходимост) .

Прилаганите методи за прекъсване на бременността и анестезията са в

съответствие със спецификата на показанията за прекъсване и състоянието на бременната.

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

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

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

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

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

. хистоморфологично изследване на кюретажен материал от маточна кухина

- ако е мъзможно - оценка на плода от специалист по клинична патология за в случаите, при които бременността се прекъсва заради фетални аномалии и срокът на бременността е над 16 г.с.

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

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични показатели) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

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

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

Дата .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО
Корем: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

Микция: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши) **Дефекация**: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши) **Раздвижване**: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)		
Аксиларна t°:	**Пулс:**	**Перисталтика**: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)
СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА: ☐ свалени конци ☐ несвалени конци ☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)		
ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО: ☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения ☐ друго (опиши)		
КРЪВНА КАРТИНА: **Hb** **Ht** **Er** **Leu**	**ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ**: **Протромбиново време** **Фибриноген**	**ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ**:
ДРУГИ ДАННИ:		

Лекуващ лекар:

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

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

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

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол, съобразно

Медицински стандарт „Акушерство и гинекология";

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

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

- "*История на заболяването*";

- част III на*„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

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

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вие постъпвате за прекъсване на бременност, защото:

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

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

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

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

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

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

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

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

- Въвеждане в канала на маточната шийка на медицински средства, причиняващи неговото бавно разширяване.

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

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

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

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

Прекъсването на бременност става в специално оборудвана зала, при стриктно

спазване на всички правила за безопасност.

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

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

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

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

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

КП № 5.1 НОРМАЛНО РАЖДАНЕ

1.Минимален болничен престой - 3 дни,

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Спонтанно раждане при едноплодна бременност

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

O80.0 Спонтанно раждане при тилно предлежание
O80.1 Спонтанно раждане при седалищно предлежание
O80.8 Друго спонтанно раждане при едноплодна бременност
O80.9 Спонтанно раждане при едноплодна бременост, неуточнено
Спонтанно раждане БДУ

Раждане с форцепс или вакуум-екстрактор при едноплодна бременност

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

O81.0 Налагане на нисък [изходящ] форцепс
O81.1 Налагане на среден форцепс
O81.2 Налагане на среден форцепс с ротация
O81.3 Друго и неуточнено раждане с налагане на форцепс
O81.4 Вакуум-екстракция
Акушерска вентуза
O81.5 Раждане, комбинирано с налагане на форцепс и вакуум-екстракция
Форцепс и акушерска вентуза

Родоразрешение при едноплодна бременост чрез използване на друг акушерски способ

O83.0 Седалищна екстракция
O83.1 Друго асистирано раждане при седалищно предлежание
Раждане при седалищно предлежание БДУ
O83.2 Родоразрешение с друга акушерска манипулация /с мануални методи/
Верзио на плода с екстракция
O83.3 Раждане на жив плод при абдоминална бременост
O83.4 Деструктивна операция при родоразрешаване
Клейдотомия
Краниотомия } за улесняване на раждането
Ембриотомия

O83.8 Друго уточнено асистирано родоразрешаване при едноплодна бременост
O83.9 Асистирано родоразрешаване при едноплодна бременост
Асистирано родоразрешаване

Родоразрешаване при многоплодна бременност

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

O84.0 Родоразрешаване при многоплодна бременност, напълно спонтанно
O84.1 Родоразрешаване при многоплодна бременност, завършило за всички близнаци с налагане на форцепс или вакуум-екстрактор
O84.8 Друго родоразрешаване при многоплодна бременност
Комбинирани методи за родоразрешаване при многоплодна бременност

Изход от раждане

Z37.0 Едно живородено
Z37.1 Едно мъртвородено
Z37.2 Близнаци, и двамата живородени
Z37.3 Близнаци, единият живороден, другият мъртвороден
Z37.4 Близнаци, и двамата мъртвородени
Z37.5 Други многоплодни раждания, всички живородени
Z37.6 Други многоплодни раждания, някои живородени
Z37.7 Други многоплодни раждания, всички мъртвородени

2.2. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1330 Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

16606-00 Фетална кръвна проба

1341 Фетален мониторинг

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

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

1943 Ултразвук на корем или таз

55700-00 Ултразвук за откриване аномалии на плода

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

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

1945 Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

55729-01 Дуплекс ултразвук на умбиликална артерия
Включва: при оценка обем на амниотична течност

1296 Процедури за изследване на други гинекологични локализации

35500-00 Гинекологичен преглед
Палпация на:
• фалопиеви тръби
• яйчници
• матка
Тазов преглед
Визуален и мануален преглед на:
• шийка
• влагалище
• вулва
Не включва: тези с други гинекологични процедури – пропусни кода

1926 Микробиологични изследвания

91920-02 Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
Антибиограма

1932 Изследвания на урината

91920-12 Химично изследване на урина
pH
Белтък
Билирубин
Уробилиноген

	Глюкоза Кетони Относително тегло Нитрити– по преценка на лекуващия лекар Левкоцити Кръв
91920-11	Измерване на бъбречен клирънс в урината

1923 Хематологични изследвания

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар

1924 Биохимични изследвания

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-16	Клинично-химични изследвания за директен билирубин
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-45	Клинично-химични изследвания за глобулин– по преценка
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол – по преценка
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина – по преценка
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма– по преценка

1929 Вирусологични изследвания

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

1934 Други лабораторни изследвания

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

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1337 Раждане с форцепс

90468-00	Раждане с нисък форцепс Изходящ } Wrigley } форцепс
90468-01	Раждане с кухинен форцепс Keilland } Neville-Barnes } форцепс

1343 Други процедури, свързани с раждане

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

1339 Седалищно раждане и екстракция

90470-02 Асистирано седалищно раждане с форцепс на последваща глава

90470-01 Асистирано седалищно раждане

90470-04 Седалищна екстракция с форцепс на последваща глава

90470-03 Седалищна екстракция

1338 Вакуум екстракция

90469-00 Вакуум екстракция с раждане
Вакуум екстракция с ротация на главата

90469-01 Неуспешна вакуум екстракция

90471-06 Мануално завъртане на фетална глава

1336 Спонтанно раждане, тилно предлежание

90467-00 Спонтанно раждане, тилно предлежание

90470-00 Спонтанно седалищно раждане

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

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

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

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

1884 Имунизация

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

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

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

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

Диагностични процедури от блок 1924 – по преценка на лекуващия лекар: 91910-20 - Клинично-химични изследвания за холестерол, 91910-25 - Клинично-химични изследвания за пикочна киселина, 91910-45 - Клинично-химични изследвания за глобулин, 91910-41 - Клинично-химични изследвания за йонограма, се извършват допълнително при наличие на съответни заболявания и състояния изискващи тези изследвания.

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

1. Окончателната диагноза се поставя след завършване на раждането.

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

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

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

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

4.а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

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

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

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

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Лаборатория/отделение по клинична патология на територията на областта

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

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

или

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

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

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

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

или

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

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

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Незабавен прием и поставяне под постоянно наблюдение на бременни при:

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

5.б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

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

Здравни грижи:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

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

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

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

КРЪВНА КАРТИНА: **Hb** **Ht** **Er** **Leu**	**ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ:** **Вр. кървене** **Фибриноген**	**ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:**
ДРУГИ ДАННИ:		

Лекуващ лекар:

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

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

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

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

- *История на бременността и раждането (ИБР)*
- част III на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в *История на бременността и раждането (ИБР).*

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

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

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

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

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

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

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

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

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

КП № 5.2 РАЖДАНЕ ЧРЕЗ ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ

1. Минимален болничен престой – 4 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Цезарово сечение при едноплодна бременност
O82.0 Цезарово сечение по елективни показания
Повторно цезарово сечение БДУ
O82.1 Спешно цезарово сечение
O82.2 Цезарово сечение с хистеректомия
O82.8 Друго родоразрешаване чрез цезарово сечение при едноплодна бременност
O82.9 Родоразрешаване чрез цезарово сечение, неуточнено

Родоразрешаване при многоплодна бременност
O84.2 Родоразрешаване при многоплодна бременност чрез цезарово сечение

Изход от раждане
Z37.0 Едно живородено
Z37.1 Едно мъртвородено
Z37.2 Близнаци, и двамата живородени
Z37.3 Близнаци, единият живороден, другият мъртвороден
Z37.4 Близнаци, и двамата мъртвородени
Z37.5 Други многоплодни раждания, всички живородени
Z37.6 Други многоплодни раждания, някои живородени
Z37.7 Други многоплодни раждания, всички мъртвородени

2. 2. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1330 Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

16606-00 Фетална кръвна проба

1341 Фетален мониторинг

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

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

1943 Ултразвук на корем или таз

55700-00 Ултразвук за откриване аномалии на плода

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

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

1945 Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

55729-01 Дуплекс ултразвук на умбиликална артерия

Включва: при оценка обем на амниотична течност

1296 Процедури за изследване на други гинекологични локализации

35500-00 Гинекологичен преглед

Палпация на:
- фалопиеви тръби
- яйчници
- матка

Тазов преглед

Визуален и мануален преглед на:
- шийка
- влагалище
- вулва

Не включва: тези с други гинекологични процедури – пропусни кода

1926 Микробиологични изследвания

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

Включва: урокултура
Антибиограма

1932 Изследвания на урината

91920-12 Химично изследване на урина

pH
Белтък
Билирубин
Уробилиноген
Глюкоза
Кетони
Относително тегло
Нитрити– по преценка на лекуващия лекар
Левкоцити
Кръв

91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар

1924 Биохимични изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин

91910-16 Клинично-химични изследвания за директен билирубин

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин

91910-45 Клинично-химични изследвания за глобулин– по преценка

91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол – по преценка

91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина – по преценка
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма– по преценка

1929 Вирусологични изследвания

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

1934 Други лабораторни изследвания

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

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1340 Цезарово сечение

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

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

1884 Имунизация

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

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена с кодиране на начин на родоразрешение (кодове на диагнози от рубриките (O82.0, O82.1, O82.2, O82.8, O82.9 и O84.2) и изход от раждането (кодове от Z37.0, Z37.1, Z37.2, Z37.3, Z37.4, Z37.5, Z37.6 и Z37.7) (и една от основните терапевтични процедури, както и проведени минимум две диагностични процедури, едната от които задължително включва: ПКК (91910-04, биохимия (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-17, 91910-18, 91910-26, 91910-27, 91910-41), серология (91913-00, 91911-29, 91922-00) – ако не е извършена в ИМП, насочени към основната диагноза, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Диагностични процедури от блок 1924– по преценка на лекуващия лекар: 91910-20 - Клинично-химични

изследвания за холестерол, 91910-25 - Клинично-химични изследвания за пикочна киселина, 91910-45 -

Клинично-химични изследвания за глобулин, 91910-41 - Клинично-химични изследвания за йонограма, се

извършват допълнително при наличие на съответни заболявания и състояния изискващи тези изследвания.

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

1. Окончателната диагноза се поставя след завършване на раждането.

2. Когато пациентката се изписва с диагноза О82.2 Цезарово сечение с хистеректомия или се е наложила хистеректомия след раждането, клиничната пътека завършва и се отчита по КП № 160 "Нерадикално отстраняване на матка".

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

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

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

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

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

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

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

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

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Лаборатория/отделение по клинична патология на територията на областта

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

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

или

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

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

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

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

или

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

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

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Незабавен прием и поставяне под постоянно наблюдение на бременни при:

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

5Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

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

Здравни грижи:

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

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

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

Диагностични процедури: вземане на кръвна проба от плода (при необходимост), кардиотокография (при необходимост) или друго мониториране на плода; диагностичен УЗ на бременна матка (при необходимост); преглед и оценка описани накратко; преглед и оценка описани ограничено; преглед и оценка описани обстойно; гинекологично изследване;

изследване на кръв (ПКК и диференциално броене - задължително, хемостазни показатели - по преценка).

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

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

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

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

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

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

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

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

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

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

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата: ……

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

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

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

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

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

Аксиларна t°:	**Пулс:**	**Перисталтика:** ☐ **с обичаен интензитет** ☐ **друго (опиши)**

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

ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО:
☐ **отговаря на извършената операция, без данни за усложнения**
☐ **друго (опиши)**

КРЪВНА КАРТИНА:	**ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ:**	**ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:**
Hb **Ht** **Er** **Leu**	**Вр. кървене** **Фибриноген**	

ДРУГИ ДАННИ:

Лекуващ лекар:

……..

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

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

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

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

-История на бременността и раждането (ИБР)

- част III на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в *История на бременността и раждането (ИБР)*

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ .....)

– подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от История на бременността и раждането (ИБР)

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

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

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

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

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

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

КП № 6
ГРИЖИ ЗА ЗДРАВО НОВОРОДЕНО ДЕТЕ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

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

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1820 Физиологична оценка

96060-00 Оценка по Apgar
92001-00 Друга физиологична оценка
Общ физикален преглед
Преглед на новородено
Включва: базови физикални измервания:
кръвно налягане
височина/дължина
температура
тегло
Не включва: тестване за развитие (96184-00 [1824])
физикален преглед като част от генетична оценка (96035-00 [1824])

1934 Други лабораторни изследвания

91910-01 Неонатален скрининг
Скрининг за:
- фенилкетонурия
- вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)
- хипотиреоза
- спинална мускулна атрофия
- тежки комбинирани имунни дефицити
- муковисцидоза.

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19 92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2
2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ
1881 Профилактична ваксинация или инокулация срещу някои бактериални заболявания
92145-00 Ваксиниране срещу туберкулоза Прилагане на BCG ваксина 92148-00 Прилагане на тетаничен токсоид *Не включва*: прилагане на дифтерия-тетанус-пертусис, комбинирана (92149-00 [1881])
1883 Друга ваксинация или инокулация
92168-00 Ваксиниране срещу хепатит Б
1920 Приложение на фармакотерапия
96203-07 Перорално прилагане на фармакологичен агент, хранително вещество

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, една от които е задължително 91910-01 (изследване за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, хипотиреоидизъм, ВНХ и ФКУ), и две основни терапевтични процедури.

Скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през първата седмица от живота – вземане и изпращане на качествени кръвни проби и други действия в изпълнение на Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

В случай че неонаталният скрининг е осъществен в друго лечебно заведение, не е задължително повторното му извършване.

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

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

Отказът за прилагането на ваксини се документира в ИЗ и се подписва от майката. **Документ №5 не се попълва за тази клинична пътека.**

Основни процедури 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

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

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

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

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

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

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
2. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

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

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

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, да имат едномесечно индивидуално обучение за кардио-пулмонална

ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност.

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

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

5.б. АЛГОРИТЪМ НА ПОВЕДЕНИЕ.

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

1. Оценка на състоянието след раждането по скалата на Апгар.
2. Подробен първоначален преглед в родилна зала.
3. Активно наблюдение на новороденото.
4. Ежедневен преглед от педиатър.
5. Имунизации съгласно Имунизационния календар на Република България (ваксини срещу хепатит В и туберкулоза).
6. Скрининг за хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през първата седмица от живота.
7. Осигуряване на контакт на бебето с майката.
8. Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, в т. ч.:

8.1. ежедневен хигиенен тоалет;

8.2. оводняване и дохранване при необходимост;

8.3. подготовка и обучение на майката за кърмене на новороденото дете, контрол на кърменето;

8.4. обучение на майката за изкъпване, подсушаване, грижи за кожата и пъпния остатък, хранене с шише.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за клинично здраво новородено дете.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т.ч.: - указания и препоръки за отглеждане и хранене; - последващо наблюдение в извънболничната помощ.

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

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

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *“Направление за хоспитализация” - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Уважаеми родители,

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

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

Допълнителни изследвания – при показания.

КП № 7

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ТЕГЛО НАД 2500 ГРАМА, ПЪРВА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ

1.Минимален болничен престой – 5 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

Z38.0 Едно дете, родено в стационар

Z38.1 Едно дете, родено извън стационар

Z38.2 Едно дете, родено на неуточнено място

Живородено дете БДУ

Z38.3 Близнаци, родени в стационар

Z38.4 Близнаци, родени извън стационар

Z38.5 Близнаци, родени на неуточнено място

Z38.6 Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар

Z38.7 Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар

Z38.8 Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

Вроден сифилис

A50.0 Ранен вроден сифилис със симптоми

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

Ранен вроден сифилис:

- на кожата
- на кожата и лигавиците
- висцерален

Ранен вроден сифилитичен(-на):

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

Други видове хипотиреоидизъм

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

E03.1 Вроден хипотиреоидизъм без гуша

Аплазия на щитовидната жлеза (с микседем)

Вродени:

- атрофия на щитовидната жлеза
- хипотиреоидизъм БДУ

Забавен фетален растеж и хипотрофия на плода

P05.0 Плод с ниско за гестационната възраст тегло

P05.1 Малък за гестационната възраст плод

P05.2 Хипотрофия на плода без уточняване дали е малък или с ниско за гестационната възраст тегло

P05.9 Забавен растеж на плода, неуточнен

Родов травматизъм

Вътречерепно разкъсване и кръвоизлив, причинени от родова травма

P10.0 Субдурален кръвоизлив при родова травма
P10.1 Мозъчен кръвоизлив при родова травма
P10.2 Интравентрикуларен кръвоизлив при родова травма
P10.3 Субарахноидален кръвоизлив при родова травма
P10.4 Разкъсване на тенториума при родова травма
P10.8 Други вътречерепни разкъсвания и кръвоизливи при родова травма
P10.9 Вътречерепни разкъсвания и кръвоизливи при родова травма, неуточнени

Други родови травми на централната нервна система
P11.0 Мозъчен оток при родова травма
P11.1 Други уточнени мозъчни увреждания при родова травма
P11.2 Неуточнено мозъчно увреждане при родова травма
P11.3 Увреждане на лицевия нерв при родова травма
P11.4 Увреждане на други черепномозъчни нерви при родова травма
P11.5 Увреждане на гръбначния стълб и гръбначния мозък при родова травма
P11.9 Увреждане на централната нервна система при родова травма, неуточнено

Родова травма на окосмената част на главата
P12.0 Кефалхематом при родова травма
P12.1 Увреждане на косата при родова травма
P12.2 Епикраниален субапоневротичен кръвоизлив при родова травма
P12.3 Хематом на окосмената част на главата от родова травма
P12.4 Увреждане на окосмената част на главата при манипулации за оценка състоянието на плода
P12.8 Други увреждания на окосмената част на главата при раждане
P12.9 Увреждане на окосмената част на главата при раждане, неуточнено

Родова травма на скелета
P13.0 Счупване на костите на черепа при родова травма
P13.1 Други увреждания на черепа при родова травма
P13.2 Счупване на бедрената кост при родова травма
P13.3 Счупване на други дълги кости при родова травма
P13.4 Счупване на ключицата при родова травма
P13.8 Увреждания на други части на скелета при родова травма
P13.9 Увреждане на скелета при родова травма, неуточнено

Родова травма на периферната нервна система
P14.0 Парализа на Erb при родова травма
P14.1 Парализа на Klumpke при родова травма
P14.2 Парализа на диафрагмалния нерв при родова травма
P14.3 Други родови травми на раменния сплит
P14.8 Родови травми на други отдели на периферната нервна система
P14.9 Родова травма на периферни нерви, неуточнени

Други родови травми
P15.0 Увреждане на черния дроб при родова травма
P15.1 Увреждане на далака при родова травма
P15.2 Увреждане на стерноклеидомастоидния мускул при родова травма
P15.3 Родова травма на око
P15.4 Родова травма на лицето
P15.5 Увреждане на външните полови органи при родова травма
P15.6 Некроза на подкожната мастна тъкан при родова травма
P15.8 Други уточнени родови травми
P15.9 Родова травма, неуточнена

Асфиксия по време на раждане

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

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

P21.0 Тежка асфиксия при раждане

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

Асфиксия с оценка по скàлата на Apgar 0-3 през първата минута след раждането

Бяла асфиксия

P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане

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

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

Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото

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

P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром

Хиалинно-мембранна болест

P22.1 Транзиторна тахипнея у новороденото

P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония

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

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

P23.0 Вродена вирусна пневмония

Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)

P23.1 Вродена хламидийна пневмония

P23.2 Вродена стафилококова пневмония

P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група B

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

P23.5 Вродена пневмония, причинена от *Pseudomonas*

P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии

Haemophilus influenzae

Klebsiella pneumoniae

Mycoplasma

Стрептококи, с изключение на група B

P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми

Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация

P24.0 Неонатална аспирация на мекониум
P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз
Аспирация на околоплодна течност
P24.2 Неонатална аспирация на кръв
P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период
P25.1 Пневмоторакс, възникващ в перинаталния период
P25.2 Пневмомедиастинум, възникващ в перинаталния период
P25.3 Пневмоперикард, възникващ в перинаталния период
P25.8 Други състояния, свързани с интерстициален емфизем и възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период
P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период

Не включва: вродени аномалии на системата на кръвообращението (Q20—Q28)
P29.0 Сърдечна недостатъчност на новороденото
P29.1 Ритъмни сърдечни нарушения на новороденото
P29.2 Хипертония на новороденото
P29.3 Персистираща фетална циркулация у новороденото
Персистиращ артериален канал у новороденото
P29.4 Преходна миокардна исхемия на новороденото
P29.8 Други сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период

Вродени вирусни болести

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

Неонатален бактериален сепсис

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

Други вродени инфекциозни и паразитни болести

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

P37.0 Вродена туберкулоза

P37.1 Вродена токсоплазмоза
Хидроцефалия, причинена от вродена токсоплазмоза

P37.2 Неонатална (дисеминирана) листериоза

P37.5 Неонатална кандидоза

P37.8 Други уточнени вродени инфекциозни и паразитни болести

P38 Неонатален омфалит с необилно или липсващо кървене

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период

P39.0 Неонатален инфекциозен мастит
Не включва: подуване на гръдните жлези при новородено (P83.4)
неинфекциозен мастит при новородено (P83.4)

P39.1 Неонатален конюнктивит и дакриоцистит
Неонатален хламидиозен конюнктивит
Неонатална офталмия БДУ

Не включва: гонококов конюнктивит (A54.3)

P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, некласифицирана другаде

P39.3 Неонатална инфекция на пикочните пътища

P39.4 Неонатална кожна инфекция
Пиодермия на новородено
Не включва: пемфигус на новородено (L00)
стафилококов синдром на изгорената кожа (L00)

P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото
Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия
Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:
- родова травма (P10.—)
- травма на майката (P00.5)
- друга травма (S06.—)

P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)

P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул

P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим

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

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

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

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

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

P53 Хеморагична болест на плода и новороденото

Дефицит на витамин К у новородено

Други видове неонатално кървене

Не включва: кръвозагуба на плода (P50.—)

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

P54.3 Стомашночревно кървене у новородено

Хемолитична болест на плода и новороденото

P55.0 Резус-изоимунизация на плода и новороденото

P55.1 АВО-изоимунизация на плода и новороденото

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

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза

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

P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания

P58.1 Неонатална жълтеница от кървене

P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция

P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия

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

P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв

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

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

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

ядрена жълтеница (P57.—)

P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане

Хипербилирубинемия на недоносените деца

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

P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка

P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания

Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)

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

P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини

P60 Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото

Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения

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

P61.0 Преходна неонатална тромбоцитопения

Неонатална тромбоцитопения, причинена от:

- обменно кръвопреливане
- идиопатична тромбоцитопения у майката
- изоимунизация

P61.1 Неонатална полицитемия
P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба
P61.4 Други вродени анемии, некласифицирани другаде
Вродена анемия БДУ
P61.5 Преходна неонатална неутропения
P61.6 Други преходни неонатални коагулационни нарушения
P61.8 Други уточнени перинатални хематологични нарушения

Преходни нарушения на въглехидратната обмяна, характерни за плода и новороденото

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

Други преходни неонатални метаболитни и електролитни нарушения

P74.0 Късна метаболитна ацидоза на новородено
P74.1 Дехидратация на новородено
P74.4 Други преходни електролитни нарушения у новородено
P75* Мекониум илеус (E84.1†)
P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

Други разстройства на храносмилателната система в перинаталния период

Не включва: неонатално стомашночревно кървене (P54.0—P54.3)
P78.0 Чревна перфорация в перинаталния период
Мекониален перитонит
P78.1 Други форми на неонатален перитнит
Неонатален перитонит БДУ
P78.2 Хематемеза и мелена от поглъщане на майчина кръв
P78.3 Неинфекциозна диария у новородено
Диария у новородено БДУ

Не включва: неонатална диария БДУ в страни, където може да се предполага инфекциозен произход на състоянието (A09)
P78.8 Други уточнени разстройства на храносмилателната система в перинаталния период
Вродена цироза (чернодробна)
Пептична язва у новородено

P90 Неонатални гърчове
Не включва: доброкачествени (фамилни) неонатални гърчове (G40.3)

Други нарушения на церебралния статус у новородено

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

Други нарушения, възникващи в перинаталния период

P96.0 Вродена бъбречна недостатъчност

Уремия у новородено

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

Синдром на абстиненция у новородено, обусловен от наркомания на майката

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

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

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

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

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

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Друга рентгенография на гръден кош	
58500-00	Рентгенография на гръден кош Включва: бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум Не включва: такава на: • ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) • гръдна кост (58521-00 [1972]) • гръден вход (58509-00 [1974]) • трахея (58509-00 [1974])
Електроенцефалография [ЕЕГ]	
11000-00	Електроенцефалография
Ултразвук на глава или шия	
55028-00	Ултразвук на глава Ехоенцефалография *Не включва*: фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) **такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])**
1932 Изследвания на урината	

91920-12 Химично изследване на урина
pH
Белтък
Билирубин
Уробилиноген
Глюкоза
Кетони
Относително тегло – по преценка на лекуващи лекар
Нитрити– по преценка на лекуващи лекар
Левкоцити
Кръв

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

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

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Мониторинг на съдово налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове
13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1849 Друго измерване на дихателна функция

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

1926 Микробиологични изследвания

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

1927 Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

1926 Микробиологични изследвания

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Хематологични изследвания

Включва следните изследвания:

- клинико-химични – ПКК: хемоглобин, хематокрит , еритроцити, левкоцити, диференциално броене, тромбоцити.
- биохимични – кръвна захар, общ белтък,
- АКР
- скрининг за фенилкетонурия
- скрининг за хипотиреоза
- скрининг за ВНХ
- скрининг за спинална мускулна атрофия
- скрининг за тежки комбинирани имунни дефицити
- скрининг за муковисцидоза.

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза- по преценка

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък- по преценка

91910-01 Неонатален скрининг

Скрининг за:

- фенилкетонурия
- вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)
- хипотиреоза
- спинална мускулна атрофия
- тежки комбинирани имунни дефицити
- муковисцидоза.

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

1926 Микробиологични изследвания

91908-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/или повърнати материи за култура и чувствителност

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

1895 Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба

1934 Други лабораторни изследвания

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

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Венозна катетеризация

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

Венозна катетеризация

90220-00 Катетеризация/канюлизация на друга вена

Други терапевтични интервенции на дихателна система

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

Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори, в т. ч. Vit K, по преценка
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

иложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп

	• венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва:* хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92052-00	Кардиопулмонална ресуситация
Друга фототерапия на кожа	
90677-00	Друга фототерапия, кожа Фототерапия на новородено БДУ

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, едната от които е изследване на кръв -91910-04 и 91910-12- по преценка или 91910-17 – по преценка или 91910-05, задължително изследване за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, ФКУ, ВНХ и хипотиреоидизъм- 91910-01 - **еднократно в рамките на престоя в ЛЗ** и 13842-01 или13311-00, през първата седмица от живота и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

Скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през първата седмица от живота – вземане и изпращане на качествени кръвни проби и други действия в изпълнение на Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

В случай че неонаталният скрининг е осъществен в друго лечебно заведение, не е задължително повторното му извършване.

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

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

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

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

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

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

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

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

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

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

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
2. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната

4.б.НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ .

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

- лекар с придобита специалност по „Неонатология”

или

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

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

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При деца с диагноза ранен вроден сифилис (код А50.0 по МКБ-10) се извършва задължително консултация с лекар – специалист по кожни болести и венерология.

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

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИ

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

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Диагностика и лечение на новородено дете с тегло над 2500 грама при наличие на клинични и параклинични данни хемодинамична стабилност (сърдечна честота в рамки на референтни стойности, сатурация над 85%, добра диуреза вътрематочна хипоксия и асфиксия на плода;
- майчино-фетална инфекция;
- забавена кардиопулмонална адаптация-транзиторна тахипнея;
- хипербилирубинемия.

КОМПЛЕКС ОТ КРИТЕРИИ ЗА ПЪРВА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО:

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

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

При всички новородени деца се провежда скрининг за хипотиреоза, ВНХ и фенилкетонурия еднократно в рамките на престоя в ЛЗ.

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

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

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

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

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

Хемолитична болест – заболяване, дължащо се на имунен конфликт между майката и плода. Проявява се с ранен неонатален иктер, анемия или хидропс на новороденото. Лечението изисква спешна ексангвинотрансфузия, приложение на

фототерапия и корекция на анемията. Освен специфичната терапия е необходимо и симптоматично лечение.

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

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

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

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

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

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

При други преходни и средно тежки състояния у новороденото извън изброените се провеждат необходимите параклинични изследвания и лечение

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

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

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

1. Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състоянието (клинични/параклинични) и:

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

1.2. клинично овладяване на симптоматиката;

1..1.3. ПКК без данни за възпалителна компонента

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

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

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

5. последващо наблюдение в извънболничната помощ.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

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

Рисковите новородени деца са:

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

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

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

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

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

КП № 8

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ТЕГЛО НАД 2500 ГРАМА, ВТОРА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ

1. Минимален болничен престой – 7 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

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

Вроден сифилис

A50.0 Ранен вроден сифилис със симптоми
Всяко вродено състояние на сифилис, уточнено като ранно или проявило се до двегодишна възраст
Ранен вроден сифилис:
- на кожата
- на кожата и лигавиците
- висцерален

Ранен вроден сифилитичен(-на):
- ларингит
- офталмопатия
- остеохондропатия
- фарингит
- пневмония
- ринит

Други видове хипотиреоидизъм

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

E03.1 Вроден хипотиреоидизъм без гуша
Аплазия на щитовидната жлеза (с микседем)
Вродени:
- атрофия на щитовидната жлеза
- хипотиреоидизъм БДУ

Забавен фетален растеж и хипотрофия на плода

P05.0 Плод с ниско за гестационната възраст тегло
P05.1 Малък за гестационната възраст плод
P05.2 Хипотрофия на плода без уточняване дали е малък или с ниско за гестационната възраст тегло
P05.9 Забавен растеж на плода, неуточнен

Родов травматизъм

Вътречерепно разкъсване и кръвоизлив, причинени от родова травма
P10.0 Субдурален кръвоизлив при родова травма
P10.1 Мозъчен кръвоизлив при родова травма
P10.2 Интравентрикуларен кръвоизлив при родова травма
P10.3 Субарахноидален кръвоизлив при родова травма
P10.4 Разкъсване на тенториума при родова травма

P10.8 Други вътречерепни разкъсвания и кръвоизливи при родова травма
P10.9 Вътречерепни разкъсвания и кръвоизливи при родова травма, неуточнени

Други родови травми на централната нервна система
P11.0 Мозъчен оток при родова травма
P11.1 Други уточнени мозъчни увреждания при родова травма
P11.2 Неуточнено мозъчно увреждане при родова травма
P11.3 Увреждане на лицевия нерв при родова травма
P11.4 Увреждане на други черепномозъчни нерви при родова травма
P11.5 Увреждане на гръбначния стълб и гръбначния мозък при родова травма
P11.9 Увреждане на централната нервна система при родова травма, неуточнено

Родова травма на окосмената част на главата
P12.0 Кефалхематом при родова травма
P12.1 Увреждане на косата при родова травма
P12.2 Епикраниален субапоневротичен кръвоизлив при родова травма
P12.3 Хематом на окосмената част на главата от родова травма
P12.4 Увреждане на окосмената част на главата при манипулации за оценка състоянието на плода
P12.8 Други увреждания на окосмената част на главата при раждане
P12.9 Увреждане на окосмената част на главата при раждане, неуточнено

Родова травма на скелета
P13.0 Счупване на костите на черепа при родова травма
P13.1 Други увреждания на черепа при родова травма
P13.2 Счупване на бедрената кост при родова травма
P13.3 Счупване на други дълги кости при родова травма
P13.4 Счупване на ключицата при родова травма
P13.8 Увреждания на други части на скелета при родова травма
P13.9 Увреждане на скелета при родова травма, неуточнено

Родова травма на периферната нервна система
P14.0 Парализа на Erb при родова травма
P14.1 Парализа на Klumpke при родова травма
P14.2 Парализа на диафрагмалния нерв при родова травма
P14.3 Други родови травми на раменния сплит
P14.8 Родови травми на други отдели на периферната нервна система
P14.9 Родова травма на периферни нерви, неуточнени

Други родови травми
P15.0 Увреждане на черния дроб при родова травма
P15.1 Увреждане на далака при родова травма
P15.2 Увреждане на стерноклеидомастоидния мускул при родова травма
P15.3 Родова травма на око
P15.4 Родова травма на лицето
P15.5 Увреждане на външните полови органи при родова травма
P15.6 Некроза на подкожната мастна тъкан при родова травма
P15.8 Други уточнени родови травми
P15.9 Родова травма, неуточнена

Асфиксия по време на раждане

Забележка: Тази рубрика не следва да се използва при ниски показатели по скàлата на Apgar без споменаване за асфиксия или други

разстройства на дишането.

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

P21.0 Тежка асфиксия при раждане

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

Асфиксия с оценка по скàлата на Apgar 0-3 през първата минута след раждането

Бяла асфиксия

P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане

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

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

Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото

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

P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром

Хиалинно-мембранна болест

P22.1 Транзиторна тахипнея у новороденото

P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония

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

Не включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация (P24.—) **P23.0 Вродена вирусна пневмония**

Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)

P23.1 Вродена хламидийна пневмония

P23.2 Вродена стафилококова пневмония

P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група B

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

P23.5 Вродена пневмония, причинена от *Pseudomonas*

P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии

Haemophilus influenzae

Klebsiella pneumoniae

Mycoplasma

Стрептококи, с изключение на група B

P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми

Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация

P24.0 Неонатална аспирация на меконium

P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз

Аспирация на околоплодна течност

P24.2 Неонатална аспирация на кръв

P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период

P25.1 Пневмоторакс, възникващ в перинаталния период

P25.2 Пневмомедиастинум, възникващ в перинаталния период

P25.3 Пневмоперикард, възникващ в перинаталния период

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

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период

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

Сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период

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

P29.0 Сърдечна недостатъчност на новороденото

P29.1 Ритъмни сърдечни нарушения на новороденото

P29.2 Хипертония на новороденото

P29.3 Персистираща фетална циркулация у новороденото

Персистиращ артериален канал у новороденото

P29.4 Преходна миокардна исхемия на новороденото

P29.8 Други сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период

Вродени вирусни болести

P35.0 Синдром на вродена рубеола

Вроден рубеолен пневмонит

P35.1 Вродена цитомегаловирусна инфекция

P35.2 Вродена херпес симплекс инфекция [herpes simplex]

P35.3 Вроден вирусен хепатит

P35.8 Други вродени вирусни инфекции

Вродена варицела

Неонатален бактериален сепсис

Включва: вродена септицемия

P36.0 Неонатален сепсис, причинен от стрептококи група B

P36.1 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стрептококи

P36.2 Неонатален сепсис, причинен от златист стафилокок [*St. aureus*]

P36.3 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стафилококи

P36.4 Неонатален сепсис, причинен от *Escherichia coli*

P36.5 Неонатален сепсис, причинен от анаеробни микроорганизми P36.8 Неонатален сепсис, причинен от други бактерии

Други вродени инфекциозни и паразитни болести

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

P37.0 Вродена туберкулоза

P37.1 Вродена токсоплазмоза

Хидроцефалия, причинена от вродена токсоплазмоза

P37.2 Неонатална (дисеминирана) листериоза

P37.5 Неонатална кандидоза

P37.8 Други уточнени вродени инфекциозни и паразитни болести

P38 Неонатален омфалит с необилно или липсващо кървене

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период

P39.0 Неонатален инфекциозен мастит

Не включва: подуване на гръдните жлези при новородено (P83.4) неинфекциозен мастит при новородено (P83.4)

P39.1 Неонатален конюнктивит и дакриоцистит

Неонатален хламидиозен конюнктивит
Неонатална офталмия БДУ

Не включва: гонококов конюнктивит (A54.3)

P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, некласифицирана другаде

P39.3 Неонатална инфекция на пикочните пътища

P39.4 Неонатална кожна инфекция

Пиодермия на новородено

Не включва: пемфигус на новородено (L00) стафилококов синдром на изгорената кожа (L00)

P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото

Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия ***Не включва:*** вътречерепен кръвоизлив, причинен от:
родова травма (P10.—)
травма на майката (P00.5)
друга травма (S06.—)

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

Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)

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

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул

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

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим

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

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

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

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

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

P53 Хеморагична болест на плода и новороденото Дефицит на витамин К у новородено

Други видове неонатално кървене

Не включва: кръвозагуба на плода (P50.—)
белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период (P26.—)

P54.3 Стомашночревно кървене у новородено

Хемолитична болест на плода и новороденото

P55.0 Резус-изоимунизация на плода и новороденото

P55.1 АВО-изоимунизация на плода и новороденото

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

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза

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

P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания

P58.1 Неонатална жълтеница от кървене

P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция

P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия

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

P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв

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

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

Не включва:
причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70- E90)
ядрена жълтеница (P57.—)

P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане
Хипербилирубинемия на недоносените деца
Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане
P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка
P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания
Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)
P59.3 Неонатална жълтеница от употреба на средства, инхибиращи лактацията
P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини
P60 Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото
Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения
Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)

P61.0 Преходна неонатална тромбоцитопения
Неонатална тромбоцитопения, причинена от:
- обменно кръвопреливане
- идиопатична тромбоцитопения у майката
- изоимунизация

P61.1 Неонатална полицитемия
P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба
P61.4 Други вродени анемии, некласифицирани другаде
Вродена анемия БДУ
P61.5 Преходна неонатална неутропения
P61.6 Други преходни неонатални коагулационни нарушения
P61.8 Други уточнени перинатални хематологични нарушения

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

Други преходни неонатални метаболитни и електролитни нарушения
P74.0 Късна метаболитна ацидоза на новородено
P74.1 Дехидратация на новородено
P74.4 Други преходни електролитни нарушения у новородено
P75* Мекониум илеус (E84.1†)
P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

Други разстройства на храносмилателната система в перинаталния период
Не включва: неонатално стомашночревно кървене (P54.0—P54.3)
P78.0 Чревна перфорация в перинаталния период
Мекониален перитонит
P78.1 Други форми на неонатален перитонит Неонатален перитонит БДУ
P78.2 Хематемеза и мелена от поглъщане на майчина кръв
P78.3 Неинфекциозна диария у новородно
Диария у новородено БДУ
Не включва: неонатална диария БДУ в страни, където може да се предполага инфекциозен произход на състоянието (A09)
P78.8 Други уточнени разстройства на храносмилателната система в перинаталния период

Вродена цироза (чернодробна)
Пептична язва у новородено

P90 Неонатални гърчове
Не включва: доброкачествени (фамилни) неонатални гърчове (G40.3)

Други нарушения на церебралния статус у новородено

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

Други нарушения, възникващи в перинаталния период

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

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

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

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

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

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ
Друга рентгенография на гръден кош
58500-00 Рентгенография на гръден кош **Включва:** бронх • Диафрагма • сърце • бял дроб • медиастинум **Не включва**: такава на: ребра (58521-01, 58524-00 [1972]) гръдна кост (58521-00 [1972]) гръден вход (58509-00 [1974]) трахея (58509-00 [1974])
Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия
Електрографично мониториране
Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])
13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Мониторинг на съдово налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

Друго измерване на дихателна функция

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва следните изследвания:

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

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза- по преценка
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък- по преценка
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма- по преценка
91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин при необходимост
91910-01 Неонатален скрининг
Скрининг за:

- фенилкетонурия
- вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)
- хипотиреоза
- спинална мускулна атрофия
- тежки комбинирани имунни дефицити
- муковисцидоза.

1932 Изследвания на урината

91920-12 Химично изследване на урина
pH
Белтък
Билирубин
Уробилиноген
Глюкоза
Кетони
Относително тегло – по преценка на лекуващи лекар
Нитрити– по преценка на лекуващи лекар
Левкоцити
Кръв

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91908-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/или повърнати материи за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

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

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба

1934 Други лабораторни изследвания

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

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Венозна катетеризация

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

Венозна катетеризация

90220-00 Катетеризация/канюлизация на друга вена

Други терапевтични интервенции на дихателна система

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

Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори, в т. ч. Vit K, по преценка
Трансфузия на:
антихемофилен фактор
коагулационни фактори НКД
криопреципитати
фактор VIII

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Прилагане на фармакологичен агент чрез: инфузионен порт Port-A-Cath резервоар (подкожен) устройство за съдов достъп венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва:* хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система
92052-00 Кардиопулмонална ресуситация
Друга фототерапия на кожа
90677-00 Друга фототерапия, кожа Фототерапия на новородено БДУ

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, едната от които е изследване на кръв - 91910-04 и/или 91910-12- по преценка/ 91910-17- по преценка/ 91910-05/ 91910-41- по преценка и задължително скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, ФКУ,ВНХ и хипотиреоидизъм - 91910-01 **еднократно, в рамките на престоя в ЛЗ**, една процедура по преценка на лекуващия лекар и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

Скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през първата седмица от живота – вземане и изпращане на качествени кръвни проби и други действия в изпълнение на Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

В случай че неонаталният скрининг е осъществен в друго лечебно заведение, не е задължително повторното му извършване.

Тежестта на състоянието се обективизира с реанимационен лист. При установяване на абнормени стойности се извършват контролни изследвания. Всички медико-диагностични изследвания: КГА, ПКК, диференциално броене, мониторинг на жизненоважни показатели, се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват в ИЗ.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

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

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

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

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

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Неонатологична клиника/отделение или неонатологично отделение за специални грижи
2. Клинична лаборатория с II-ро ниво компетентност, с възможност за КАС , ПКК – 24 часа в денонощието
3. Структура за рентгеново изследване- рентгенов апарат за скопия и графия със 7-часов работен ден и на повикване при необходимост

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

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Имунохематологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. МРТ/КТ
4. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
5. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната
6. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ (съгласно медицински стандарт по "Неонатология"):

- минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология“ и двама със специалност „Педиатрия“ и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При деца с диагноза ранен вроден сифилис (код А50.0 по МКБ-10) се извършва задължително консултация с лекар – специалист по кожни болести и венерология.

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

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на новородено дете с тегло над 2500 грама при наличие на клинични и параклинични данни за необходимост от поне три от посочените дейности кислородотерапия; фототерапия; парентерално хранене, вливания на плазма, еритроцитна маса, електролити и/или аминокиселини; мониториране на жизнено важни показатели наймалко до 48 часа от раждането; антиконвулсивна терапия при необходимост; високо - технологични диагностични дейности (трансфонтанелна ехография, ЕЕГ) в резултат на:

- вътрематочна хипоксия и асфиксия на плода;
- майчино-фетална инфекция;
- конвулсии при новороденото;
- исхемични и хеморагични поражения на централната нервна система;
- ендокринни и метаболитни разстройства на новороденото; • хематологични разстройства.
- забавена кардиопулмонална адаптация.

КРИТЕРИИ ЗА ВТОРА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО – поне три от посочените:

1. кислородотерапия;
2. фототерапия - при необходимост;
3. парентерално хранене, вливания на плазма, еритроцитна маса, електролити и/или аминокиселини;
4. мониториране на жизнено важни показатели минимум до 48 часа от раждането;
5. антиконвулсивна терапия при необходимост;
6. високо - технологични диагностични дейности (трансфонтанелна ехография, ЕЕГ).

5.б.ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

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

При данни за тежка или средно тежка асфиксия се провежда първична реанимация в родилната зала по протокол, последващо наблюдение и лечение. При тежка асфиксия се обсъжда приложението на терапевтична хипотермия

При доминираща дихателна недостатъчност – провежда се патогенетично лечение продължителна реанимация по протокол до уточняване на нозологичната категория. Решението за провеждане на неинвазивните и инвазивни методи за дихателно подпомагане се изгражда въз основа на клиничните симптом и параклинични показатели

. При необходимост от механична вентилация, детето се отчита по друга клинична пътека. При диагностициране на аномалии е необходимо стабилизиране на хемодинамиката, консултация със специалист по детска хирургия и превеждане за оперативна интервенция

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

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

При данни за инфекциозна патология се провеждат уточняващи лабораторни и микробиологични изследвания потвърждаващи и уточняващи диагнозата.

Перинатални жълтеници – хемолитична болест – заболяване, дължащо се на имунен конфликт между майката и плода. Проявява се с ранен неонатален иктер, анемия или хидропс на новороденото. Изисква проследяване на хематологичния статус, нивата на кръмния билирубин и фракциите му, както и основните жизнени функции. Лечението вкючва фототерапия, приложение на кръвни продукти за корекция на анемията или за ексангвинотрансфузия. Освен специфичната терапия е необходимо и симптоматично лечение.

индиректна хипербилирубинемия, свързана с физиологичната чернодробна незрялост на новороденото, резорбция на хематоми, инфекции и др. Лечението е симптоматично.

Ендокринни и метаболитни заболявания – при съмнение за такова заболяване се провежда метаболитен скрининг и биохимични изследвания. Провежда се лечение в съответствие с установената патология. При нужда се прави се консултация със специалист по детска ендокринология или генетика и се уточнява терапевтичното поведение.

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

При заболявания на гастро-интестиналниия тракт, често се изявяват със забавен пасаж, затруднено отделяне на изпражнения и трайна чревна непроходимост. Това изисква спешна ехографска и/или рентгенова диагностика иконсултация с детски хирург за уточняване на поведението.

Некротизиращият ентероколит изисква интензивно лечение с проследяване на жизнените функции, парентерално хранене и насочена комбинирана антибиотична терапия. При данни за чревна пневматоза или перфорация – консултация с детски хирург.

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

При аномалии на ССС – провежда се мониторинг на жизненоважни показатели, кръвно-газов анализ, ехокардиография и консултация със специалист по детска кардиология. за уточняване на терапевтичното поведение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика и на изследванията - ПКК, биохимия, газов анализ, и/или рентген на бял дроб, микробиологично изследване (хемокултура, гастрален и/или трахеален секрет) и др.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

1. Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

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

1.2. клинично овладяване на симптоматиката;

1.3. ПКК без данни за възпалителна компонента.

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

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

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

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

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

Рисковите новородени деца са:

1. Преждевременно родени деца – преди 37-ма гестационна седмица с адекватно тегло за гестационната възраст.
2. Преждевременно родени деца – преди 35-та гестационна седмица с ниско или екстремно ниско тегло – висок риск.

3. Новородени деца с данни за мозъчно страдание по време на раждането (перинатална асфиксия).
4. Новородени деца с данни за майчино-фетална инфекция.
5. Новородени деца с аномалии, деца на майки с диабет и деца от патологична бременност.
6. Новородени от многоплодна бременност.

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

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

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

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

КП № 9
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ТЕГЛО ОТ 1500 ДО 2499 ГРАМА, ПЪРВА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ

1. Минимален болничен престой – **5** дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

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

Разстройства, свързани със скъсяване срока на бременността и ниско тегло при раждането, некласифицирани другаде
Забележка: При налични данни за теглото и гестационната възраст, предимство се дава на теглото при раждане.
Включва: изброените състояния, без други уточнения като причина за смърт, заболяване или оказване на допълнителна помощ на новороденото
Не включва: ниско тегло при раждането, дължащо се на забавен растеж и хипотрофия на плода (P05.—)
P07.1 Ниско тегло при раждането
Тегло при раждането 1000-2499 г.

Вроден сифилис
A50.0 Ранен вроден сифилис със симптоми
Всяко вродено състояние на сифилис, уточнено като ранно или проявило се до двегодишна възраст
Ранен вроден сифилис:
на кожата
на кожата и лигавиците
висцерален
Ранен вроден сифилитичен(-на):
ларингит
офталмопатия
остеохондропатия
фарингит
пневмония
ринит

Други видове хипотиреоидизъм
Не включва: хипотиреодизъм, свързан с йоден недоимък (E00—E02)
хипотиреоидизъм след медицинска намеса (E89.0)
E03.1 Вроден хипотиреоидизъм без гуша
Аплазия на щитовидната жлеза (с микседем)
Вродени:

- атрофия на щитовидната жлеза
- хипотиреоидизъм БДУ

Забавен фетален растеж и хипотрофия на плода
P05.0 Плод с ниско за гестационната възраст тегло
P05.1 Малък за гестационната възраст плод
P05.2 Хипотрофия на плода без уточняване дали е малък или с ниско за гестационната възраст тегло
P05.9 Забавен растеж на плода, неуточнен

Асфиксия по време на раждане
Забележка: Тази рубрика не следва да се използва при ниски показатели по скàлата на Apgar без споменаване за асфиксия или други разстройства на дишането.
Не включва: вътреутробна хипоксия или асфиксия (P20.—)

P21.0 Тежка асфиксия при раждане
Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща се, липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има мускулна атония.
Асфиксия с оценка по скàлата на Apgar 0-3 през първата минута след раждането
Бяла асфиксия
P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане
Не се установява нормално дишане през първата минута след раждането, но сърдечната честота е 100 удара/мин. или по-висока,
мускулна хипотония,
слаб отговор при дразнене.
Оценка по скàлата на Apgar 4-7 през първата минута след раждането
Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото
Не включва: дихателна недостатъчност у новороденото (P28.5)
P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром
Хиалинно-мембранна болест
P22.1 Транзиторна тахипнея у новороденото
P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония
Включва: инфекциозна пневмония, развила се вътреутробно или по време на раждането
Не включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация (P24.—) **P23.0 Вродена вирусна пневмония**
Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)
P23.1 Вродена хламидийна пневмония
P23.2 Вродена стафилококова пневмония
P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група B
P23.4 Вродена пневмония, причинена от *E. coli*
P23.5 Вродена пневмония, причинена от *Pseudomonas*
P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии
Haemophilus influenzae
Klebsiella pneumoniae
Mycoplasma
Стрептококи, с изключение на група B
P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми
Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация
P24.0 Неонатална аспирация на меконium
P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз
Аспирация на околоплодна течност
P24.2 Неонатална аспирация на кръв
P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

P25.0 Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период
P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период

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

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

Вродени вирусни болести

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

Неонатален бактериален сепсис

Включва: вродена септицемия

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

Други вродени инфекциозни и паразитни болести

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

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

P38 Неонатален омфалит с необилно или липсващо кървене

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период

P39.0 Неонатален инфекциозен мастит
Не включва: подуване на гръдните жлези при новородено (P83.4)
неинфекциозен мастит при новородено (P83.4)

P39.1 Неонатален конюнктивит и дакриоцистит
Неонатален хламидиозен конюнктивит
Неонатална офталмия БДУ
Не включва: гонококов конюнктивит (A54.3)
P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, некласифицирана другаде
P39.3 Неонатална инфекция на пикочните пътища
P39.4 Неонатална кожна инфекция
Пиодермия на новородено
Не включва: пемфигус на новородено (L00)
стафилококов синдром на изгорената кожа (L00)
P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото
Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия
Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:
родова травма (P10.—)
травма на майката (P00.5)
друга травма (S06.—)
P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)
P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул
P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим
P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото
P52.4 Вътремозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото
P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото
P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото
P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото

P53 Хеморагична болест на плода и новороденото
Дефицит на витамин К у новороденото
Хемолитична болест на плода и новороденото
P55.0 Резус-изоимунизация на плода и новороденото
P55.1 АВО-изоимунизация на плода и новороденото
P55.8 Други форми на хемолитична болест на плода и новороденото

Ядрена жълтеница
P57.0 Ядрена жълтеница от изоимунизация
P57.8 Други уточнени форми на ядрена жълтеница
Не включва: синдром на Crigler-Najjar (E80.5)

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза
Не включва: жълтеница, причинена от изоимунизация (P55—P57)
P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания
P58.1 Неонатална жълтеница от кървене
P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция
P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия
P58.4 Неонатална жълтеница, причинена от лекарствени средства или токсини, преминали от майката или приложени на новороденото
P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв
P58.8 Неонатална жълтеница от други уточнени форми на масивна хемолиза

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

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

ядрена жълтеница (P57.—)

P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане

- Хипербилирубинемия на недоносените деца
- Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане

P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка

P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания

Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)

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

P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини

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

Други перинатални хематологични нарушения

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

P61.1 Неонатална полицитемия

P61.2 Анемия на недоносеността

P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба

Преходни нарушения на въглехидратната обмяна, характерни за плода и новороденото

P70.0 Неонатален синдром при майка с гестационен диабет

P70.1 Неонатален синдром при майка, болна от диабет

Захарен диабет (развил се преди бременността) у майката, причиняващ увреждания на плода и новороденото (с хипогликемия)

P70.2 Неонатален захарен диабет

P70.3 Ятрогенна неонатална хипогликемия

P70.4 Други неонатални хипогликемии

Преходна неонатална хипогликемия

P70.8 Други преходни нарушения на въглехидратната обмяна у плода и новороденото

P70.9 Преходно нарушение на въглехидратната обмяна у плода и новороденото, неуточнено

Преходни неонатални нарушения на калциевата и магнезиевата обмяна

P71.1 Други форми на неонатални хипокалциемия

P71.8 Други преходни неонатални нарушения на калциевата и магнезиева обмяна

P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

Други разстройства на храносмилателната система в перинаталния период

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

P78.0 Чревна перфорация в перинаталния период

Мекониален перитонит

P78.1 Други форми на неонатален перитонит

Неонатален перитонит БДУ

P78.2 Хематемеза и мелена от поглъщане на майчина кръв

P78.3 Неинфекциозна диария у новородено

Диария у новородено БДУ

Не включва: неонатална диария БДУ в страни, където може да се предполага инфекциозен произход на състоянието (A09)

P78.8 Други уточнени разстройства на храносмилателната система в перинаталния период

Вродена цироза (чернодробна)
Пептична язва у новородено

P90 Неонатални гърчове
Не включва: доброкачествени (фамилни) неонатални гърчове (G40.3)

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

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

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

На ***второ място***, ако са налице отклонения от нормата в теглото, се поставя код от рубриките **P05** и **P07**. При липса на отклонения от нормата в теглото, такъв код не се използва.

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

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

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно
Включва: венозно инжектиране на багрило
Офталмоскопия

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
гръдна кост (58521-00 [1972])
гръден вход (58509-00 [1974])
трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Мониторинг на съдово налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

Друго измерване на дихателна функция

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-00 Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-01 Микроскопско изследване на кръв за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва следните изследвания:

- клинико-химични – ПКК: хемоглобин, хематокрит ,еритроцити, левкоцити, диференциално броене, тромбоцити
- биохимични – кръвна захар, общ белтък,
- скрининг за фенилкетонурия
- скрининг за хипотиреоза
- скрининг за ВНХ

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза- по преценка

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък по преценка

91910-01 Неонатален скрининг

Скрининг за:

- фенилкетонурия
- вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)
- хипотиреоза
- спинална мускулна атрофия
- тежки комбинирани имунни дефицити
- муковисцидоза.

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91908-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/или повърнати материи за култура и чувствителност

руги диагностични тестове, измервания или изследвания

91908-02 Микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и повърнати материи за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
антибиограма

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19

92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Венозна катетеризация

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

Венозна катетеризация

90220-00 Катетеризация/канюлизация на друга вена

Други терапевтични интервенции на дихателна система

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

Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Приложение на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92052-00 Кардиопулмонална ресуситация

Друга фототерапия на кожа

90677-00 Друга фототерапия, кожа
Фототерапия на новородено БДУ

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, едната от които задължително е изследване на кръв, включващо: 91910-04/ 91910-12- по преценка/ 91910-17- по преценка/ 91910-05 и задължително скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, ФКУ,ВНХ и хипотиреоидизъм - 91910-01 **еднократно, в рамките на престоя в ЛЗ**,. И две основни терапевтични процедури, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

Скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през първата седмица от живота – вземане и изпращане на качествени кръвни проби и други действия в изпълнение на Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

В случай че неонаталният скрининг е осъществен в друго лечебно заведение, не е задължително повторното му извършване.

По тази клинична пътека могат да се приемат и отчитат и деца на възраст над 28 дни, нуждаещи се от специални грижи, свързани с по-нататъшно наблюдение

и продължително лечение в бази, съгласно Медицински стандарт "Неонатология" (т. Г. "Структура по неонатология за специални грижи").

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

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

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

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

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

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

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

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
2. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ ..

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

- лекар с придобита специалност по „Неонатология" или лекар със специалност по педиатрия – с 15-дневно индивидуално обучение за кардио-пулмонална ресусцитация на новородено дете в структура по неонатология от III ниво на компетентност.

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

При деца с диагноза ранен вроден сифилис (код А50.0 по МКБ-10) се извършва задължително консултация с лекар – специалист по кожни болести и венерология.

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

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на новородено дете с ниско тегло 1500-2499 грама при наличие на клинични и параклинични данни за хемодинамична стабилност (сърдечна честота в рамки на референтни стойности, сатурация над 85%, добра диуреза),необходимост от парентерално хранене и/или кислородотерапия в резултат на:

- вътрематочна хипоксия и асфиксия на плода;
- майчино-фетална инфекция;
- перинатални жълтеници.

КОМПЛЕКС ОТ КРИТЕРИИ ЗА ПЪРВА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО:

1. хемодинамична стабилност (сърдечна честота в рамки на референтни стойности, сатурация над 85%, добра диуреза);
2. необходимост от парентерално хранене и/или кислородотерапия;

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

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

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

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

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

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

При перинатални (интраутеринни) инфекции – заболявания, характерни за ранния и късния неонатален период, проявяващи се с дихателна недостатъчност, нестабилна хемодинамика, интоксикация, неврологична симптоматика и симптоми от страна на храносмилателния тракт. Решаващи за диагнозата са резултатите от

параклиниката. Лечението е по протокол - етиологично (антибиотичната терапия започва с медикаменти срещу най-честите причинители на перинатални инфекции в двойна комбинация съобразно тежестта на симптоматиката), патогенетично и симптоматично.

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

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

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

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

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

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

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

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика, изследвания (ПКК, биохимия); микробиологично изследване (хемокултура, гастрален и/или трахеален секрет) и др.

Отчитането по тази клинична пътека се извършва на база на тегло на новороденото при приемане.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- стабилизиране на хемодинамиката – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота.
- клинично овладяване на симптоматиката;
- ПКК без данни за възпалителна компонента

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

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

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

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването"*.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

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

Рисковите новородени деца са:

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

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

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

В зависимост от основното заболяване се налага извършване на високо технологични диагностични и лечебни процедури. Съобразно тежестта на заболяването се налага различен по продължителност болничен престой, който

може да достигне и до 6 месеца. Късните последици от повечето заболявания на този рисков контингент се дължат на основното заболяване като информация за това се получава ежедневно от лекуващия лекар и след цялостното диагностично уточняване.

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

КП № 10
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ТЕГЛО ОТ 1500 ДО 2499 ГРАМА, ВТОРА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ

1. Минимален болничен престой –**7** дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

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

Вроден сифилис

A50.0 Ранен вроден сифилис със симптоми
Всяко вродено състояние на сифилис, уточнено като ранно или проявило се до двегодишна възраст
Ранен вроден сифилис:
на кожата
на кожата и лигавиците
висцерален
Ранен вроден сифилитичен(-на):
ларингит
офталмопатия
остеохондропатия
фарингит
пневмония
ринит

Други видове хипотиреоидизъм

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

E03.1 Вроден хипотиреоидизъм без гуша
Аплазия на щитовидната жлеза (с микседем)
Вродени:
- атрофия на щитовидната жлеза

Забавен фетален растеж и хипотрофия на плода

P05.0 Плод с ниско за гестационната възраст тегло
P05.1 Малък за гестационната възраст плод
P05.2 Хипотрофия на плода без уточняване дали е малък или с ниско за гестационната възраст тегло
P05.9 Забавен растеж на плода, неуточнен

Разстройства, свързани със скъсяване срока на бременността и ниско тегло при раждането, некласифицирани другаде

Забележка: При налични данни за теглото и гестационната възраст, предимство се дава на теглото при раждане.

Включва: изброените състояния, без други уточнения като причина за смърт, заболяване или оказване на допълнителна помощ на новороденото
при раждането, дължащо се на забавен растеж и хипотрофия на плода (P05.—)

P07.1 Ниско тегло при раждането
Тегло при раждането 1000-2499 г.

Асфиксия по време на раждане

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

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

P21.0 Тежка асфиксия при раждане
Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща се, липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има мускулна атония.
Асфиксия с оценка по скàлата на Apgar 0-3 през първата минута след раждането
Бяла асфиксия

P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане
Не се установява нормално дишане през първата минута след раждането, но сърдечната честота е 100 удара/мин. или по-висока, мускулна хипотония, слаб отговор при дразнене.
Оценка по скàлата на Apgar 4-7 през първата минута след раждането
Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото

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

P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром
Хиалинно-мембранна болест

P22.1 Транзиторна тахипнея у новороденото

P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония

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

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

P23.0 Вродена вирусна пневмония

Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)

P23.1 Вродена хламидийна пневмония

P23.2 Вродена стафилококова пневмония

P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група B

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

P23.5 Вродена пневмония, причинена от *Pseudomonas*

P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии
Haemophilus influenzae
Klebsiella pneumoniae
Mycoplasma
Стрептококи, с изключение на група B

P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми

Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация

P24.0 Неонатална аспирация на мекониум

P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз
Аспирация на околоплодна течност

P24.2 Неонатална аспирация на кръв

P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период

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

Сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период

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

P29.0 Сърдечна недостатъчност на новороденото

P29.1 Ритъмни сърдечни нарушения на новороденото

P29.2 Хипертония на новороденото

P29.3 Персистираща фетална циркулация у новороденото

Персистиращ артериален канал у новороденото

P29.4 Преходна миокардна исхемия на новороденото

P29.8 Други сърдечно-съдови нарушения, възникващи в перинаталния период

Вродени вирусни болести

P35.0 Синдром на вродена рубеола

Вроден рубеолен пневмонит

P35.1 Вродена цитомегаловирусна инфекция

P35.2 Вродена херпес симплекс инфекция [herpes simplex]

P35.3 Вроден вирусен хепатит

P35.8 Други вродени вирусни инфекции

Вродена варицела

Неонатален бактериален сепсис

Включва: вродена септицемия

P36.0 Неонатален сепсис, причинен от стрептококи група B

P36.1 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стрептококи

P36.2 Неонатален сепсис, причинен от златист стафилокок [*St. aureus*]

P36.3 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стафилококи

P36.4 Неонатален сепсис, причинен от *Escherichia coli*

P36.5 Неонатален сепсис, причинен от анаеробни микроорганизми

P36.8 Неонатален сепсис, причинен от други бактерии

Други вродени инфекциозни и паразитни болести

Не включва: вроден сифилис (A50.—)
некротичен ентероколит у плода и новороденото (P77)
неонатална диария:
- инфекциозна(A00—A09)
- неинфекциозна (P78.3)

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

P37.0 Вродена туберкулоза

P37.1 Вродена токсоплазмоза

Хидроцефалия, причинена от вродена токсоплазмоза

P37.2 Неонатална (дисеминирана) листериоза

P37.5 Неонатална кандидоза

P37.8 Други уточнени вродени инфекциозни и паразитни болести

P38 Неонатален омфалит с необилно или липсващо кървене

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния перио

P39.0 Неонатален инфекциозен мастит
Не включва: подуване на гръдните жлези при новородено (P83.4)
неинфекциозен мастит при новородено (P83.4)
P39.1 Неонатален конюнктивит и дакриоцистит
Неонатален хламидиозен конюнктивит
Неонатална офталмия БДУ
Не включва: гонококов конюнктивит (A54.3)

P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, некласифицирана другаде
P39.3 Неонатална инфекция на пикочните пътища
P39.4 Неонатална кожна инфекция
Пиодермия на новородено
Не включва: пемфигус на новородено (L00)
стафилококов синдром на изгорената кожа (L00)
P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

<u>Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото</u>
Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия
Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:
родова травма (P10.—)
травма на майката (P00.5)
друга травма (S06.—)
P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)
P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул
P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим
P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото
P52.4 Вътремозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото
P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото
P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото
P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото
P53 Хеморагична болест на плода и новороденото
Дефицит на витамин К у новороденото

<u>Хемолитична болест на плода и новороденото</u>
P55.0 Резус-изоимунизация на плода и новороденото
P55.1 АВО-изоимунизация на плода и новороденото
P55.8 Други форми на хемолитична болест на плода и новороденото

<u>Ядрена жълтеница</u>
P57.0 Ядрена жълтеница от изоимунизация
P57.8 Други уточнени форми на ядрена жълтеница
Не включва: синдром на Crigler-Najjar (E80.5)

<u>Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза</u>
Не включва: жълтеница, причинена от изоимунизация (P55—P57)
P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания
P58.1 Неонатална жълтеница от кървене
P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция
P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия
P58.4 Неонатална жълтеница, причинена от лекарствени средства или токсини,

преминали от майката или приложени на новороденото
P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв
P58.8 Неонатална жълтеница от други уточнени форми на масивна хемолиза

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини
Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70—E90)
ядрена жълтеница (P57.—)
P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане
Хипербилирубинемия на недоносените деца
Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане
P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка
P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания
Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)
P59.3 Неонатална жълтеница от употреба на средства, инхибиращи лактацията
P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини

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

Други перинатални хематологични нарушения
Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)
P61.1 Неонатална полицитемия
P61.2 Анемия на недоносеността
P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба

Преходни нарушения на въглехидратната обмяна, характерни за плода и новороденото
P70.0 Неонатален синдром при майка с гестационен диабет
P70.1 Неонатален синдром при майка, болна от диабет
Захарен диабет (развил се преди бременността) у майката, причиняващ увреждания на плода и новороденото (с хипогликемия)
P70.2 Неонатален захарен диабет
P70.3 Ятрогенна неонатална хипогликемия
P70.4 Други неонатални хипогликемии
Преходна неонатална хипогликемия
P70.8 Други преходни нарушения на въглехидратната обмяна у плода и новороденото
P70.9 Преходно нарушение на въглехидратната обмяна у плода и новороденото, неуточнено

Преходни неонатални нарушения на калциевата и магнезиевата обмяна
P71.1 Други форми на неонатални хипокалциемия
P71.8 Други преходни неонатални нарушения на калциевата и магнезиева обмяна

P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

Други разстройства на храносмилателната система в перинаталния период
Не включва: неонатално стомашночревно кървене (P54.0—P54.3)
P78.0 Чревна перфорация в перинаталния период
Мекониален перитонит
P78.1 Други форми на неонатален перитонит Неонатален перитонит БДУ
P78.2 Хематемеза и мелена от поглъщане на майчина кръв
P78.3 Неинфекциозна диария у новородено
Диария у новородено БДУ
Не включва: неонатална диария БДУ в страни, където може да се предполага инфекциозен произход на състоянието (A09)

P78.8 Други уточнени разстройства на храносмилателната система в перинаталния период

Вродена цироза (чернодробна)
Пептична язва у новородено

P90 Неонатални гърчове

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

Други нарушения на церебралния статус у новородено

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

Други нарушения, възникващи в перинаталния период

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

Синдром на абстиненция у новородено, обусловен от наркомания на майката
Не включва: лекарствени реакции и интоксикации от приложени на майката опиати и транквилизатори по време на раждането и родоразрешаването (P04.0)

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

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

На ***второ място***, ако са налице отклонения от нормата в теглото, се поставя код от рубриките **P05** и **P07**. При липса на отклонения от нормата в теглото, такъв код не се използва.

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

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

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно
венозно инжектиране на багрило Офталмоскопия

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма

сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
гръдна кост (58521-00 [1972])
гръден вход (58509-00 [1974])
трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Мониторинг на съдово налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

Друго измерване на дихателна функция

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-00 Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-01 Микроскопско изследване на кръв за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

клинико-химични – ПКК: хемоглобин, хематокрит ,еритроцити, левкоцити, диференциално броене, тромбоцити;
биохимични – кръвна захар, общ белтък, йонограма,
скрининг за фенилкетонурия
скрининг за хипотиреоза - скрининг за ВНХ
По клинични показания се извършва изследване за С-реактивен протеин и/или билирубин

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза- по преценка
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък- по преценка 91910-41 91910-
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма- по преценка
91910-01 Неонатален скрининг
Скрининг за:
- фенилкетонурия
- вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)
- хипотиреоза
- спинална мускулна атрофия
- тежки комбинирани имунни дефицити
- муковисцидоза.

по показания:
91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин по показания
91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин по показания

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91908-02 Микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/или повърнати материи за култура и чувствителност"

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура

антибиограма

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

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

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба

1934 Други лабораторни изследвания

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

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Венозна катетеризация

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

Венозна катетеризация

90220-00 Катетеризация/канюлизация на друга вена

Други терапевтични интервенции на дихателна система

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

Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещест
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

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

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92052-00 Кардиопулмонална ресуситация

Друга фототерапия на кожа

90677-00 Друга фототерапия, кожа
Фототерапия на новородено БДУ

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури,едната от които задължително е изследване на кръв- 91910-04/ 91910-12- по преценка/ 91910-05 91910-41- по преценка и задължително скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, ФКУ, ВНХ и хипотиреоидизъм - 91910-01 **еднократно, в рамките на престоя в ЛЗ**,.. И три основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през първата седмица от живота – вземане и изпращане на качествени кръвни проби и други действия в изпълнение на Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне

на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

В случай че неонаталният скрининг е осъществен в друго лечебно заведение, не е задължително повторното му извършване.

Показателите, които се изследват и са включени в рубрика „Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи“ (91910-19, 9191017, 91910-15, 91910-41, 91910-12), са по преценка на лекуващия лекар и са при клинични показания.

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

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

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

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

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

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Неонатологична клиника/отделение или Неонатологично отделение за специални грижи на недоносени деца
2. Клинична лаборатория с II-ро ниво компетентност, с възможност за КАС, ПКК – 24 часа в денонощието
3. Структура за рентгеново изследване - рентгенов апарат за скопия и графия със 7-часов работен ден и на повикване при необходимост

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

задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Имунохематологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. МРТ/КТ
4. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
5. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната
6. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ..

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

- минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология" и двама със специалност „Педиатрия" и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структурапо неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При деца с диагноза ранен вроден сифилис (код А50.0 по МКБ-10) се извършва задължително консултация с лекар – специалист по кожни болести и венерология.

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

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на новородено дете с ниско тегло 1500-2499 грама при наличие на клинични и параклинични данни за нестабилна хемодинамика и мониториране на жизненоважни показатели до стабилизиране на хемодинамиката, необходимост от парентерално хранене и/или кислородотерапия в резултат:

- перинатална и интрапартална асфиксия;
- конвулсии при новороденото;
- шокови състояния;
- исхемични и хеморагични поражения на централната нервна система;
- майчино-фетални инфекции;
- инфекции, специфични за неонаталния период;
- ендокринни и метаболитни разстройства на новороденото;
- хематологични разстройства; • хипербилирубинемии.

КОМПЛЕКС ОТ КРИТЕРИИ ЗА ВТОРА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО:

1. необходимост от парентерално хранене и/или кислородотерапия;
2. нестабилна хемодинамика и мониториране на жизненоважни показатели до стабилизиране на хемодинамиката.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика, изследвания (ПКК, биохимия, микробиологично изследване и др.)

Отчитането по тази клинична пътека се извършва на база на тегло на новороденото при приемане.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- стабилизиране на хемодинамиката – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, в рамките на референтните стойности;
- клинично овладяване на симптоматиката;
- ПКК без данни за възпалителна компонента.

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

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

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

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

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

Рисковите новородени деца са:

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

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

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

В зависимост от основното заболяване се налага извършване на високо технологични диагностични и лечебни процедури. Съобразно тежестта на заболяването се налага различен по продължителност болничен престой, който може да достигне и до 6 месеца. Късните последици от повечето заболявания на

този рисков контингент се дължат на основното заболяване като информация за това се получава ежедневно от лекуващия лекар и след цялостното диагностично уточняване.

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

КП № 11
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ТЕГЛО ПОД 1499 ГРАМА

1. Минимален болничен престой – 15 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

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

Разстройства, свързани със скъсяване срока на бременността и ниско тегло при раждането, некласифицирани другаде
Забележка: При налични данни за теглото и гестационната възраст, предимство се дава на теглото при раждане.
Включва: изброените състояния, без други уточнения като причина за смърт, заболяване или оказване на допълнителна помощ на новороденото
Не включва: ниско тегло при раждането, дължащо се на забавен растеж и хипотрофия на плода (P05.—)

P07.0 Изключително ниско тегло при раждането
Тегло при раждането 999 г или по-малко.
P07.1 Ниско тегло при раждането
Тегло при раждането 1000-2499 г.

Вроден сифилис
A50.0 Ранен вроден сифилис със симптоми
Всяко вродено състояние на сифилис, уточнено като ранно или проявило се до двегодишна възраст
Ранен вроден сифилис:
на кожата
на кожата и лигавиците
висцерален
Ранен вроден сифилитичен(-на):
ларингит
офталмопатия
остеохондропатия
фарингит
пневмония
ринит

Други видове хипотиреоидизъм

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

E03.1 Вроден хипотиреоидизъм без гуша

Аплазия на щитовидната жлеза (с микседем)
Вродени:

- атрофия на щитовидната жлеза
- хипотиреоидизъм БДУ

Забавен фетален растеж и хипотрофия на плода

P05.0 Плод с ниско за гестационната възраст тегло

P05.1 Малък за гестационната възраст плод

P05.2 Хипотрофия на плода без уточняване дали е малък или с ниско за гестационната възраст тегло

P05.9 Забавен растеж на плода, неуточнен

Асфиксия по време на раждане

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

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

P21.0 Тежка асфиксия при раждане

Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща се, липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има мускулна атония.
Асфиксия с оценка по скàлата на Apgar 0-3 през първата минута след раждането
Бяла асфиксия

P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане

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

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

Респираторен дистрес у новороденото

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

P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром

Хиалинно-мембранна болест

P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония

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

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

P23.0 Вродена вирусна пневмония

Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)

P23.1 Вродена хламидийна пневмония

P23.2 Вродена стафилококова пневмония

P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група B

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

P23.5 Вродена пневмония, причинена от *Pseudomonas*

P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии

Haemophilus influenzae
Klebsiella pneumoniae
Mycoplasma
Стрептококи, с изключение на група B

P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период
P25.1 Пневмоторакс, възникващ в перинаталния период
P25.2 Пневмомедиастинум, възникващ в перинаталния период
P25.3 Пневмоперикард, възникващ в перинаталния период
P25.8 Други състояния, свързани с интерстициален емфизем и възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период
P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Вродени вирусни болести

P35.0 Синдром на вродена рубеола
Вроден рубеолен пневмонит
P35.1 Вродена цитомегаловирусна инфекция
P35.2 Вродена херпес симплекс инфекция [herpes simplex]
P35.3 Вроден вирусен хепатит

Неонатален бактериален сепсис

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

Други вродени инфекциозни и паразитни болести

Не включва: вроден сифилис (A50.—)
некротичен ентероколит у плода и новороденото (P77)
неонатална диария:
- инфекциозна(A00—A09)
- неинфекциозна (P78.3)

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

P37.0 Вродена туберкулоза
P37.1 Вродена токсоплазмоза
Хидроцефалия, причинена от вродена токсоплазмоза
P37.2 Неонатална (дисеминирана) листериоза

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период

P39.0 Неонатален инфекциозен мастит
Не включва: подуване на гръдните жлези при новородено (P83.4)
неинфекциозен мастит при новородено (P83.4)
P39.1 Неонатален конюнктивит и дакриоцистит
Неонатален хламидиозен конюнктивит
Неонатална офталмия БДУ

Не включва: гонококов конюнктивит (A54.3)

P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, некласифицирана другаде

P39.3 Неонатална инфекция на пикочните пътища

P39.4 Неонатална кожна инфекция

Пиодермия на новородено

Не включва: пемфигус на новородено (L00) стафилококов синдром на изгорената кожа (L00)

P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото

Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия

Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:
родова травма (P10.—)
травма на майката (P00.5)
друга травма (S06.—)

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

Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)

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

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул

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

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим

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

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

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

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

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

P53 Хеморагична болест на плода и новороденото

Дефицит на витамин К у новороденото

Хемолитична болест на плода и новороденото53

P55.0 Резус-изоимунизация на плода и новороденото

P55.1 АВО-изоимунизация на плода и новороденото

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

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза

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

P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания

P58.1 Неонатална жълтеница от кървене

P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция

P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия

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

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код (клас XX).

P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв

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

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70—E90)
ядрена жълтеница (P57.—)

P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане
Хипербилирубинемия на недоносените деца
Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане

P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка

P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания

Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)

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

P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини

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

<u>Други перинатални хематологични нарушения</u>

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

P61.1 Неонатална полицитемия

P61.2 Анемия на недоносеността

<u>Други перинатални хематологични нарушения</u>

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

P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба

<u>Преходни нарушения на въглехидратната обмяна, характерни за плода и новороденото</u>

P70.0 Неонатален синдром при майка с гестационен диабет

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

P70.2 Неонатален захарен диабет

P70.3 Ятрогенна неонатална хипогликемия

P70.4 Други неонатални хипогликемии
Преходна неонатална хипогликемия

P70.8 Други преходни нарушения на въглехидратната обмяна у плода и новороденото

P70.9 Преходно нарушение на въглехидратната обмяна у плода и новороденото, неуточнено

P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

<u>Други разстройства на храносмилателната система в перинаталния период</u>

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

P78.0 Чревна перфорация в перинаталния период
Мекониален перитонит

P78.1 Други форми на неонатален перитонит
Неонатален перитонит БДУ

P78.2 Хематемеза и мелена от поглъщане на майчина кръв

P78.3 Неинфекциозна диария у новородено
Диария у новородено БДУ
Не включва: неонатална диария БДУ в страни, където може да се предполага

инфекциозен произход на състоянието (A09)

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

P90 Неонатални гърчове
Не включва: доброкачествени (фамилни) неонатални гърчове (G40.3)

Други нарушения на церебралния статус у новородено

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

P96.0 Вродена бъбречна недостатъчност
Уремия у новородено

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

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

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

На ***второ място***, ако са налице отклонения от нормата в теглото, се поставя код от рубриките **P05** и **P07**. При липса на отклонения от нормата в теглото, такъв код не се използва.

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

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

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно
Включва: венозно инжектиране на багрило

офталмоскопия
Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
гръдна кост (58521-00 [1972])
гръден вход (58509-00 [1974])
трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Мониторинг на съдово налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

Друго измерване на дихателна функция

1503-08 Оценка на артериално налягане на въглероден диоксид или сърдечен дебит, метод при повторно вдишване

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

82-02 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-02 микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-01 микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва следните изследвания:
клинико-химични – ПКК: хемоглобин, хематокрит ,еритроцити, левкоцити, диференциално броене, тромбоцити
биохимични – кръвна захар, общ белтък,
Скрининг за фенилкетонурия
Скрининг за хипотиреоза - Скрининг за ВНХ

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-01 Неонатален скрининг
Скрининг за:
- фенилкетонурия
- вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)
- хипотиреоза
- спинална мускулна атрофия
- тежки комбинирани имунни дефицити
- муковисцидоза.

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91908-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/или повърнати материи за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02 микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
антибиограма

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

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

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба

1934 Други лабораторни изследвания

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

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Венозна катетеризация

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

Венозна катетеризация

90220-00 Катетеризация/канюлизация на друга вена

Други терапевтични интервенции на дихателна система

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

Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-03 Приложение на тромбоцити

Трансфузия на:
• тромбоцити

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92052-00 Кардиопулмонална ресуситация

Друга фототерапия на кожа

90677-00 Друга фототерапия, кожа
Фототерапия на новородено БДУ

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, едната от които задължително е изследване на кръв- 91910-04, 91910-12, 91910-17, 91910-05 и задължително скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, ФКУ, ВНХ и хипотиреоидизъм - 91910-01 **еднократно, в рамките на престоя в ЛЗ**,.. Третата процедура е по преценка на лекуващия лекар и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през

първата седмица от живота – вземане и изпращане на качествени кръвни проби и други действия в изпълнение на Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

В случай че неонаталният скрининг е осъществен в друго лечебно заведение, не е задължително повторното му извършване.

Показателите, които се изследват и са включени в код 90.59, са по преценка на лекуващия лекар и са в зависимост от патологията.

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

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Процедура „Възстановяване на ретинално отлепване с криотерапия", която се извършва при новородените деца, се заплаща на очните специалисти.

При необходимост от превеждане на новороденото за спешно хирургично лечение, клиничната пътека се счита за завършена при изпълнени всички задължителни диагностични и терапевтични процедури, без да е спазен задължителният минимален болничен престой.

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

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

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

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Неонатологична клиника/отделение или Неонатологично отделение за специални грижи на недоносени деца
2. Звено за интензивни грижи
3. Клинична лаборатория с II-ро ниво компетентност, с възможност за КАС, ПКК – 24 часа в денонощието.
4. Структура за рентгеново изследване - рентгенов апарат за скопия и графия със 7-часов работен ден и на повикване при необходимост

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

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Имунохематологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. МРТ/КАТ
4. Лаборатория за изследване на ФКУ - на територията на страната
5. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната
6. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ..

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

- минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология" и двама със специалност „Педиатрия" и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При деца с диагноза ранен вроден сифилис (код А50.0 по МКБ-10) се извършва задължително консултация с лекар – специалист по кожни болести и венерология.

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

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на новородено дете с ниско тегло под 1500 грама при наличие на клинични и параклинични данни за:

- вътрематочна хипоксия и асфиксия на плода;
- шокови състояния;
- неонатален сепсис;
- майчино-фетална инфекция;
- конвулсии при новороденото;
- исхемични и хеморагични поражения на централната нервна система;
- перинатални жълтеници;
- инфекции, специфични за неонаталния период;
- ендокринни и метаболитни разстройства на новороденото; • хематологични разстройства.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика, изследвания (ПКК, биохимия, газов анализ, рентген на бял дроб, микробиологично изследване).

Отчитането по тази клинична пътека се извършва на база на тегло на новороденото при приемане.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- стабилизиране на хемодинамиката – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, в рамките на референтните стойности;
- клинично овладяване на симптоматиката;
- ПКК без данни за възпалителна компонента.

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

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

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

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

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

Рисковите новородени деца са:

1. Преждевременно родени деца – преди 37-ма гестационна седмица с адекватно тегло за гестационната възраст.
2. Преждевременно родени деца – преди 35-та гестационна седмица с ниско или екстремно ниско тегло – висок риск

3. Новородени деца с данни за мозъчно страдание по време на раждането (перинатална асфиксия)
4. Новородени деца с данни за майчино-фетална инфекция
5. Новородени деца с аномалии, деца на майки с диабет и деца от патологична бременност
6. Новородени от многоплодна бременност

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

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

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

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

КП № 12 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕТЕ С ВРОДЕНИ АНОМАЛИИ

1.Минимален болничен престой – 2 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

Z38.0 **Едно дете, родено в стационар**

Z38.1 **Едно дете, родено извън стационар**

Z38.2 **Едно дете, родено на неуточнено място**
Живородено дете БДУ

Z38.3 **Близнаци, родени в стационар**

Z38.4 **Близнаци, родени извън стационар**

Z38.5 **Близнаци, родени на неуточнено място**

Z38.6 **Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар**

Z38.7 **Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар**

Z38.8 **Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място**

Лека умствена изостаналост

F70.0 **Лека умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението**
Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.

Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност

F70.1 **Лека умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение**
Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.

Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност

F70.8 **Лека умствена изостаналост, друго нарушение на поведението**
Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.

Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност

Умерена умствена изостаналост

F71.0 Умерена умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението
Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат

да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.
Включва: умерена умствена недостатъчност

F71.1 Умерена умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение
Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.
Включва: умерена умствена недостатъчност

F71.8 Умерена умствена изостаналост, друго нарушение на поведението
Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.
Включва: умерена умствена недостатъчност

Тежка умствена изостаналост

F72.0 Тежка умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението
Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.
Включва: тежка умствена недостатъчност

F72.1 Тежка умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение
Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.
Включва: тежка умствена недостатъчност

F72.8 Тежка умствена изостаналост, друго нарушение на поведението
Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.
Включва: тежка умствена недостатъчност

Дълбока умствена изостаналост

F73.0 Дълбока умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението
IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.
Включва: дълбока умствена недостатъчност

F73.1 Дълбока умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение
IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.
Включва: дълбока умствена недостатъчност

F73.8 Дълбока умствена изостаналост, друго нарушение на поведението
IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.
Включва: дълбока умствена недостатъчност

Аненцефалия и подобни пороци на развитието

Q00.1 Краниорахисхизис

Q00.2 Иниенцефалия

Енцефалоцеле

Включва: енцефаломиелоцеле
хидроенцефалоцеле
хидроменингоцеле, краниално
хидроменингоцеле, церебрално
менингоцеле, церебрално
менингоенцефалоцеле

Не включва: синдром на Meckel-Gruber (Q61.9)

Q01.0 Фронтално енцефалоцеле

Q01.1 Назофронтално енцефалоцеле

Q01.2 Окципитално енцефалоцеле

Q01.8 Енцефалоцеле с друга локализация

Q02 Микроцефалия
Хидромикроцефалия
Микроенцефалон

Не включва: синдром на Meckel-Gruber (Q61.9)

Вродена хидроцефалия

Включва: хидроцефалия на новородено

Не включва: синдром на Arnold-Chiari (Q07.0)
хидроцефалия:
- придобита (G91.—)
- дължаща се на вродена токсоплазмоза (P37.1)
- в съчетание със spina bifida (Q05.0—Q05.4)

Q03.0 Аномалии на Силвиевия проток
Силвиев проток:
- аномалия
- обструкция, вродена
- стеноза

Q03.1 Атрезия на отворите на Magendie и Luschka
Синдром на Dandy-Walker

Q03.8 Други форми на вродена хидроцефалия

Други вродени аномалии на мозъка

Не включва: циклопия (Q87.0)
макроцефалия (Q75.3)

Q04.0 Вродени аномалии на corpus callosum
Агенезия на corpus callosum

Q04.1 Ариненцефалия

Q04.2 Холопрозенцефалия

Q04.3 Други редукционни деформации на мозъка

Липса Агенезия Аплазия Хипоплазия Агирия	на част от мозъка

Хидраненцефалия

Лисенцефалия
Микрогирия
Пахигирия
Не включва: вродени аномалии на corpus callosum (Q04.0)

Q04.4 Септо-оптична дисплазия

Q04.5 Мегаленцефалия

Q04.6 Вродени мозъчни кисти
Поренцефалия
Шизенцефалия
Не включва: придобита поренцефалична киста (G93.0)

Q04.8 Други уточнени вродени аномалии на мозъка
Макрогирия

Spina bifida

Включва: хидроменингоцеле (спинално)
менингоцеле (спинално)
менингомиелоцеле
миелоцеле
миеломенингоцеле
рахисхизис
spina bifida (aperta) (cystica)
сирингомиелоцеле

Не включва: синдром на Arnold-Chiari (Q07.0)
spina bifida oculta (Q76.0)

Q05.0 Цервикална spina bifida с хидроцефалия

Q05.1 Торакална spina bifida с хидроцефалия
Spina bifida:
- дорзална
- тораколумбална

с хидроцефалия

Q05.2 Лумбална spina bifida с хидроцефалия
Лумбосакрална spina bifida с хидроцефалия

Q05.3 Сакрална spina bifida с хидроцефалия

Q05.4 Spina bifida с хидроцефалия, неуточнена

Q05.5 Цервикална spina bifida без хидроцефалия

Q05.6 Торакална spina bifida без хидроцефалия
Spina bifida:
- дорзална БДУ
- тораколумбална БДУ

Q05.7 Лумбална spina bifida без хидроцефалия
Лумбосакрална spina bifida БДУ

Q05.8 Сакрална spina bifida без хидроцефалия

Други вродени аномалии на гръбначния мозък

Q06.0 Амиелия

Q06.1 Хипоплазия и дисплазия на гръбначния мозък
Ателомиелия
Миелотелия
Миелодисплазия на гръбначния мозък

Q06.2 Диастематомиелия

Q06.3 Други вродени аномалии на cauda equina

Q06.4 Хидромиелия
Хидрорахис

Q06.8 Други уточнени вродени аномалии на гръбначния мозък

Вродени аномалии на сърдечните камери и съобщителните отвори

Не включва: декстрокардия със situs inversus (Q89.3)
огледално разположение на предсърдията със situs inversus (Q89.3)

Q20.0 Общ артериален трункус
Персистиращ truncus arteriosus

Q20.1 Удвоен изходен отвор на дясната камера
Синдром на Taussig-Bing

Q20.2 Удвоен изходен отвор на лявата камера

Q20.3 Дискордантно свързване на камерите с артериите
Декстропозиция на аортата
Транспозиция на големите съдове (пълна)

Q20.4 Удвоен камерен входен отвор
Обща камера
Трикамерно двупредсърдно сърце
Единична камера

Q20.5 Дискордантно предсърднокамерно свързване
Коригирана транспозиция
Лявотранспозиция
Камерна инверсия

Q20.8 Други вродени аномалии на сърдечните камери и съобщителните отвори

Вродени аномалии на сърдечната преграда

Не включва: придобит сърдечен септален дефект (I51.0)

Q21.0 Междукамерен септален дефект

Q21.1 Междупредсърден септален дефект
Дефект на коронарния синус
Отворен или персистиращ:
- foramen ovale
- ostium secundum дефект (тип II)

Дефект на sinus venosus

Q21.2 Предсърднокамерен септален дефект
Общ предсърднокамерен канал
Дефект на ендокардната възглавничка
Ostium primum атриосептален дефект (тип I)

Q21.3 Тетралогия на Fallot
Междукамерен септален дефект със стеноза или атрезия на белодробната артерия, декстропозиция на аортата и хипертрофия на дясната камера.

Q21.4 Аортопулмонален септален дефект
Аортен септален дефект
Аортопулмонален прозорец

Q21.8 Други вродени аномалии на сърдечната преграда
Синдром на Eisenmenger
Пенталогия на Fallot

Вродени аномалии на пулмоналната и трикуспидалната клапа

Q22.0 Атрезия на клапата на белодробната артерия

Q22.1 Вродена стеноза на клапата на белодробната артерия

Q22.2 Вродена инсуфициенция на клапата на белодробната артерия
Вродена регургитация на клапата на белодробната артерия

Q22.3 Други вродени аномалии на клапата на белодробната артерия
Вродена аномалия на клапата на белодробната артерия БДУ

Q22.4 Вродена стеноза на трикуспидалната клапа
Трикуспидална атрезия

Q22.5 Аномалия на Ebstein
Q22.6 Синдром на хипопластичното дясно сърце
Q22.8 Други вродени аномалии на трикуспидалната клапа

Вродени аномалии на аортната и митралната клапа

Q23.0 Вродена стеноза на аортната клапа
Вродена аортна:
- атрезия
- стеноза

Не включва: вродена субаортна стеноза (Q24.4)
същата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)

Q23.1 Вродена инсуфициенция на аортната клапа
Бикуспидна аортна клапа
Вродена аортна инсуфициенция

Q23.2 Вродена митрална стеноза
Вродена митрална атрезия

Q23.3 Вродена митрална инсуфициенция

Q23.4 Синдром на хипопластичното ляво сърце
Атрезия или изразена хипоплазия на устието или аортната клапа с хипоплазия на възходящата аорта и нарушено развитие на лявата камера (със стеноза или атрезия на митрална-та клапа).

Q23.8 Други вродени аномалии на митралната и аортната клапа

Други вродени аномалии на сърцето
Не включва: ендокардна фиброеластоза (I42.4)

Q24.0 Dextrocardia
Не включва: декстрокардия със situs inversus (Q89.3)
изомерия на предсърдното ухо (с аспления или полиспления) (Q20.6)
огледално разположение на предсърдията със situs inversus (Q89.3)

Q24.1 Laevocardia

Q24.2 Трипредсърдно сърце

Q24.3 Белодробна инфундибуларна стеноза

Q24.4 Вродена субаортна стеноза

Q24.5 Аномалия на коронарните съдове
Вродена коронарна (артериална) аневризма

Q24.6 Вроден сърдечен блок

Q24.8 Други уточнени вродени аномалии на сърцето
Вроден(-а):
- дивертикул на лявата камера
- аномалия на:
- миокарда
- перикарда

Неправилно положение на сърцето
Болест на Uhl

Вродени аномалии на големите артерии

Q25.0 Отворен ductus arteriosus
Отворен Боталов проток
Персистиращ ductus arteriosus

Q25.1 Коарктация на аортата
Коарктация на аортата (предуктална)(постдуктална)

Q25.2 Атрезия на аортата

Q25.3 Стеноза на аортата
Суправалвуларна аортна стеноза
Не включва: вродена аортна стеноза (Q23.0)

Q25.4 Други вродени аномалии на аортата
Липса- Аплазия-
Вродена: на аортата
- аневризма-
- дилатация-

Аневризма на синуса на Valsalva (руптурирала)

Двойна дъга на аортата [съдов пръстен на аортата]
Хипоплазия на аортата
Персистиращи(-а):
- извивки на аортната дъга
- дясна аортна дъга

Не включва: хипоплазия на аортата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)

Q25.5 Атрезия на белодробната артерия

Q25.6 Стеноза на белодробната артерия

Q25.7 Други вродени аномалии на белодробната артерия
Аберантна белодробна артерия
Агенезия-
Аневризма- на белодробната артерия
Аномалия-
Хипоплазия-
Белодробна артериовенозна аневризма

Q25.8 Други вродени аномалии на големите артерии

Вродени аномалии на големите вени

Q26.2 Тотално аномално вливане на белодробните вени

Q26.3 Частично аномално вливане на белодробните вени

Q26.4 Аномално вливане на белодробните вени, неуточнено

Q26.5 Аномално вливане на порталната вена

Q26.6 Фистула между порталната вена и чернодробната артерия

Q26.8 Други вродени аномалии на големите вени
Липса на куха вена (долна)(горна)
Персистираща vena azygos като продължение на vena cava
Персистираща лява задна кардинална вена
Синдром на кривата турска сабя (Scimitar syndrome)

Други вродени аномалии на периферната съдова система

Не включва: аномалии на:
- мозъчни и предмозъчни съдове (Q28.0—28.3)
- коронарни съдове (Q24.5)
- белодробна артерия (Q25.5—Q25.7)

вродена аневризма на ретината (Q14.1)
хемангиом и лимфангиом (D18.—)

Q27.1 Вродена стеноза на бъбречна артерия

Q27.3 Периферна артериовенозна аномалия
Артериовенозна аневризма
Не включва: придобита артериовенозна аневризма (I77.0)

Други вродени аномалии на системата на кръвообращението

Не включва: вродена аневризма:
- БДУ (Q27.8)
- коронарна (Q24.5)
- периферна (Q27.8)
- белодробна (Q25.7)
- ретинална (Q14.1)

руптурирала:
- церебрална артериовенозна аномалия (I60.8)
- аномалия на прецеребрални съдове (I72.—)

Q28.2 Артериовенозна аномалия на церебрални съдове
Артериовенозна аномалия на мозъка БДУ
Вродена артериовенозна церебрална аневризма (неруптурирала)

Q28.3 Други вродени аномалии на церебрални съдове
Вродена:
- мозъчна аневризма (неруптурирала)
- аномалия на мозъчни съдове БДУ

Q28.8 Други уточнени вродени аномалии на системата на кръвообращението
Вродена аневризма с уточнена локализация, НКД

Вродени аномалии на носа
Не включва: вродена девиация на носната преграда (Q67.4)

Q30.0 Атрезия на хоаните
Атрезия-
Вродена стеноза- на ноздрите (предна)(задна)

Q30.1 Агенезия и недоразвитие на носа
Вродена липса на нос

Вродени аномалии на ларинкса

Q31.1 Вродена стеноза на субглотиса

Q31.2 Хипоплазия на ларинкса

Q31.4 Вроден ларингеален стридор
Вроден стридор (на ларинкса) БДУ

Q31.8 Други вродени аномалии на ларинкса
Липса- на пръстеновидния (крикоидния) хрущял,
Агенезия- епиглотиса, глотиса, ларинкса
Атрезия- или щитовидния хрущял
Разцепен щитовиден хрущял
Вродена стеноза на ларинкса, НКД
Фисура на епиглотиса
Разцепване в задната част на пръстеновидния хрущял

Вродени аномалии на трахеята и бронхите
Не включва: вродена бронхиектазия (Q33.4)

Q32.0 Вродена трахеомалация

Q32.1 Други вродени аномалии на трахеята
Аномалия на трахеалния хрущял
Атрезия на трахеята
Вродена(-о):
- дилатация-
- аномалия- на трахеята
- стеноза-
- трахеоцеле

Q32.2 Вродена бронхомалация

Q32.3 Вродена стеноза на бронха

Q32.4 Други вродени аномалии на бронхите
Липса-
Агенезия-
Атрезия- на бронх
Вродена аномалия БДУ-
Дивертикул-

Вродени аномалии на белия дроб

Q33.0 Вродена белодробна кистоза
Вроден(-а):

- бял дроб тип “восъчна пита”
- белодробна болест:
- кистозна
- поликистозна

Не включва: кистозна белодробна болест, придобита или неуточнена (J98.4)

Q33.1 Добавъчен лоб на белия дроб

Q33.2 Секвестрация на белия дроб

Q33.3 Агенезия на белия дроб
Липса на бял дроб (белодробен лоб)

Q33.4 Вродена бронхиектазия

Q33.5 Ектопична тъкан в белия дроб

Q33.6 Хипоплазия и дисплазия на белия дроб
Не включва: белодробна хипоплазия, свързана с недоносеност (P28.0)

Q33.8 Други вродени аномалии на белия дроб

Други вродени аномалии на дихателната система

Q34.1 Вродена киста на медиастинума

Q34.8 Други уточнени вродени аномалии на дихателната система

Други вродени аномалии на езика, устната кухина и фаринкса

Не включва: макростомия (Q18.4)
микростомия (Q18.5)

Q38.1 Анкилоглосия
Скъсяване на юздичката на езика

Q38.2 Макроглосия

Q38.3 Други вродени аномалии на езика
Аглосия
Раздвоен език
Вродена:
- адхезия-
- фисура- на езика
- аномалия БДУ-

Хипоглосия
Хипоплазия на езика
Микроглосия

Q38.4 Вродени аномалии на слюнчените жлези и протоци
Липса на-
Добавъчна- слюнчена жлеза или проток
Атрезия на-
Вродена фистула на слюнчена жлеза

Q38.5 Вродени аномалии на небцето, некласифицирани другаде
Липса на увула
Вродена аномалия на небцето БДУ
Високо небце
Не включва: цепка на небцето (Q35.—)
- с цепка на устната (Q37.—)

Q38.6 Други вродени аномалии на устната кухина
Вродена аномалия на устната кухина БДУ

Q38.8 Други вродени аномалии на фаринкса
Вродена аномалия на фаринкса БДУ

Вродени аномалии на хранопровода

Q39.0 Атрезия на хранопровода без фистула

Атрезия на хранопровода БДУ

Q39.1 **Атрезия на хранопровода с трахеоезофагеална фистула**
Атрезия на хранопровода с бронхоезофагеална фистула

Q39.2 **Вродена трахеоезофагеална фистула без атрезия**
Вродена трахеоезофагеална фистула БДУ

Q39.3 **Вродена стеноза и стриктура на хранопровода**

Q39.5 **Вродена дилатация на хранопровода**

Q39.6 **Дивертикул на хранопровода**
Езофагеален джоб

Q39.8 **Други вродени аномалии на хранопровода**
Липса-
Вродено изместване- на хранопровода
Дупликация-

Други вродени аномалии на горната част на храносмилателния тракт

Q40.0 **Вродена хипертрофична пилоростеноза**
Вроден(-а) или инфантилен(-на):
- констрикция-
- хипертрофия-
- спазъм- на пилора
- стеноза-
- стриктура-

Q40.1 **Вродена хиатусова херния**
Дислокация на кардията през езофагеалния отвор на диафрагмата

Не включва: вродена диафрагмална херния (Q79.0)

Q40.2 **Други уточнени вродени аномалии на стомаха**
Вроден(-о):
- изместване на стомаха
- дивертикул на стомаха
- стомах тип “пясъчен часовник”

Дупликация на стомаха
Мегалогастрия
Микрогастрия

Q40.3 **Вродена аномалия на стомаха, неуточнена**
Q40.8 **Други уточнени вродени аномалии на горната част на храносмилателния тракт**

Вродена липса, атрезия и стеноза на тънкото черво
Включва: вродена обструкция, непроходимост и стриктура на тънкото черво или на червата БДУ
Не включва: мекониум илеус (E84.1)

Q41.0 **Вродена липса, атрезия и стеноза на дуоденума**

Q41.1 **Вродена липса, атрезия и стеноза на йеюнума**
Синдром на ябълковата кора
Атрезия на йеюнума

Q41.2 **Вродена липса, атрезия и стеноза на илеума**
Q41.8 **Вродена липса, атрезия и стеноза на други уточнени части на тънкото черво**

Вродена липса, атрезия и стеноза на дебелото черво
Включва: вродена обструкция, непроходимост и стриктура на дебелото черво

Q42.0 **Вродена липса, атрезия и стеноза на ректума с фистула**

Q42.1 **Вродена липса, атрезия и стеноза на ректума без фистула**
Атрезия на ректума

Q42.2 Вродена липса, атрезия и стеноза на ануса с фистула

Q42.3 Вродена липса, атрезия и стеноза на ануса без фистула
Атрезия на ануса

Q42.8 Вродена липса, атрезия и стеноза на други части на дебелото черво

<u>Други вродени аномалии на червата</u>

Q43.0 Дивертикул на Meckel
Персистиращ:
- омфаломезентериален проток
- жълтъчен проток

Q43.1 Болест на Hirschsprung
Аганглионоза
Вроден (аганглиозен) мегаколон

Q43.2 Други вродени функционални нарушения на колона
Вродена дилатация на колона

Q43.3 Вродени аномалии на чревното закрепване
Вродени сраствания [връзки] на:
- ментума, патологични
- перитонеални

Мембрана на Jackson
Неправилно завъртане на колона
Ротация:
- недостатъчна-
- непълна- на цекума и колона
- незавършена-

Общо було

Q43.4 Удвоено черво

Q43.5 Ектопичен анус

Q43.6 Вродена фистула на ректума и ануса
Не включва: вродена фистула:
- ректовагинална (Q52.2)
- утероректална (Q64.7)

пилонидална (съдържаща косми) фистула или кухина (L05.—)
с липса, атрезия и стеноза (Q42.0, Q42.2)

Q43.7 Персистираща клоака
Клоака БДУ

Q43.8 Други уточнени вродени аномалии на червата
Вроден:
- синдром на сляпата бримка
- дивертикулит на колона
- чревен дивертикул

Долихоколон
Мегалоапендикс
Мегалодуоденум
Микроколон
Транспозиция на:
- апендикса
- колона
- червото

<u>Вродени аномалии на жлъчния мехур, жлъчните пътища и черния дроб</u>

Q44.0 Агенезия, аплазия и хипоплазия на жлъчния мехур
Вродена липса на жлъчен мехур

Q44.1 **Други вродени аномалии на жлъчния мехур**
Вродена аномалия на жлъчния мехур БДУ
Интрахепатален жлъчен мехур

Q44.2 **Атрезия на жлъчните пътища**

Q44.3 **Вродена стеноза и стриктура на жлъчните пътища**

Q44.4 **Киста на жлъчните пътища**

Q44.5 **Други вродени аномалии на жлъчните пътища**
Добавъчен ductus hepaticus
Вродена аномалия на жлъчния проток БДУ
Дупликация на:
- жлъчния проток
- мехурния проток

Q44.6 **Кистозна болест на черния дроб**
Фиброкистозна болест на черния дроб

Q44.7 **Други вродени аномалии на черния дроб**
Добавъчен черен дроб
Синдром на Alagille
Вродена:
- липса на черен дроб
- хепатомегалия
- аномалия на черния дроб БДУ

Други вродени аномалии на храносмилателната система

Не включва: вродена:
- диафрагмална херния (Q79.0)
- хиатусова херния (Q40.0)

Q45.0 **Агенезия, аплазия и хипоплазия на панкреаса**
Вродена липса на панкреас

Q45.1 **Пръстеновиден панкреас**

Q45.2 **Вродена киста на панкреаса**

Q45.3 **Други вродени аномалии на панкреаса и ductus pancreaticus**
Добавъчен панкреас
Вродена аномалия на панкреаса или ductus pancreaticus БДУ
Не включва: захарен диабет:
- вроден (E10.—)
- неонатален (P70.2)

фиброкистозна болест на панкреаса (E84.—)

Q45.8 **Други уточнени вродени аномалии на храносмилателната система**
Липса (пълна)(частична) на храносмилателни органи БДУ
Дупликация- на храносмилателни
Неправилно положение, вродено- органи БДУ

Неопределен пол и псевдохермафродитизъм

Не включва: псевдохермафродитизъм:
- женски, с адренокортикално нарушение (E25.—)
- мъжки, с андрогенна резистентност (E34.5)
- с уточнена хромозомна аберация (Q96—Q99)

Q56.0 **Хермафродитизъм, некласифициран другаде**
Ovotestis

Q56.1 **Мъжки псевдохермафродитизъм, некласифициран другаде**
Мъжки псевдохермафродитизъм БДУ

Q56.2 Женски псевдохермафродитизъм, некласифициран другаде
Женски псевдохермафродитизъм БДУ

Q56.3 Псевдохермафродитизъм, неуточнен

Q56.4 Неопределен пол, неуточнен
Двойнствени гениталии

Бъбречна агенезия и други редукционни дефекти на бъбрека

Включва: атрофия на бъбрека:
- вродена
- инфантилна

вродена липса на бъбрек

Q60.0 Бъбречна агенезия, едностранна

Q60.1 Бъбречна агенезия, двустранна

Q60.2 Бъбречна агенезия, неуточнена

Q60.3 Бъбречна хипоплазия, едностранна

Q60.4 Бъбречна хипоплазия, двустранна

Q60.5 Бъбречна хипоплазия, неуточнена

Q60.6 Синдром на Potter

Кистозна болест на бъбрека

Не включва: придобита киста на бъбрека (N28.1)
синдром на Potter (Q60.6)

Q61.0 Вродена единична киста на бъбрека
Киста на бъбрека (вродена) (единична)

Q61.1 Бъбречна поликистоза, инфантилен тип

Q61.2 Бъбречна поликистоза, адулторен тип

Q61.3 Бъбречна поликистоза, неуточнена

Q61.4 Бъбречна дисплазия

Q61.5 Медуларна бъбречна киста
Спонгиозен бъбрек БДУ

Q61.8 Други форми на кистозна болест на бъбреците
Фиброкистоза(-на):
- на бъбрека
- бъбречна дегенерация или болест

Вродени нарушения в проходимостта на бъбречното легенче и вродени аномалии на уретера

Q62.0 Вродена хидронефроза

Q62.1 Атрезия и стеноза на уретера
Вродено запушване на:
- уретера
- уретеропелвисната връзка
- уретеровезикалното отвърстие

Непроходимост на уретера

Q62.2 Вроден мегауретер
Вродена дилатация на уретера

Q62.3 Други вродени нарушения в проходимостта на бъбречното легенче и вродени

аномалии на уретера
Вродено уретероцеле

Q62.4 **Агенезия на уретера**
Липса на уретер

Q62.5 **Удвоен уретер**
Добавъчен-
Двоен- уретер

Q62.6 **Неправилно положение на уретера**
Девиация-
Изместване- на уретера или
Ектопия- уретерното отвърстие
Аномална имплантация-

Q62.7 **Вроден везико-уретеро-ренален рефлукс**

Q62.8 **Други вродени аномалии на уретера**
Аномалия на уретера БДУ

Други вродени аномалии на бъбрека
Не включва: вроден нефротичен синдром (N04.—)

Q63.0 **Добавъчен бъбрек**

Q63.1 **Лобулиран, сраснал и подковообразен бъбрек**

Q63.2 **Ектопичен бъбрек**
Вродено изместване на бъбрека
Неправилно завъртане на бъбрека

Q63.3 **Хиперпластичен и гигантски бъбрек**

Q63.8 **Други уточнени вродени аномалии на бъбрека**
Вродени бъбречни конкременти

Други вродени аномалии на отделителната система

Q64.0 **Еписпадия**
Не включва: хипоспадия (Q54.—)

Q64.1 **Екстрофия на пикочния мехур**
Ектопия на пикочния мехур
Екстроверзия на пикочния мехур

Q64.2 **Вродени задни уретрални клапи**

Q64.3 **Други форми на атрезия и стеноза на уретрата и шийката на пикочния мехур**
Вродена:
- обструкция на шийката на пикочния мехур
- стриктура на:
  - уретрата
  - външното отвърстие на пикочния канал
  - везикоуретралното отвърстие

Непроходимост на уретрата

Q64.4 **Аномалия на пикочния канал [urachus]**
Киста на пикочния канал
Проходим пикочен канал
Пролапс на пикочния канал

Q64.5 **Вродена липса на пикочен мехур и уретра**

Q64.6 **Вроден дивертикул на пикочния мехур**

Q64.7 Други вродени аномалии на пикочния мехур и уретрата

Добавъчен:
- пикочен мехур
- уретра

Вроден(-а):
- херния на пикочния мехур
- аномалия на пикочния мехур или уретрата БДУ
- пролапс на:
  - пикочния мехур (мукоза)
  - уретрата
  - външното отвърстие на пикочния канал
- уретроректална фистула

Двойна(-о):
- уретра
- външно отвърстие на пикочния канал

Q64.8 Други уточнени вродени аномалии на отделителната система

Други вродени аномалии на костите на черепа и лицето

Не включва: вродена аномалия на лицето БДУ (Q18.—)
вродени малформативни синдроми, класифицирани в Q87.—
лицевочелюстни аномалии [включително неправилна захапка] (K07.—)
костно-мускулни деформации на главата и лицето (Q67.0—Q67.4)
дефекти на черепа, свързани с вродени аномалии на мозъка, като:
- аненцефалия (Q00.0)
- енцефалоцеле (Q01.—)
- хидроцефалия (Q03.—)
- микроцефалия (Q02)

Q75.0 Краниосиностоза

Акроцефалия
Непълно сращване на черепните кости
Оксицефалия
Тригоноцефалия

Вродени аномалии на гръбначния стълб и костите на гръдния кош

Не включва: вродени костно-мускулни деформации на гръбначния стълб и гръдния кош (Q67.5—Q67.8)

Q76.0 Spina bifida occulta

Не включва: менингоцеле (спинално) (Q05.—)
spina bifida (aperta) (cystica) (Q05.—)

Q76.1 Синдром на Klippel-Feil

Синдром на сращване на шийните прешлени

Остеохондродисплазия с дефекти в растежа на тръбестите кости и гръбначния стълб

Не включва: мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

Q77.0 Ахондрогенеза

Хипохондрогенеза

Q77.2 Синдром на късото ребро

Асфиктична торакална дисплазия [Jenue]

Q77.3 Chondrodysplasia punctata

Q77.6 Хондроектодермална дисплазия

Синдром на Ellis-van Creveld

Други остеохондродисплазии

Q78.0 Osteogenesis imperfecta

Вродена чупливост на костите
Остеопсатироза

Q78.1 **Полиостеозна фиброзна дисплазия**
Синдром на Albright (-McCune) (-Sternberg)

Q78.2 **Остеопетроза**
Синдром на Albers-Schönberg

Q78.3 **Прогресираща диафизарна дисплазия**
Синдром на Camurati-Engelmann

Q78.4 **Енхондроматоза**
Синдром на Maffucci
Болест на Ollier

Q78.5 **Метафизарна дисплазия**
Синдром на Pyle

Q78.6 **Множествени вродени екзостози**
Диафизарна аклазия

Q78.8 **Други уточнени остеохондродисплазии**
Остеопойкилоза

Вродени аномалии на костно-мускулната система, некласифицирани другаде
Не включва: вроден (стерномастоиден) тортиколис (крива шия) (Q68.0)

Q79.6 **Синдром на Ehlers-Danlos**

Факоматози, некласифицирани другаде
Не включва: атаксия - телангиектазия [Louis-Bar] (G11.3)
семейна дисавтономия [Riley-Day] (G90.1)

Q85.0 **Неврофиброматоза (доброкачествена)**
Болест на von Recklinghausen

Q85.1 **Туберозна склероза**
Болест на Bourneville
Епилоя

Q85.8 **Други факоматози, некласифицирани другаде**
Синдром на:
- Peutz-Jeghers
- Sturge-Weber (-Dimitri)
- Von Hippel-Lindau

Не включва: синдром на Meckel-Gruber (Q61.9)

Други уточнени синдроми на вродени аномалии, засягащи няколко системи

Q87.0 **Синдроми на вродени аномалии с предимно засягане на лицевата област**
Акроцефалополисиндактилия
Акроцефалосиндактилия [Apert]
Синдром на криптофталма
Циклопия
Синдром (на):
- Goldenhaar
- Moebius
- оро-фацио-дигитален
- Robin

Лице на човек, който свири с уста
Синдром на Williams-Beuren

Q87.1 Синдроми на вродени аномалии, свързани предимно с нисък ръст
Синдром на:
- Aarskog
- Cockayne
- De Lange
- Dubowitz
- Noonan
- Prader-Willi
- Robinow-Silverman-Smith
- Russel-Silver
- Seckel
- Smith-Lemli-Opitz

Не включва: синдром на Ellis-van Creveld (Q77.6)

Q87.2 Синдроми на вродени аномалии със засягане предимно на крайниците
Синдром на:
- Holt-Oram
- Klippel-Trenannay-Weber
- (липса) недоразвитие на нокти-пателa
- Rubinstein-Taybi
- sirenomelia [сращване на долните крайници]
- тромбоцитопения и липса на лъчева кост [TAR]
- VATER

Q87.3 Синдроми на вродени аномалии, които се характеризират предимно с развитие на висок ръст [гигантизъм]
Синдром на:
- Beckwith-Wiedemann
- Sotos
- Weaver

Q87.4 Синдром на Marfan

Q87.5 Други синдроми на вродени аномалии с други скелетни аномалии

Q87.8 Други уточнени синдроми на вродени аномалии, некласифицирани другаде
Синдром на:
- Alport
- Laurence-Moon (-Bardet)-Biedl
- Zellweger

<u>Синдром на Down</u>

Q90.0 Тризомия 21, мейотично неразделяне

Q90.1 Тризомия 21, мозаечна форма (митотично неразделяне)

Q90.2 Тризомия 21, транслокационна форма

<u>Синдром на Edward и синдром на Patau</u>

Q91.0 Тризомия 18, мейотично неразделяне

Q91.1 Тризомия 18, мозаечна форма (митотично неразделяне)

Q91.2 Тризомия 18, транслокационна форма

Q91.4 Тризомия 13, мейотично неразделяне

Q91.5 Тризомия 13, мозаечна форма (митотично неразделяне)

Q91.6 Тризомия 13, транслокационна форма

Други пълни и частични тризомии на автозоми, некласифицирани другаде

Включва: небалансирани транслокации и инсерции

Не включва: тризомии на хромозоми 13,18 и 21 (Q90—Q91)

Q92.0 Пълна хромозомна тризомия, мейотично неразделяне

Q92.1 Пълна хромозомна тризомия, мозаечна форма (митотично неразделяне)

Q92.2 Частична тризомия на голям фрагмент
Дупликация на цяло рамо на хромозомата или на по-голямата част от рамото.

Q92.3 Частична тризомия на малък фрагмент
Дупликация на част от цялото рамо на хромозомата.

Q92.4 Дупликации, които могат да се визуализират само през прометафазата

Q92.5 Дупликации, съчетани с други хромозомни преустройства

Q92.6 Допълнителна маркерна хромозома

Q92.7 Триплоидия и полиплоидия

Q92.8 Други уточнени пълни и частични тризомии на автозомите

Монозомии и делеции на автозоми, некласифицирани другаде

Q93.0 Пълна хромозомна монозомия, мейотично неразделяне

Q93.1 Пълна хромозомна монозомия, мозаечна форма (митотично неразделяне)

Q93.2 Пръстеновидна или дицентрична хромозома

Q93.3 Делеция на късото рамо на хромозома 4
Синдром на Wolf-Hirschhorn

Q93.4 Делеция на късото рамо на хромозома 5
Cri-du-chat-syndrome (синдром на котешкото мяукане)

Q93.5 Други частични хромозомни делеции

Q93.6 Делеции, които могат да се визуализират само през прометафазата

Q93.7 Делеции, съчетани с други хромозомни преустройства

Q93.8 Други уточнени делеции на автозоми

Балансирани хромозомни преустройства и структурни маркери, некласифицирани другаде

Включва: Робертсонови и балансирани реципрочни транслокации и инсерции

Q95.0 Балансирана транслокация и инсерция при нормален индивид

Q95.1 Хромозомна инверсия при нормален индивид

Q95.2 Балансирани преустройства на автозомите при анормален индивид

Q95.3 Балансирано преустройство, включващо автозома и полова хромозома при анормален индивид

Q95.4 Индивиди с маркерен хетерохроматин

Q95.5 Индивиди с фражилно място на автозома

Q95.8 Други балансирани преустройства и структурни маркери

Синдром на Turner

Не включва: синдром на Noonan (Q87.1)

Q96.0 Кариотип 45,X

Q96.1 Кариотип 46,X iso (Xq)

Q96.2 Кариотип 46,X със структурно абнормална полова хромозома, различна от iso (Xq)

Q96.3 Мозаицизъм, 45,X/46, XX или XY

Q96.4 Мозаицизъм, 45,X/друга клетъчна линия (линии) с абнормална полова хромозома

Q96.8 Други варианти на синдрома на Turner

Други аберации на половите хромозоми с женски фенотип, некласифицирани другаде

Не включва: синдром на Turner (Q96.—)

Q97.0 Кариотип 47,XXX

Q97.1 Жена с повече от три X хромозоми

Q97.2 Мозаицизъм, клетъчни линии с различен брой на X хромозомите

Q97.3 Жена с кариотип 46,XY

Q97.8 Други уточнени аберации на половите хромозоми с женски фенотип

Други аберации на половите хромозоми с мъжки фенотип, некласифицирани другаде

Q98.0 Синдром на Klinefelter с кариотип 47,XXY

Q98.1 Синдром на Klinefelter, мъж с повече от две X хромозоми

Q98.2 Синдром на Klinefelter, мъж с кариотип 46,XX

Q98.3 Други варианти на мъжки фенотип при кариотип 46,XX

Q98.5 Кариотип 47,XYY

Q98.6 Мъж със структурно абнормални полови хромозоми

Q98.7 Мъж с мозаицизъм на полови хромозоми

Q98.8 Други уточнени аберации на половите хромозоми с мъжки фенотип

Други хромозомни аберации, некласифицирани другаде

Q99.0 Химера 46,XX/46,XY
Химера 46,XX/46,XY с истински хермафродитизъм

Q99.1 46,XX с истински хермафродитизъм
46,XX с ивицести гонади
46,XY с ивицести гонади
Чиста гонадна дисгенезия

Q99.2 Чуплива X хромозома
Синдром на чупливата X хромозома

Q99.8 Други уточнени хромозомни аберации

Съгласно правилата на кодиране по МКБ-10, при новородени с вродени аномалии, да се има предвид следното:

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

На ***второ място*** – кодът на съответната вродена аномалия, налагаща оперативно лечение или кодът на генетичното заболяване.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък
56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])
57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб, ≥ 2 отдела

Включва: функционални гледни точки такава от 2, 3 или 4 от следните гръбначни отдела:
- цервикален
- лумбосакрален
- сакрококцигеален
- торакален

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

Рентгенография на гръдна кост или ребра

58524-01 Рентгенография на стернум и ребра, едностранно

58527-00 Рентгенография на стернум и ребра, двустранно

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем
Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах
Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Изследване на кости

58300-00 Рентгеново изследване костна възраст на китка и коляно

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става
Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])
57715-00 Рентгенография на таз
Радиография на тазов вход
Не включва: радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

Радиография на долен крайник

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

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

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-00 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-01 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-00 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-01 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма
91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
13842-01 Измерване на артериални кръвни газове
91910-01 Неонатален скрининг
Скрининг за:
- фенилкетонурия
- вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)
- хипотиреоза
- спинална мускулна атрофия
- тежки комбинирани имунни дефицити
- муковисцидоза.

Задължително при генетично заболяване за поставяне на генетична диагноза, при първа хоспитализация,се извършват:
91916-01 Цитогенетичен анализ на кръв или костен мозък
или
91916-00 Генетични изследвания
или
91881-00 ДНК анализ;
По преценка на лекуващия лекар се извършват и:
91925-19 Други хормонални изследвания
91911-19 Други вирусологични изследвания
91913-10 Други микробиологични изследвания

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-03 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-04 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-05 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-01 Изследване на уринен седимент

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

92015-00 Визуален евокиран потенциал [ВЕП]

Слухови евокирани потенциали

11300-00 Аудиометрия на евокирани потенциали на мозъчен ствол

96050-00 Кортикален евокиран отговор аудиометрия

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19

92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Неинвазивно вентилаторно подпомагане

Bi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP]
Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP]
Непостоянна маска CPAP
Дишане с променливо позитивно налягане [IPPB]
Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV]
Неинвазивна маскова вентилация [NIMV]
Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV]
Включва: вентилационно подпомагане с:

- лицева маска
- орално парче
- назална маска (възглавнички) (канюли)
- назална, назофарингеална тръба

Не включва: такава с:

- ендотрахеална интубация (виж блок [569])

• трахеостомия (виж блок [569])

92209-00 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа

92209-01 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа

92209-02 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа

Други терапевтични интервенции на дихателна система

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

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба
Смяна на ректална тръба

Други терапевтични интервенции на дихателна система

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)
Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT]
техника на форсирана експирация [FET]
с използване на техники/устройства като:
• перкусия
• разклащане
• вибратор
Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията
Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Приложение на фармакотерапия

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

фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

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

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица Кодове на основни процедури. Задължително се провежда скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, ФКУ, ВНХ и хипотиреоидизъм - 91910-01 **еднократно, в рамките на престоя в ЛЗ,..**

Скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през първата седмица от живота – вземане и изпращане на качествени кръвни проби и други действия в изпълнение на Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

В случай че неонаталният скрининг е осъществен в друго лечебно заведение, не е задължително повторното му извършване.

Кодове на диагнози **F70.-, F71.-, F72.-, F73.-** (изоставане в нервно-психическото развитие) **не могат да се използват самостоятелно при отчитане на пътеката, а винаги като втори допълнителен код към основната диагноза** (хромозомно заболяване или вродена аномалия).

При първа хоспитализация по повод генетично заболяване: Клиничната пътека се отчита с проведено генетично изследване, задължително след проведени: цитогенетично изследване и/или ДНК - анализ, в случаите когато се касае за генетично заболяване и анализите са възможни в България.

По преценка на лекуващия лекар се извършват и: 91925-19, 91911-19, 91913-10.

При необходимост от превеждане за спешно хирургично лечение минималната продължителност на болничния престой може да е до един ден. В този случай индикациите за хоспитализация по хирургична клинична пътека са доказани с медикодиагностични изследвания, включени в тази КП.

Нозологични категории със следните МКБ кодове:

Вродени аномалии на системата на кръвообращението Q20-Q28

Вродени аномалии на дихателната система Q30-Q34

Вродени аномалии на храносмилателната система Q38-Q45

Вродени аномалии на отделителната системата на Q60-Q64 се използват само при новородени, при които е установена вродената аномалия веднага при раждането, приемат се и се лекуват само в Неонатологични клиники/отделения. **Горепосочените МКБ кодове се отчитат само от Неонатологични клиники/отделения, с изключение на вродените аномалии на сърдечно-съдовата система (кодове на диагнози от рубрики Q20-Q28), които могат да се приемат и лекуват в детска кардиологична клиника/отделение.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

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

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по педиатрия или Неонатологична клиника/отделение
2.Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, вкл. КГА,хемостазиология
3. Структура за рентгеново изследване – ренгенов апарат за скопия и графия

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

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Имунологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. Вирусологична лаборатория – на територията на областта
4. Клиника/отделение по образна диагностика, разполагащо с КТ /МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24-часа в денонощието, включително и при спешни състояния
5. Цитогенетична лаборатория - на територията на областта. При липса на цитогенетична лаборатория на територията на областта, дейността може да се осигури чрез договор с генетична лаборатория на територията на страната.
6. Генетична лаборатория за метаболитен, ензимен и ДНК – анализ – на територията на страната
7. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- най-малко шестима лекари, от които най-малко четирима със специалност "Педиатрия", най-малко един има допълнителна квалификация за извършване на ехография (трансфонтанелна и/или абдоминална) и най-малко двама са с придобита втора специалност с педиатрична насоченост
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

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

- минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология“ и двама със специалност „Педиатрия“ и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на

структурапо неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност;

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на:

1. новородено на възраст до 28-ия ден, със забавена кардиопулмонална адаптация и с клинични симптоми за вродена аномалия;
2. гърчов синдром.
3. Диагностично уточняване и лечение на:

3.1. деца с дисморфични стигми и изоставане в нервно-психическото развитие с неясна етиология;

3.2. деца с уточнена диагноза при поява на нови симптоми в клиничната картина.

4. Стабилизиране на общото състояние на новородени с вродени аномалии, налагащи оперативна интервенция, с оглед превеждане за оперативно лечение.

Само при новородени с вродени аномалии, налагащи оперативна интервенция, за стабилизиране на състоянието, с оглед превеждане за оперативно лечение се използват МКБ кодове на заболявания:

Вродени аномалии на системата на кръвообращението Q20-Q28.

Вродени аномалии на дихателната система Q30-Q34.

Вродени аномалии на храносмилателната система Q38-Q45.

Вродени аномалии на отделителната системата на Q60-Q64.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Изследване за хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през първата седмица от живота.

При първа хоспитализация по повод генетично заболяване: „При първа хоспитализация по повод генетично заболяване: Клиничната пътека се отчита задължително след проведени цитогенетичен анализ, ДНК фрагментен анализ и/или секвениране на ген,в случаите, когато се касае за генетично заболяване и анализите са възможни в България“.

Алгоритъм при новородени деца с аномалии в развитието изискващи оперативна намеса:

• Диагностициране на новородени деца с вродена сърдечна аномалия, подлежащи на оперативна интервенция.

• Диагностициране на новородени деца с аномалии на гастро-интестиналния тракт, налагащи хирургична интервенция.

• Диагностициране на неврохирургични неонатални случаи, налагащи оперативно лечение.

• Диагностициране на новородени деца с вродена аномалии на дихателната система.

• Диагностициране на новородени деца с вродена аномалии на отделителната система.

Задължителни диагностични процедури: ПКК и съответно:

• за новородени с ВСМ – ехокардиография, рентген на бял дроб и сърце, АКР;
• за новородени с аномалии на гастро-интестиналния тракт - рентгенография на корем;
• за аномалии на отделителната система - абдоминална ехография;
• за аномалии на белите дробове - рентгенография на бели дробове и АКР;
• за неврохирургичните неонатални случаи – трансфонтанелна ехография, и/или КТ и/или МРТ.

Задължителни терапевтични процедури:

• дихателна реанимация;
• мониторинг на жизнено важните показатели;
• парентерални вливания на плазма, хуманалбумин.

При хромозомните заболявания и малформативните синдроми хоспитализацията е с цел поставяне на етиологична диагноза.

Диагностични методи:

- първи ден - кариограма, ПКК, урина и биохимични изследвания при необходимост;

- втори и трети ден - в зависимост от състоянието на детето и необходимостта за доказване на диагнозата – ЕЕГ, трансфонтанелна ехография, рентгеново изследване, ехография на коремни органи, ехокардиография, консултации с невролог, кардиолог, психолог, започване на кинезитерапия.

Диагностичните процедури могат да бъдат проведени и в рамките на 2 дни в зависимост от състоянието на детето.

Медикаментозно лечение - хранене със сонда, парентерално или орално приложение на антибиотик, кортикостероид, антиконвулсанти, антиеметични средства. По време на хоспитализацията лечението е основно симптоматично.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Според клиничната картина, статуса и след хистологично (при определени нозологии), цитогенетично, молекулярно изследвания. За новородено – според клиничната картина и съответните изследвания, доказващи аномалията, изискваща оперативна интервенция.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- стабилизиране на жизнените показатели на пациента;
- задоволително общо състояние;
- при новородени с вродени малформации - след поставяне на диагнозата и стабилизиране на жизнените показатели, позволяващи превеждане на детето за извършване на оперативна процедура.

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

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

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на родителя/настойника, отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от родителя/настойника и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Хромозомните болести и дисморфичните синдроми са вродени заболявания, част от тях – наследствени, често засягащи много органи и системи, понякога причиняващи изоставане в нервно-психическото развитие.

За да ви предоставим точна информация относно хода на заболяването, възможните усложнения, риска от повторение, възможностите за лечение и пренатална диагноза ние трябва да знаем точната диагноза. Част от заболяванията имат типична клинична картина и поставянето на диагнозата не е трудно. Наличието на биологичен маркер (хромозомна аберация, биохимични показатели) също значително улеснява поставянето на диагноза. В част от случаите обаче, поради големият брой на тези заболявания и вариабилната им клинична картина поставянето на диагноза отнема по-дълго време и изисква наблюдение на развитието на пациента в динамика. Една част от дисморфичните синдроми остават без точна диагноза поради тяхното голямо разнообразие. Проследяването на детето ни помага адекватно да лекуваме появата на симптоми от различни органи и системи.

За тези заболявания в момента не съществува етиологично лечение - отстраняващо причината за възникването им, но развитието на Вашето дете може да се подпомогне чрез кинезитерапия, работа с психолог, оперативна корекция на вродени аномалии на вътрешните органи или костната система, антиконвулсивна терапия. В повечето случаи тези терапевтични мероприятия са продължителни и изискват активното участие на родителите. Изоставането в психическото развитие е различно при различните синдроми и е невъзможно да бъдат предвидени неговите граници в ранните периоди от развитието на детето.

При част от заболяванията (синдром на Turner, синдром на Prader-Willi, синдром на Noonan, ахондроплазия) се провежда лечение с растежен хормон, което е с по-добри резултати ако започне в ранна детска възраст.

Много от провежданите при нас изследвания изискват по-дълго технологично време отколкото е престоят ви в клиниката (хромозомен анализ, ензимен анализ, метаболитни изследвания в кръв и урина).

Хромозомните болести и дисморфичните синдроми могат да бъдат случайни събития т.е. да не се предават от родителите. При някои от тях обаче измененията се откриват в някой от двамата родители. Тази информация е изключително важна за следващите бременности в семейството поради възможността от повишен риск за повторение на заболяването. Провеждането на генетична консултация на семейства, в които има родено дете с хромозомна болест или дисморфичен синдром е изключително важно. Съществуват методи, с помощта на които може да се предотврати повторението на този инцидент - пренатална диагностика, ехографско наблюдение по време на бременността от специалист за изключване на определени аномалии. Генетичната консултация трябва да се проведе преди планиране на следваща бременност.

Вашето активно съдействие по време на диагностичния процес е изключително важно за крайния резултат от нашата работа.

Вродени аномалии на системата на кръвообращението

Това са заболявания на сърдечно - съдовата система, при които има нарушаване на анатомичното развитие водещо до остра сърдечно - съдова слабост. Спешната оперативна корекция още в ранния неонатален период е единствения правилен подход.

Вродени аномалии на дихателната система

Това са заболявания на дихателната система свързани с нарушаване на анатомичното развитие на белите дробове, дихателните пътища и диафрагмата. Веднага след раждането клинически се представят като тежка дихателна недостатъчност. Спешната оперативна корекция в ранния неонатален период значително подобрява крайния изход.

Вродени аномалии на храносмилателната система

Това са заболявания на храносмилателната система свързани с нарушаване на анатомичното развитие на хранопровода, стомаха, тънките и дебелите черва, аналното отвърстие, които водят до смущение в пасажа на храната и при недиагностициране - до развитие на илеус и перфорация. Спешната оперативна корекция в ранния неонатален период е решение на проблема.

Вродени аномалии на отделителната система

Това са заболявания на отделителната система свързани с нарушаване на анатомичното развитие на бъбреци, уретери, пикочен мехур уретра и външни полови органи, които водят до смущение в отделянето на урина и достигане развитие на бъбречна недостатъчност. Спешната оперативна корекция в ранния неонатален период значително подобряват крайния изход.

Неонаталните неврохирургични случаи представляват заболявания на нервната система, свързани с нарушаване на анатомичното развитие на мозъка и гръбначния мозък, неналагащи оперативна интервенция в рамките на 72 часа от раждането.

Доказването на вродените аномалии се изисква още през първите 48 часа, през този период се извършва стабилизация на хемодинамиката и превеждане на новороденото за оперативна корекция в специализирано оперативно звено.

КП № 13
ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ДИХАТЕЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ, ПЪРВА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ

1. Минимален болничен престой – 7 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10 <u>Живородени деца според мястото на раждане</u>

Z38.0 Едно дете, родено в стационар

Z38.1 Едно дете, родено извън стационар

Z38.2 Едно дете, родено на неуточнено място

Живородено дете БДУ

Z38.3 Близнаци, родени в стационар

Z38.4 Близнаци, родени извън стационар

Z38.5 Близнаци, родени на неуточнено място

Z38.6 Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар

Z38.7 Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар

Z38.8 Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

<u>Асфиксия по време на раждане</u>

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

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

P21.0 Тежка асфиксия при раждане

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

Асфиксия с оценка по скàлата на Apgar 0-3 през първата минута след раждането

Бяла асфиксия

P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане

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

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

Синя асфиксия

<u>Респираторен дистрес у новороденото</u>

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

P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром

Хиалинно-мембранна болест

P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония

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

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

P23.0 Вродена вирусна пневмония
Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)
P23.1 Вродена хламидийна пневмония
P23.2 Вродена стафилококова пневмония
P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група B
P23.4 Вродена пневмония, причинена от E. coli

P23.5 Вродена пневмония, причинена от Pseudomonas
P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии
Haemophilus influenzae
Klebsiella pneumoniae
Mycoplasma
Стрептококи, с изключение на група B
P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми

Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация
P24.0 Неонатална аспирация на мекониум
P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз
Аспирация на околоплодна течност
P24.2 Неонатална аспирация на кръв
P24.3 Неонатална аспирация на мляко и регургитирана храна
P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период
P25.1 Пневмоторакс, възникващ в перинаталния период
P25.2 Пневмомедиастинум, възникващ в перинаталния период
P25.3 Пневмоперикард, възникващ в перинаталния период
P25.8 Други състояния, свързани с интерстициален емфизем и възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период
P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Неонатален бактериален сепсис

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

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период

P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, некласифицирана другаде
P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото

Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия ***Не включва:*** вътречерепен кръвоизлив, причинен от:
родова травма (P10.—)
травма на майката (P00.5)
друга травма (S06.—)

P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)

P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул
P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим
P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото
P52.4 Вътремозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото
P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото
P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото
P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза
Не включва: жълтеница, причинена от изоимунизация (P55—P57)
P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания
P58.1 Неонатална жълтеница от кървене
P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция
P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия
P58.4 Неонатална жълтеница, причинена от лекарствени средства или токсини, преминали от майката или приложени на новороденото
P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв
P58.8 Неонатална жълтеница от други уточнени форми на масивна хемолиза

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини
Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70—E90)
ядрена жълтеница (P57.—)
P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане
Хипербилирубинемия на недоносените деца
Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане
P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка
P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания
Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)
P59.3 Неонатална жълтеница от употреба на средства, инхибиращи лактацията
P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини
P60 Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото
Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения
Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)
P61.2 Анемия на недоносеността
P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба

Преходни нарушения на въглехидратната обмяна, характерни за плода и новороденото
P70.0 Неонатален синдром при майка с гестационен диабет
P70.1 Неонатален синдром при майка, болна от диабет
Захарен диабет (развил се преди бременността) у майката, причиняващ увреждания на плода и новороденото (с хипогликемия)
P70.2 Неонатален захарен диабет
P70.3 Ятрогенна неонатална хипогликемия
P70.4 Други неонатални хипогликемии
Преходна неонатална хипогликемия
P70.8 Други преходни нарушения на въглехидратната обмяна у плода и новороденото
P70.9 Преходно нарушение на въглехидратната обмяна у плода и новороденото, неуточнено
P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

Други разстройства на храносмилателната система в перинаталния период

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

P78.0 Чревна перфорация в перинаталния период
Мекониален перитонит

P78.1 Други форми на неонатален перитонит Неонатален перитонит БДУ

P78.2 Хематемеза и мелена от поглъщане на майчина кръв

P78.3 Неинфекциозна диария у новородено
Диария у новородено БДУ

Не включва: неонатална диария БДУ в страни, където може да се предполага инфекциозен произход на състоянието (A09)

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

P90 Неонатални гърчове
Не включва: доброкачествени (фамилни) неонатални гърчове (G40.3)

Други нарушения на церебралния статус у новородено

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

Други нарушения, възникващи в перинаталния период

P96.0 Вродена бъбречна недостатъчност
Уремия у новородено

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

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

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

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

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

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно

Включва: венозно инжектиране на багрило
Офталмоскопия

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце бял
дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
гръдна кост (58521-00 [1972])
гръден вход (58509-00 [1974])
трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

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

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Мониторинг на съдово налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

Друго измерване на дихателна функция

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-00 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-01 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма
91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-01 Неонатален скрининг Скрининг за:

- фенилкетонурия
- вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)
- хипотиреоза
- спинална мускулна атрофия
- тежки комбинирани имунни дефицити
- муковисцидоза.

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91908-02 Микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и повърнати материи за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

1934 Други лабораторни изследвания

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

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Венозна катетеризация

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

Неинвазивно вентилаторно подпомагане

92209-00 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа
92209-01 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа
92209-02 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

Други терапевтични интервенции на дихателна система

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)
Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT]
техника на форсирана експирация [FET] с използване на техники/устройства като:
перкусия
разклащане
вибратор
Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията
Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане
- механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия
- отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568]) дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори, в т. ч. Vit K, по преценка
Трансфузия на:
антихемофилен фактор
коагулационни фактори НКД
криопреципитати
фактор VIII

Прилагане на кръв и кръвни продукти

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

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

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

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Приложение на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Приложение на фармакотерапия

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

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

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

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92052-00 Кардиопулмонална ресуситация

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

13400-00 Кардиовезия

Дефибрилация

Сърдечен електрошок

Възстановяване на сърдечен ритъм чрез електростимулация

Не включва: съпътстващо при кардиохирургия – пропусни кода

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92055-00 Друга конверсия на сърдечен ритъм

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92053-00 Затворен гръден сърдечен масаж

Сърдечен масаж БДУ

Външен ръчен сърдечен масаж

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, едната от които е с код 58500-00 или 13311-00, втората е изследване на кръв 91910-04/ 91910-12/91910-17/91910-05/ 91910-41/91910-19, и задължително скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, ФКУ,ВНХ и хипотиреоидизъм - 91910-01 **еднократно, в рамките на престоя в ЛЗ**,. И две основни терапевтични процедури, една от които е 13882-00 или 13882-01 или 13882-02 или 92209-00 или 92209-01 или 92209-02, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

Скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през първата седмица от живота – вземане и изпращане на качествени кръвни проби и други действия в изпълнение на Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

В случай че неонаталният скрининг е осъществен в друго лечебно заведение, не е задължително повторното му извършване.

При необходимост от превеждане на новороденото за спешно хирургично лечение, клиничната пътека се счита за завършена при изпълнени всички задължителни диагностични и терапевтични процедури, без да е спазен задължителният минимален болничен престой.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

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

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

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

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

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Неонатологична клиника/отделение
2. Клинична лаборатория с II-ро ниво компетентност, с възможност за КГА, КАС , ПКК – 24 часа в денонощието
3. Структура за рентгеново изследване- рентгенов апарат за скопия и графия със 7-часов работен ден и на повикване при необходимост

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

задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Имунохематологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. МРТ/КТ
4. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
5. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната
6.Офталмологична клиника/отделение
7. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ .

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

- минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология“ и двама със специалност „Педиатрия“ и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структурапо неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и интензивно лечение на новородени с първа степен на тежест на състоянието - хемодинамична стабилност (артериално налягане и сърдечна честота в рамките на референтни стойности) до 96 часа; намаляване на кислороден индекс до 48 часа; транскутанна сатурация над 85% при FiO 2 – 03, при наличие на:

- дихателна недостатъчност, налагаща апаратна вентилация;
- перинатална асфиксия;
- неонатален сепсис;
- майчино-фетална инфекция..

КРИТЕРИИ ЗА ПЪРВА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО:

1. Хемодинамична стабилност (артериално налягане и сърдечна честота в рамките на референтни стойности) до 96 часа.

2. Намаляване на кислороден индекс до 48 часа. Транскутанна сатурация над 85% при FiO 2 – 03.

Критериите за тежест на състоянието задължително се документират в реанимационен лист през целия период на апаратна вентилация, с мониторинг на жизненоважни показатели (сърдечна честота, дихателна честота, артериално

налягане, пулсоксиметрия), динамиката на промените в газовия анализ и параметрите на апарата, подадени от лекуващия лекар.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Всички диагностични и терапевтични процедури се отразяват в реанимационен лист, задължителен за всяко дете на апаратна вентилация.

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

При доминираща дихателна недостатъчност – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на нозологичната категория. Решението за конвенционална или неконвенционална апаратна вентилация се изгражда въз основа на параклинични показатели и еволюция на клиниката. При диагностициране на аномалии е необходимо стабилизиране на хемодинамиката, консултация със специалист по детска хирургия и превеждане за оперативна интервенция.

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

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

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

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика, изследвания (ПКК, биохимия, газов анализ, рентген на бял дроб), микробиологично изследване (хемокултура, гастрален и трахеален секрет) и др.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- стабилизиране на хемодинамиката – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, в рамките на референтните стойности;
- клинично овладяване на симптоматиката;
- ПКК без данни за възпалителна компонента.

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

- контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
- продължаване на лечението;
- рехабилитация в болнични или домашни условия;
- амбулаторно наблюдение и профилактични прегледи.

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

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

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

Рисковите новородени деца са:

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

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

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

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

Апаратната вентилация е инвазивна животоспасяваща процедура при новородени деца с клиника на дихателна недостатъчност. Основните рискови моменти са в хода на интубацията, синхронизиране на апарата с дихателната

дейност на детето, като например екстраалвеоларни газови колекции: интерстициален емфизем, пневмоторакс, допълнително инфектиране от честите трахеални лаважи.

При допълнителни въпроси относно продължителната апаратна вентилация родителите могат да се обръщат към лекуващия лекар или завеждащ отделението.

КП № 14
ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ДИХАТЕЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ, ВТОРА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ

1. Минимален болничен престой – 10 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

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

Асфиксия по време на раждане
Забележка: Тази рубрика не следва да се използва при ниски показатели по скàлата на Apgar без споменаване за асфиксия или други разстройства на дишането.
Не включва: вътреутробна хипоксия или асфиксия (P20.—)
P21.0 Тежка асфиксия при раждане
Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща се, липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има мускулна атония.
Асфиксия с оценка по скàлата на Apgar 0-3 през първата минута след раждането
Бяла асфиксия
P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане
Не се установява нормално дишане през първата минута след раждането, но сърдечната честота е 100 удара/мин. или по-висока, мускулна хипотония, слаб отговор при дразнене.
Оценка по скàлата на Apgar 4-7 през първата минута след раждането
Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото
Не включва: дихателна недостатъчност у новороденото (P28.5)
P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром
Хиалинно-мембранна болест
P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония
Включва: инфекциозна пневмония, развила се вътреутробно или по време на раждането
Не включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация (P24.—)
P23.0 Вродена вирусна пневмония
Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)
P23.1 Вродена хламидийна пневмония
P23.2 Вродена стафилококова пневмония

P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група B
P23.4 Вродена пневмония, причинена от E. coli
P23.5 Вродена пневмония, причинена от Pseudomonas
P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии
Haemophilus influenzae
Klebsiella pneumoniae
Mycoplasma
Стрептококи, с изключение на група B
P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми
Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация
P24.0 Неонатална аспирация на мекониум
P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз
Аспирация на околоплодна течност
P24.2 Неонатална аспирация на кръв
P24.3 Неонатална аспирация на мляко и регургитирана храна
P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период
P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период
P25.1 Пневмоторакс, възникващ в перинаталния период
P25.2 Пневмомедиастинум, възникващ в перинаталния период
P25.3 Пневмоперикард, възникващ в перинаталния период
P25.8 Други състояния, свързани с интерстициален емфизем и възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период
P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период
P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

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

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период
P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, некласифицирана другаде
P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото
Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия
Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:
родова травма (P10.—)
травма на майката (P00.5)

друга травма (S06.—)

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

Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)

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

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул

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

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим

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

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

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

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

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

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза

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

P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания

P58.1 Неонатална жълтеница от кървене

P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция

P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия

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

P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв

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

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70—E90)
ядрена жълтеница (P57.—)

P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане

Хипербилирубинемия на недоносените деца

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

P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка

P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания

Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)

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

P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини

P60 Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото

Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения

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

P61.2 Анемия на недоносеността

P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба

Преходни нарушения на въглехидратната обмяна, характерни за плода и новороденото

P70.0 Неонатален синдром при майка с гестационен диабет

P70.1 Неонатален синдром при майка, болна от диабет

Захарен диабет (развил се преди бременността) у майката, причиняващ увреждания на плода и новороденото (с хипогликемия)

P70.2 Неонатален захарен диабет

P70.3 Ятрогенна неонатална хипогликемия

P70.4 Други неонатални хипогликемии

Преходна неонатална хипогликемия

P70.8 Други преходни нарушения на въглехидратната обмяна у плода и новороденото

P70.9 Преходно нарушение на въглехидратната обмяна у плода и новороденото

неуточнено

P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

Други разстройства на храносмилателната система в перинаталния период
Не включва: неонатално стомашночревно кървене (P54.0—P54.3)

P78.0 Чревна перфорация в перинаталния период
Мекониален перитонит

P78.1 Други форми на неонатален перитонит
Неонатален перитонит БДУ

P78.2 Хематемеза и мелена от поглъщане на майчина кръв

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

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

P90 Неонатални гърчове
Не включва: доброкачествени (фамилни) неонатални гърчове (G40.3)

Други нарушения на церебралния статус у новородено

P91.0 Неонатална церебрална исхемия

P91.1 Перивентрикуларни кисти (придобити) у новородено

P91.2 Церебрална левкомалация у новородено

P91.3 Церебрална възбудимост на новородено

P91.4 Церебрална депресия у новородено

P91.5 Неонатална кома

Други нарушения, възникващи в перинаталния период

P96.0 Вродена бъбречна недостатъчност
Уремия у новородено

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

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

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

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

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

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно

Включва: венозно инжектиране на багрило
Офталмоскопия

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
гръдна кост (58521-00 [1972])
гръден вход (58509-00 [1974])
трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Мониторинг на съдово налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

Друго измерване на дихателна функция

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

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

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-02 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-00 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-01 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-00 Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-01 Микроскопско изследване на кръв за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-01 Неонатален скрининг
Скрининг за:
- фенилкетонурия
- вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)
- хипотиреоза
- спинална мускулна атрофия
- тежки комбинирани имунни дефицити
- муковисцидоза.

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91908-02 Микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и повърнати материи за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителнос

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Венозна катетеризация

13300-02 Катетеризация/канюлизация на пъпна вена на новородено
Включва: инфузия

Венозна катетеризация

90220-00 Катетеризация/канюлизация на друга вена

Неинвазивно вентилаторно подпомагане

Bi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP]
Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP]
Непостоянна маска CPAP
Дишане с променливо позитивно налягане [IPPB]
Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV]
Неинвазивна маскова вентилация [NIMV] Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV]
Включва: вентилационно подпомагане с:
- лицева маска
- орално парче
- назална маска (възглавнички) (канюли)
- назална, назофарингеална тръба

Не включва: такава с:
- ендотрахеална интубация (виж блок [569])
- трахеостомия (виж блок [569]

92209-00 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа
92209-01 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа
92209-02 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

Други терапевтични интервенции на дихателна система

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)
Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT]
техника на форсирана експирация [FET] с използване на техники/устройства като:
перкусия
разклащане
вибратор
Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията
Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- • временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568]) дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори,в т. ч. Vit K, по преценка
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Приложение на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Приложение на фармакотерапия

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92052-00 Кардиопулмонална ресуситация

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

13400-00 Кардиовезия
Дефибрилация

Сърдечен електрошок Възстановяване на сърдечен ритъм чрез електростимулация *Не включва*: съпътстващо при кардиохирургия – пропусни кода
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система
92055-00 Друга конверсия на сърдечен ритъм
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система
92053-00 Затворен гръден сърдечен масаж Сърдечен масаж БДУ Външен ръчен сърдечен масаж

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, едната от които е с код 58500-00 или 13311-00, изследване на кръв- 91910-04, 91910-12, 91910-17, 91910-05, 91910-41, 91910-19, и задължително скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, ФКУ, ВНХ и хипотиреоидизъм - 91910-01 **еднократно, в рамките на престоя в ЛЗ**,.. И две от които 1388200,13882-01,13882-02 и 90220-00, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

Скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през първата седмица от живота – вземане и изпращане на качествени кръвни проби и други действия в изпълнение на Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

В случай че неонаталният скрининг е осъществен в друго лечебно заведение, не е задължително повторното му извършване.

При необходимост от превеждане на новороденото за спешно хирургично лечение, клиничната пътека се счита за завършена при изпълнени всички задължителни диагностични и терапевтични процедури, без да е спазен задължителният минимален болничен престой.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология", от обхвата на медицинските специалности „Педиатрия" или „Детска кардиология", осъществявани на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарти „Неонатология", "Педиатрия" или "Детска кардиология".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура

1. Неонатологична клиника/отделение или Клиника отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска кардиология
2. Клинична лаборатория с II-ро ниво компетентност, с възможност за КАС , ПКК – 24 часа в денонощието
3. Структура за рентгеново изследване- рентгенов апарат за скопия и графия със 7-часов работен ден и на повикване при необходимост

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ

ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Имунохематологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. МРТ/КТ
4. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
5. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната
6. Офталмологична клиника/отделение
7. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ..

Необходими специалисти за за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология” и Педиатрия):

- в клиника/отделение по Неонатология, минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология“ и двама със специалност „Педиатрия“ и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структурапо неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност или

- в клиника/отделение по педиатрия/детска кардиология, четирима лекари със специалност педиатрия/детска кардиология.

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

- лекар със специалност по образна диагностика;
-лекар със специалност по клинична лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

- Диагностика и интензивно лечение на новородени с втора степен на тежест на състоянието - нестабилна хемодинамика след 96-тия час: сърдечна честота извън референтните стойности, артериална хипотония, намалена диуреза (олиго- и анурия), кислородозависимост и апаратна зависимост: персистиране на хипоксемия, Ра налягане на кислород под 50, персистиране на хиперкарбия, Ра налягане на CO2 над 50 мм Hg, при наличие на:

1. дихателна недостатъчност, налагаща апаратна вентилация;
2. перинатална асфиксия;
3. шокови състояния;
4. неонатален сепсис;
5. майчино-фетална инфекция;
6. конвулсии при новороденото

КРИТЕРИИ ЗА ВТОРА СТЕПЕН НА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО:

1. Нестабилна хемодинамика след 96-тия час – сърдечна честота извън референтните стойности, артериална хипотония, намалена диуреза (олиго- и анурия).

2. Кислородозависимост и апаратна зависимост: персистиране на хипоксемия, Ра налягане на кислород под 50, персистиране на хиперкарбия, Ра налягане на CO2 над 50 мм Hg.

Критериите за тежест на състоянието задължително се документират в реанимационен лист през целия период на апаратна вентилация, с мониторинг на жизненоважни показатели (сърдечна честота, дихателна честота, артериално налягане, пулсоксиметрия), динамиката на промените в газовия анализ и параметрите на апарата, подадени от лекуващия лекар.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Всички диагностични и терапевтични процедури се отразяват в реанимационен лист, задължителен за всяко дете на апаратна вентилация.

При всички новородени деца се провежда скрининг за хипотиреоза, ВНХ и фенилкетонурия през първата седмица от живота.

При доминираща дихателна недостатъчност – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на нозологичната категория. Решението за конвенционална или неконвенционална апаратна вентилация се изгражда въз основа на параклинични показатели и еволюция на клиниката. При диагностициране на аномалии е необходимо стабилизиране на хемодинамиката, консултация със специалист по детска хирургия и превеждане за оперативна интервенция.

При доминираща церебрална симптоматика – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на типа на церебралното поражение: исхемично, хеморагично, възпалително или аномалия. Диагнозата се изгражда въз основа на анамнестични данни за перинаталния период, неврологичен статус, трансфонтанелна ехография, електроенцефалография, доплер сонография, КТ и МРТ (последните четири при необходимост). Лумбалната и вентрикулни пункции се прилагат по спешност като диагностична или терапевтична дейности.

При гърчов синдром в неонаталния период – провеждат се освен гореизброените и допълнителни биохимични, електролитни и метаболитни изследвания.

При перинатални (интраутеринни) инфекции – заболявания, характерни за ранния и късния неонатален период, проявяващи се с дихателна недостатъчност, нестабилна хемодинамика, интоксикация, неврологична симптоматика и симптоми от страна на храносмилателния тракт. Решаващи за диагнозата са резултатите от параклиниката. Лечението е по протокол - етиологично (антибиотичната терапия започва с медикаменти срещу най-честите причинители на перинатални инфекции в двойна комбинация съобразно тежестта на симптоматиката), патогенетично и симптоматично.

6 ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика, изследвания (ПКК, биохимия, газов анализ) рентген на белия дроб), микробиологично изследване (хемокултура, гастрален и трахеален секрет).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- стабилизиране на хемодинамиката – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, в рамките на референтните стойности;
- клинично овладяване на симптоматиката;
- ПКК без данни за възпалителна компонента.

Новороденото дете се отчита само с № на ИЗ и трите имена до получаване на собствено ЕГН.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Вашето дете е рисково новородено дете. Степента на риска се определя от възможностите за адаптация към новия начин на живот извън утробата на майката.

Рисковите новородени деца са:

1. Преждевременно родени деца – преди 37-ма гестационна седмица с адекватно тегло за гестационната възраст.
2. Преждевременно родени деца – преди 35-та гестационна седмица с ниско или екстремно ниско тегло – висок риск
3. Новородени деца с данни за мозъчно страдание по време на раждането (перинатална асфиксия)
4. Новородени деца с данни за майчино-фетална инфекция
5. Новородени деца с аномалии, деца на майки с диабет и деца от патологична бременност
6. Новородени от многоплодна бременност

Новородените деца със забавена сърдечно-белодробна адаптация се насочват към специализирани звена за интензивно лечение.

Интензивното лечение представлява комплекс от животоспасяващи процедури и дейности, които се извършват от високо квалифицирани екипи от неонатолози, консултанти от педиатрични субспециалности и реанимационни сестри и акушерки. В реанимацията рутинно се прилагат апаратна вентилация, мониторен контрол и парентерално хранене.

В зависимост от основното заболяване се налага извършване на високо технологични диагностични и лечебни процедури. Съобразно тежестта на заболяването се налага различен по продължителност болничен престой, който може да достигне и до 6 месеца. Късните последици от повечето заболявания на този рисков контингент се дължат на основното заболяване като информация за това се получава ежедневно от лекуващия лекар и след цялостното диагностично уточняване.

Апаратната вентилация е инвазивна животоспасяваща процедура при новородени деца с клиника на дихателна недостатъчност. Основните рискови моменти са в хода на интубацията, синхронизиране на апарата с дихателната дейност на детето, като например екстраалвеоларни газови колекции: интерстициален емфизем, пневмоторакс, допълнително инфектиране от честите трахеални лаважи.

При допълнителни въпроси относно продължителната апаратна вентилация родителите могат да се обръщат към лекуващия лекар или завеждащ отделението.

КП № 15.1
ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С ЕДНОКРАТНО ПРИЛОЖЕНИЕ НА СЪРФАКТАНТ

1.Минимален болничен престой – 10 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане

Z38.0 Едно дете, родено в стационар
Z38.1 Едно дете, родено извън стационар
Z38.2 Едно дете, родено на неуточнено място
Живородено дете БДУ
Z38.3 Близнаци, родени в стационар
Z38.4 Близнаци, родени извън стационар
Z38.5 Близнаци, родени на неуточнено място
Z38.6 Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар
Z38.7 Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар
Z38.8 Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

Вътреутробна хипоксия

Включва: абнормна сърдечна честота на плода фетален(-на) или интраутеринен(-на):
ацидоза
аноксия
асфиксия
дистрес
• хипоксия наличие на меконium в околоплодната течност
отделяне на меконium

Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от аноксия или хипоксия (P52.—)

P20.0 Вътреутробна хипоксия, установена преди раждането
P20.1 Вътреутробна хипоксия, установена по време на раждането и родоразрешаването

Асфиксия по време на раждане

Забележка: Тази рубрика не следва да се използва при ниски показатели по скàлат Apgar без споменаване за асфиксия или други разстройства на дишане

Не включва: вътреутробна хипоксия или асфиксия (P20.—) **P21.0 Тежка асфи при раждане**

Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има муск атония.

Асфиксия с оценка по скàлата на Apgar 0-3 през първата минута след раждането

Бяла асфиксия

P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане

Не се установява нормално дишане през първата минута след раждането, но

сърдечната честота е 100 удара/мин. или по-висока, мускулна хипотония, слаб отговор при дразнене.

Оценка по скàлата на Apgar 4-7 през първата минута след раждането

Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото

Не включва: дихателна недостатъчност у новороденото (P28.5)

P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром

Хиалинно-мембранна болест

P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония

Включва: инфекциозна пневмония, развила се вътреутробно или по време на раждането

Не включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация (P24.—)

P23.0 Вродена вирусна пневмония

Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)

P23.1 Вродена хламидийна пневмония

P23.2 Вродена стафилококова пневмония

P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група B

P23.4 Вродена пневмония, причинена от E. coli

P23.5 Вродена пневмония, причинена от Pseudomonas

P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии

Haemophilus influenzae

Klebsiella pneumoniae

Mycoplasma

Стрептококи, с изключение на група B

P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми

Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация

P24.0 Неонатална аспирация на мекониум

P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз

Аспирация на околоплодна течност

P24.2 Неонатална аспирация на кръв

P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период

P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период

P25.1 Пневмоторакс, възникващ в перинаталния период

P25.2 Пневмомедиастинум, възникващ в перинаталния период

P25.3 Пневмоперикард, възникващ в перинаталния период

P25.8 Други състояния, свързани с интерстициален емфизем и възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период

P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период

P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период

P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Неонатален бактериален сепсис

Включва: вродена септицемия

P36.0 Неонатален сепсис, причинен от стрептококи група B

P36.1 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стрептококи
P36.2 Неонатален сепсис, причинен от златист стафилокок [*St. aureus*]
P36.3 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стафилококи
P36.4 Неонатален сепсис, причинен от *Escherichia coli*
P36.5 Неонатален сепсис, причинен от анаеробни микроорганизми
P36.8 Неонатален сепсис, причинен от други бактерии

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период
P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, некласифицирана другаде
P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото
Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия
Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:
- родова травма (P10.—)
- травма на майката (P00.5)
- друга травма (S06.—)

P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)
P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул
P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим
P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото
P52.4 Вътремозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото
P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото
P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото
P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото

P53 Хеморагична болест на плода и новороденото
Дефицит на витамин К у новородено

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза
Не включва: жълтеница, причинена от изоимунизация (P55—P57)
P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания
P58.1 Неонатална жълтеница от кървене
P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция
P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия
P58.4 Неонатална жълтеница, причинена от лекарствени средства или токсини, преминали от майката или приложени на новороденото
P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв
P58.8 Неонатална жълтеница от други уточнени форми на масивна хемолиза

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини
Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70— E90)
ядрена жълтеница (P57.—)
P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане
Хипербилирубинемия на недоносените деца
Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане

P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка
P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни

увреждания

Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)

P59.3 Неонатална жълтеница от употреба на средства, инхибиращи лактацията

P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини

P60 Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото

Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения

Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)

P61.2 Анемия на недоносеността

P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба

P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

Вродени аномалии на костно-мускулната система, некласифицирани другаде

Не включва: вроден (стерномастоиден) тортиколис (крива шия) (Q68.0)

Q79.0 Вродена диафрагмална херния

Не включва: вродена хиатусова херния (Q40.1)

Q79.1 Други вродени аномалии на диафрагмата

Липса на диафрагма

Вродена аномалия на диафрагмата БДУ

Евентрация на диафрагмата

Съгласно правилата на кодиране по МКБ-10, да се има предвид следното:

В „История на заболяване" и „Направление за хоспитализация" на всички живородени деца на ***първо място*** се вписва код от категорията **Z38 „Живородени деца според мястото на раждане". Този код се използва само в това ЛЗБП, в което е родено детето.**

На ***второ място*** - кодове на диагнози на други състояния и заболявания, възникнали в перинаталния период, налагащи болнично лечение (основна диагноза и придружаващи заболявания, при наличие на такива).

При превеждане на новороденото дете в друго лечебно заведение за продължаване на лечението (според изискванията на стандарта по „Неонатология"), приемащото лечебно заведение вписва като водеща диагноза заболяването, наложило превеждането, (диагнози от посочените в таблица **Кодове на болести по МКБ-10**), както и диагнози на придружаващи заболявания, ако такива са налице. В „История на заболяване" и „Направление за хоспитализация" на новороденото във втората болница **не** фигурират кодове от рубрика **Z38.**

Допуска се намаляване на минималния болничен престой на 1 ден, в случаите на превеждане от едно ЛЗБП с отделение II ниво в друго ЛЗБП с клиника/отделение III ниво на компетентност, на пациент с тегло при раждането под 1200 грама и с еднократно приложение на сърфактант. Последващото лечение на пациента в клиника/отделение III ниво на компетентност може да продължи по КП № 13, 14 или по КП № 15.2 (с многократно приложение на сърфактант). В този случай двете КП на различните ЛЗБП (приемащо и изпращащо) могат да бъдат отчетени и заплатени в един и същ отчетен период.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ
Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания
11212-00 Изследване на очно дъно *Включва*: венозно инжектиране на багрило Офталмоскопия
Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
гръдна кост (58521-00 [1972])
гръден вход (58509-00 [1974])
трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв използвайки:
- мапиране с цветен поток
- Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
- механично секторно сканиране
- трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия
Електрографично мониториране
Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок *[1856]*

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове
13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

Друго измерване на дихателна функция

11503-08 Оценка на артериално налягане на въглероден диоксид или сърдечен дебит, метод при повторно вдишване

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

82-02 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92182-06 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за хистология

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-02 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-00 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-01 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-00 Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-01 Микроскопско изследване на кръв за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва следните изследвания:

- клинико-химични – ПКК: хемоглобин, хематокрит ,еритроцити, левкоцити, диференциално броене; тромбоцити. - биохимични – кръвна захар, общ белтък, албумин, йонограма: С-реактивен протеин,
- АКР
- Скрининг за фенилкетонурия
- Скрининг за хипотиреоза
- Скрининг за ВНХ

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

91910-01 Неонатален скрининг

Скрининг за:

- фенилкетонурия
- вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)
- хипотиреоза
- спинална мускулна атрофия
- тежки комбинирани имунни дефицити
- муковисцидоза.

-

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91908-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/или повърнати материи за култура и чувствителност

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ри за поставяне, прилагане или отстраняване върху гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38803-00 Терапевтична торакоцентеза

Венозна катетеризация

13300-02 Катетеризация/канюлизация на пъпна вена на новородено
Включва: инфузия

Венозна катетеризация

90220-00 Катетеризация/канюлизация на друга вена

Неинвазивно вентилаторно подпомагане

Bi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP]
Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP]
Непостоянна маска CPAP
Дишане с променливо позитивно налягане [IPPB]
Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV]
Неинвазивна маскова вентилация [NIMV] Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV]
Включва: вентилационно подпомагане с:
лицева маска
орално парче
назална маска (възглавнички) (канюли)
назална, назофарингеална тръба
Не включва: такава с:
ендотрахеална интубация (виж блок [569])
трахеостомия (виж блок [569])
92209-00 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа
92209-01 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа
92209-02 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92042-00 Немеханични методи за реанимация
Уста-в-уста ресусцитация

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92044-00 Друго кислородно обогатяване
Каталитична кислородотерапия
Циторедуктивен ефект
Кислородотерапия
Оксигенатори
Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Манипулации на дихателни пътища

90179-02 Назофарингеална интубация
Не включва: само за грижа и поддържане на назофарингеална интубация (90179-05 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Манипулации на дихателни пътища

92035-00 Друга интубация на дихателни пътища
Интубация на респираторния тракт БДУ

Манипулации на дихателни пътища

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба

Смяна на ректална тръба

Други терапевтични интервенции на дихателна система

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)
Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT]
техника на форсирана експирация [FET] с използване на техники/устройства като:
перкусия
разклащане
вибратор
Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията
Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
интубация
асистирано дишане механична вентилация с: • ендотрахеална тръба (ETT)
назална
орална
трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
трахеостомия:
перкутанна (41880-00 [536])
постоянна (41881-01 [536])
временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568]) дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

продукти

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори,в т. ч. Vit K, по преценка
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

инжекция на антибиотик и на други анти-инфекциозни медикаменти
96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Приложение на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92052-00 Кардиопулмонална ресуситация

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

13400-00 Кардиовезия
Дефибрилация
Сърдечен електрошок
Възстановяване на сърдечен ритъм чрез електростимулация
Не включва: съпътстващо при кардиохирургия – пропусни кода

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92055-00 Друга конверсия на сърдечен ритъм

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92053-00 Затворен гръден сърдечен масаж
Сърдечен масаж БДУ
Външен ръчен сърдечен масаж

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени пет основни диагностични процедури, от които четири задължителни: с код 58500-00, 1331000, 13311-00, изследване на кръв- 91910-04 или 91910-12, или 91910-17 или 91910-05 или 91910-41 или 91910-19 и задължително скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, ФКУ,ВНХ и хипотиреоидизъм - 91910-01 **еднократно, в рамките на престоя в ЛЗ**,..И две основни терапевтични процедури (едната задължително е 92043-00), посочени в таблица Кодове на основни процедури.

Скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през първата седмица от живота – вземане и изпращане на качествени кръвни проби и други действия в изпълнение на Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

В случай че неонаталният скрининг е осъществен в друго лечебно заведение, не е задължително повторното му извършване.

Инсуфлирането на сърфактант с код 92043-00 е задължителна терапевтична процедура.

Показателите, които се изследват и са включени в рубриката „Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи“ са по преценка на лекуващия лекар и са в зависимост от патологията.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология" (за новородени над 1200 грама) и на трето ниво на компетентност (за новородени под 1200 грама). Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Неонатология".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1.Неонатологична клиника/отделение с II-ро ниво компетентност за новородени над грама и/или Неонатологична клиника/отделение с III-ро ниво компетентност за новородени под 1200 гр
2. Клинична лаборатория с II-ро ниво компетентност, с възможност за КАС , ПКК – 24 ча денонощието
3. Структура за рентгеново изследване - рентгенов апарат за скопия и графия със 7-ч работен ден и на повикване при необходимост

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Имунохематологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта

3. МРТ/КТ
4. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
5. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната
6. Офталмологична клиника/отделение
7. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.6. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по "Неонатология"):

- **за клиники/отделения по неонатология от второ ниво (за новородени над 1200 грама)** - минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология" и двама със специалност „Педиатрия" и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структурапо неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност и/или

- **за клиники/отделения по неонатология от трето ниво (за новородени под 1200 грама)** - най-малко шест лекари, от тях най-малко трима с придобита специалност по неонатология и с придобита специалност по неонатология трябва да имат допълнителна квалификация по ултразвукова диагностика в неонатологията и церебрално функционално мониториране.
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и интензивно лечение на новородени, при наличие на:

1. дихателна недостатъчност с първичен или вторичен сърфактант-дефицит, налагаща апаратна вентилация;
2. вътрематочна хипоксия и асфиксия на плода;
3. шокови състояния;
4. неонатален сепсис;
5. майчино-фетална инфекция;
6. конвулсии при новороденото.

3. Сърфактант-терапия: първоначална инсуфлация на сърфактант;

3.1. мониторинг на жизненоважните показатели (сърдечна честота и пулсоксиметрия) се провежда преди, по време на инсуфлацията и два часа след сърфактант-терапията;

3.2. последваща инсуфлация на сърфактант при персистиране на диспнеята, респираторната ацидоза, тежка кислородо- и апаратна зависимост, тежка хиповентилация.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Всички диагностични и терапевтични процедури се отразяват в реанимационен лист, задължителен за всяко дете на апаратна вентилация. Мониторинг на жизненоважните показатели (сърдечна честота и пулсоксиметрия) се провежда преди, по време на инсуфлацията и два часа след сърфактант-терапията. Мониторирането на газов анализ и жизненоважни показатели продължава до стабилизиране на хемодинамиката и овладяване на хипоксемията и хиперкарбията.

При всички новородени деца се провежда скрининг за хипотиреоза, ВНХ и фенилкетонурия през първата седмица от живота.

При доминираща дихателна недостатъчност – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на нозологичната категория. Решението за конвенционална или неконвенционална апаратна вентилация се изгражда въз основа на параклинични показатели и еволюция на клиниката. Сърфактант профилактика и терапия задължително се провеждат от специалист по неонатология своевременно до 12 час след раждане при респираторен дистрес синдром с първичен сърфактант - дефицит по протокол.

При диагностициране на аномалии е необходимо стабилизиране на хемодинамиката, консултация със спесиалист по детска хирургия и превеждане за оперативна интервенция.

При доминираща церебрална симптоматика – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на типа на церебралното поражение: исхемично, хеморагично, възпалително или аномалия. Диагнозата се изгражда въз основа на анамнестични данни за перинаталния период, неврологичен статус, трансфонтанелна ехография, електроенцефалография, доплер сонография, КТ и МРТ (последните три при необходимост). Лумбалната и вентрикулни пункции се прилагат по спешност като диагностична или терапевтична дейности.

При гърчов синдром в неонаталния период – провеждат се освен гореизброените и допълнителни биохимични, електролитни и метаболитни изследвания.

При перинатални (интраутеринни) инфекции – заболявания, характерни за ранния и късния неонатален период, проявяващи се с дихателна недостатъчност, нестабилна хемодинамика, интоксикация, неврологична симптоматика и симптоми от страна на храносмилателния тракт. Решаващи за диагнозата са резултатите от параклиниката. Лечението е по протокол - етиологично (антибиотичната терапия започва с медикаменти срещу най-честите причинители на перинатални инфекции в двойна комбинация съобразно тежестта на симптоматиката), патогенетично и симптоматично.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика, изследвания (ПКК, биохимия, газов анализ, рентген на бял дроб), микробиологично изследване (хемокултура, гастрален и трахеален секрет) и др.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- стабилизиране на хемодинамиката – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, в рамките на референтните стойности.

- клинично овладяване на симптоматиката;
- ПКК без данни за възпалителна компонента.

При диагноза включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Новороденото дете се отчита само с № на ИЗ и трите имена до получаване на собствено ЕГН.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ПРОТОКОЛ

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ СЪС СЪРФАКТАНТ

Име: .....
ЕГН на майката □□□□□□□□□□
ИЗ №: □□□□□

Гестационна възраст.....
Телесно тегло: .....
Час на раждане.....
Час на инсуфлация.....
Първа доза (час и дата).....
Втора доза (час и дата).....

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ ЛЕЧЕНИЕТО	**Да**	**Не**
Хематологични изследвания		
Рентгеново изследване на бял дроб		
Кръвно-газов анализ		
Биохимични показатели		

Микробиологично изследване на трахеален аспират		
Хемокултура		
АНАМНЕСТИЧНИ ДАННИ ЗА:		
1. Преждевременно раждане		
2. Антенатална кортикостероидна профилактика		
3. Перинатална асфиксия		
4. Майчино-фетална инфекция		
ПОКАЗАНИЯ		
1. Хиалинно-мембранна болест		
2. Аспирационен синдром		
3. Неонатална пневмония		
4. Дихателна недостатъчност с клиника на сърфактант дефицит		
5. Аномалии на дихателната система		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
1. Аномалии на ЦНС, несъвместими с живота		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ СЪРФАКТАНТ		
1. Екстраалвеоларни газови колекции (пневмото пневмомедиастинум)		

НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ТРАХЕАЛНАТА ИНСУФЛАЦИЯ

Сърфактантът се прилага в доза 100-200 мг/кг телесна маса по протокол. Ранното прилож на сърфактанта води до намаляване на дихателната недостатъчност, редуци необходимостта от продължителна изкуствена вентилация.

Начин на аплициране:

Предварително се катетеризира трахеята през тубуса и се определя мястото на инсуфлац Количеството се инсуфлира първоначално в десния бял дроб като внимателно се изт сондата и се провежда обдишване с амбу в продължение на 1 минута. Бързото инстили предопределя по-равномерното разпределение на препарата в терминалните бронхио алвеоли. След стабилизиране на функционалните показатели се извършва и инсуфлаци левия бял дроб. Мониторирането на сърдечната честота и сатурацията се провеждат целия период на сърфактант терапията. Параметрите на респиратора се определя клиничната симптоматика и показателите от мониторинга.

Фишът за лечение със сърфактант става неразделна част от ИЗ на пациента. Флаконите употребени при лечение се съхраняват в клиниката или отделението до една година и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП № .....
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име на майката.....
ЕГН на майката: □□□□□□□□□□

Име на детето ……

ИЗ №: □□□□□

Гестационна възраст..... Теле

тегло.....

Час на раждане..... Час

инсуфлация.....

Първа доза (час и дата)..... Оксигенационен индекс.....

Втора доза (час и дата)..... Оксигенационен индекс.....

Диагноза:

.....

ЛЕЧЕНИЕ СЪС СЪРФАКТАНТ - фабричен № на флакона	
Индикации	**Контраиндикации**

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Вашето дете е рисково новородено дете. Степента на риска се определя от възможностите за адаптация към новия начин на живот извън утробата на майката.

Рисковите новородени деца са:

1. Преждевременно родени деца – преди 37-ма гестационна седмица с адекватно тегло за гестационната възраст.
2. Преждевременно родени деца – преди 35-та гестационна седмица с ниско или екстремно ниско тегло – висок риск
3. Новородени деца с данни за мозъчно страдание по време на раждането (перинатална асфиксия)
4. Новородени деца с данни за майчино-фетална инфекция
5. Новородени деца с аномалии, деца на майки с диабет и деца от патологична бременност
6. Новородени от многоплодна бременност

Новородените деца със забавена сърдечно-белодробна адаптация се насочват към специализирани звена за интензивно лечение.

Интензивното лечение представлява комплекс от животоспасяващи процедури и дейности, които се извършват от високо квалифицирани екипи от неонатолози, консултанти от педиатрични субспециалности и реанимационни сестри и акушерки. В реанимацията рутинно се прилагат апаратна вентилация, мониторен контрол и парентерално хранене.

В зависимост от основното заболяване се налага извършване на високо технологични диагностични и лечебни процедури. Съобразно тежестта на заболяването се налага различен по продължителност болничен престой, който може да достигне и до 6 месеца. Късните последици от повечето заболявания на този рисков контингент се дължат на основното заболяване като информация за това се получава ежедневно от лекуващия лекар и след цялостното диагностично уточняване.

Сърфактант - терапията е високо-технологична животоспасяваща процедура, която се прилага по спешност при деца с тежка дихателна недостатъчност вследствие първичен или вторичен сърфактант-дефицит.

При допълнителни въпроси относно състоянието на детето и лечението родителите могат да се обръщат към лекуващия лекар или завеждащ отделението.

КП № 15.2
ДИАГНОСТИКА И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА НОВОРОДЕНИ С МНОГОКРАТНО ПРИЛОЖЕНИЕ НА СЪРФАКТАНТ

1. Минимален болничен престой – 10 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Живородени деца според мястото на раждане
Z38.0 Едно дете, родено в стационар
Z38.1 Едно дете, родено извън стационар
Z38.2 Едно дете, родено на неуточнено място
Живородено дете БДУ
Z38.3 Близнаци, родени в стационар
Z38.4 Близнаци, родени извън стационар
Z38.5 Близнаци, родени на неуточнено място
Z38.6 Други новородени при многоплодно раждане, родени в стационар
Z38.7 Други новородени при многоплодно раждане, родени извън стационар
Z38.8 Други новородени при многоплодно раждане, родени на неуточнено място

Асфиксия по време на раждане
Тази рубрика не следва да се използва при ниски показатели по скàлата на Apgar без споменаване за асфиксия или други разстройства на дишането.
Не включва: вътреутробна хипоксия или асфиксия (P20.—)
P21.0 Тежка асфиксия при раждане
Сърдечната честота е под 100 удара/мин., стабилна или прогресивно забавяща се, липсва дишане или има единични дихателни движения, кожата е бледа, има мускулна атония.
Асфиксия с оценка по скàлата на Apgar 0-3 през първата минута след раждането
Бяла асфиксия
P21.1 Средна и умерена асфиксия при раждане
Не се установява нормално дишане през първата минута след раждането, но сърдечната честота е 100 удара/мин. или по-висока, мускулна хипотония, слаб отговор при дразнене.
Оценка по скàлата на Apgar 4-7 през първата минута след раждането
Синя асфиксия

Респираторен дистрес у новороденото
Не включва: дихателна недостатъчност у новороденото (P28.5)
P22.0 Неонатален респираторен [дистрес] синдром
Хиалинно-мембранна болест
P22.8 Други форми на респираторен дистрес у новороденото

Вродена пневмония
Включва: инфекциозна пневмония, развила се вътреутробно или по време на раждането
Не включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация (P24.—)
P23.0 Вродена вирусна пневмония
Не включва: вроден рубеолен пневмонит (P35.0)
P23.1 Вродена хламидийна пневмония

P23.2 Вродена стафилококова пневмония
P23.3 Вродена пневмония, причинена от стрептококи група B
P23.4 Вродена пневмония, причинена от E. coli
P23.5 Вродена пневмония, причинена от Pseudomonas
P23.6 Вродена пневмония, причинена от други бактерии
Haemophilus influenzae
Klebsiella pneumoniae
Mycoplasma
Стрептококи, с изключение на група B
P23.8 Вродена пневмония от други причинители

Неонатални аспирационни синдроми
Включва: неонатална пневмония, причинена от аспирация
P24.0 Неонатална аспирация на мекониум
P24.1 Неонатална аспирация на амниотична течност и слуз
Аспирация на околоплодна течност
P24.2 Неонатална аспирация на кръв
P24.8 Други неонатални аспирационни синдроми

Интерстициален емфизем и сродни състояния, възникващи в перинаталния период
P25.0 Интерстициален емфизем, възникващ в перинаталния период
P25.1 Пневмоторакс, възникващ в перинаталния период
P25.2 Пневмомедиастинум, възникващ в перинаталния период
P25.3 Пневмоперикард, възникващ в перинаталния период
P25.8 Други състояния, свързани с интерстициален емфизем и възникващи в перинаталния период

Белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.0 Трахеобронхиален кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.1 Масивен белодробен кръвоизлив, възникващ в перинаталния период
P26.8 Други белодробни кръвоизливи, възникващи в перинаталния период

Хронични болести на дихателните органи, възникващи в перинаталния период
P27.1 Бронхопулмонална дисплазия, възникваща в перинаталния период
P27.9 Хронична болест на дихателните органи, възникваща в перинаталния период, неуточнена

Неонатален бактериален сепсис
Включва: вродена септицемия
P36.0 Неонатален сепсис, причинен от стрептококи група B
P36.1 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стрептококи
P36.2 Неонатален сепсис, причинен от златист стафилокок [*St. aureus*]
P36.3 Неонатален сепсис, причинен от друг и неуточнен вид стафилококи
P36.4 Неонатален сепсис, причинен от *Escherichia coli*
P36.5 Неонатален сепсис, причинен от анаеробни микроорганизми
P36.8 Неонатален сепсис, причинен от други бактерии

Други инфекциозни болести, характерни за перинаталния период
P39.2 Интраамниотична инфекция на плода, некласифицирана другаде
P39.8 Друга уточнена инфекция, характерна за перинаталния период

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото
Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия
Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:
- родова травма (P10.—)
- травма на майката (P00.5)
- друга травма (S06.—)

P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото
Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)
P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и

новороденото

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул

P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим

P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото

P52.4 Вътремозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото

P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото

P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото

P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото

Неонатална жълтеница, причинена от масивна хемолиза

Не включва: жълтеница, причинена от изоимунизация (P55—P57)

P58.0 Неонатална жълтеница от кръвонасядания

P58.1 Неонатална жълтеница от кървене

P58.2 Неонатална жълтеница от инфекция

P58.3 Неонатална жълтеница от полицитемия

P58.4 Неонатална жълтеница, причинена от лекарствени средства или токсини, преминали от майката или приложени на новороденото

P58.5 Неонатална жълтеница от поглъщане на майчина кръв

P58.8 Неонатална жълтеница от други уточнени форми на масивна хемолиза

Неонатална жълтеница от други и неуточнени причини

Не включва: причинена от вродени нарушения на обмяната на веществата (E70— E90)
ядрена жълтеница (P57.—)

P59.0 Неонатална жълтеница, свързана с преждевременно раждане

Хипербилирубинемия на недоносените деца

Неонатална жълтеница, дължаща се на забавена конюгация на билирубина, свързана с преждевременно раждане

P59.1 Синдром на сгъстена жлъчка

P59.2 Неонатална жълтеница от други и неуточнени чернодробноклетъчни увреждания

Не включва: вроден вирусен хепатит (P35.3)

P59.3 Неонатална жълтеница от употреба на средства, инхибиращи лактацията

P59.8 Неонатална жълтеница от други уточнени причини

P60 Дисеминирана интравазална коагулация у плода и новороденото

Синдром на дефибринизация у плода и новороденото

Други перинатални хематологични нарушения

Не включва: преходна хипогамаглобулинемия при деца (D80.7)

P61.2 Анемия на недоносеността

P61.3 Вродена анемия от фетална кръвозагуба

P77 Некротизиращ ентероколит у плода и новороденото

Вродени аномалии на костно-мускулната система, некласифицирани другаде

Не включва: вроден (стерномастоиден) тортиколис (крива шия) (Q68.0)

Q79.0 Вродена диафрагмална херния

Не включва: вродена хиатусова херния (Q40.1)

Q79.1 Други вродени аномалии на диафрагмата

Липса на диафрагма

Вродена аномалия на диафрагмата БДУ

Евентрация на диафрагмата

Съгласно правилата на кодиране по МКБ-10, да се има предвид следното:

В „История на заболяване" и „Направление за хоспитализация" на всички живородени деца на ***първо място*** се вписва код от категорията **Z38 „Живородени деца според мястото на раждане". Този код се използва само в това ЛЗБП, в което е родено детето.**

На ***второ място*** - кодове на диагнози на други състояния и заболявания, възникнали в перинаталния период, налагащи болнично лечение (основна диагноза и придружаващи заболявания, при наличие на такива).

При превеждане на новороденото дете в друго лечебно заведение за продължаване на лечението (според изискванията на стандарта по „Неонатология"), приемащото лечебно заведение вписва като водеща диагноза заболяването, наложило превеждането, (диагнози от посочените в таблица **Кодове на болести по МКБ-10**), както и диагнози на придружаващи заболявания, ако такива са налице. В „История на заболяване" и „Направление за хоспитализация" на новороденото във втората болница **не** фигурират кодове от рубрика **Z38.**

Допуска се намаляване на минималния болничен престой на 1 ден, в случаите на превеждане от едно ЛЗБП с отделение II ниво в друго ЛЗБП с клиника/отделение III ниво на компетентност, на пациент с тегло при раждането под 1200 грама и с еднократно приложение на сърфактант. Последващото лечение на пациента в клиника/отделение III ниво на компетентност може да продължи по КП № 13, 14 или по КП № 15.2 (с многократно приложение на сърфактант). В този случай двете КП на различните ЛЗБП (приемащо и изпращащо) могат да бъдат отчетени и заплатени в един и същ отчетен период.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно
Включва: венозно инжектиране на багрило Офталмоскопия

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
гръдна кост (58521-00 [1972])
гръден вход (58509-00 [1974])
трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:използвайки:

- мапиране с цветен поток
- Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
- механично секторно сканиране
- трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия
Електрографично мониториране

Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ
13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

Друго измерване на дихателна функция

11503-08 Оценка на артериално налягане на въглероден диоксид или сърдечен дебит, метод при повторно вдишване

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92182-02 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92182-06 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-02 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-00 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-01 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-00 Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазк

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-01 Микроскопско изследване на кръв за култур

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

991937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма
91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-01 Неонатален скрининг
Скрининг за:
- фенилкетонурия
- вродена надбъбречна хиперплазия (ВНХ)
- хипотиреоза
- спинална мускулна атрофия
- тежки комбинирани имунни дефицити
- муковисцидоза.

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91908-02 Микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и повърнати материи за култура и чувствителност

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ри за поставяне, прилагане или отстраняване върху гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38803-00 Терапевтична торакоцентеза

Венозна катетеризация

13300-02 Катетеризация/канюлизация на пъпна вена на новородено
Включва: инфузия

Венозна катетеризация

90220-00 Катетеризация/канюлизация на друга вена

Неинвазивно вентилаторно подпомагане

продължително позитивно налягане в дихателните пътища (CPAP) или изкуствено дишане с интермитиращо позитивно налягане (IPPB)

Bi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP]
Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP]
Непостоянна маска CPAP
Дишане с променливо позитивно налягане [IPPB]
Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV]
Неинвазивна маскова вентилация [NIMV]
Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV]
Включва: вентилационно подпомагане с:

- лицева маска
- орално парче
- назална маска (възглавнички) (канюли)
- назална, назофарингеална тръба

Не включва: такава с:

- ендотрахеална интубация (виж блок [569])
- трахеостомия (виж блок [569])

92209-00 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа

92209-01 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа

92209-02 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92042-00 Немеханични методи за реанимация Уста-в-уста ресусцитация

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92044-00 Друго кислородно обогатяване
Каталитична кислородотерапия
Циторедуктивен ефект
Кислородотерапия
Оксигенатори
Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Манипулации на дихателни пътища

90179-02 Назофарингеална интубация
Не включва: само за грижа и поддържане на назофарингеална интубация (90179-
05 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Манипулации на дихателни пътища

92035-00 друга интубация на дихателни пътища
интубация на респираторния тракт бду

Манипулации на дихателни пътища

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба
Смяна на ректална тръба

Други терапевтични интервенции на дихателна система

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)
***Включва*:** активен цикъл от дихателни техники [ACBT] техника на форсирана експирация [FET] с използване на техники/устройства като:
перкусия
разклащане
вибратор
***Забележка*:** Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията
Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия
- отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:

- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-03 Приложение на тромбоцити

Трансфузия на:

- *тромбоцити*

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори, в т. ч. Vit K, по преценка

Трансфузия на:

- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на:

- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath

- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741

Приложение на фармакотерапия

инжекция на антибиотик и на други анти-инфекциозни медикаменти

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Приложение на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система
92052-00 Кардиопулмонална ресуситация
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система
13400-00 Кардиовезия Дефибрилация Сърдечен електрошок Възстановяване на сърдечен ритъм чрез електростимулация *Не включва*: съпътстващо при кардиохирургия – пропусни кода
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система
92055-00 Друга конверсия на сърдечен ритъм
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система
92053-00 Затворен гръден сърдечен масаж Сърдечен масаж БДУ Външен ръчен сърдечен масаж

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени пет основни диагностични процедури, от които четири задължителни: с код 58500-00, 1331000 или 13311-00, изследване на кръв- 91910-04; 91910-12; 91910-17; 91910-18; 91910-01; 91910-05; 91910-41; 91910-19 и задължително скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, ФКУ,ВНХ и хипотиреоидизъм - 91910-01 **еднократно, в рамките на престоя в ЛЗ**,.. И две основни терапевтични процедури, едната задължително е 92043-00, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

Скрининг за спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, муковисцидоза, хипотиреоза, вродена надбъбречна хиперплазия и фенилкетонурия през първата седмица от живота – вземане и изпращане на качествени кръвни проби и други действия в изпълнение на Наредба № 26 от 2007 г. за предоставяне на акушерска помощ на здравно неосигурени жени и за извършване на изследвания извън обхвата на задължителното здравно осигуряване на деца и бременни жени.

В случай че неонаталният скрининг е осъществен в друго лечебно заведение, не е задължително повторното му извършване.

Инсуфлирането на сърфактант с код 92043-00 е задължителна терапевтична процедура.

Показателите, които се изследват и са включени в рубриката „Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи“ са по преценка на лекуващия лекар и са в зависимост от патологията.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При необходимост от превеждане на новороденото за спешно хирургично лечение, клиничната пътека се счита за завършена при изпълнени всички задължителни диагностични и терапевтични процедури, без да е спазен задължителният минимален болничен престой.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология" (за новородени над 1200 грама) и на трето ниво на компетентност (за новородени под 1200 грама). Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Неонатология”.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1.Неонатологична клиника/отделение с II-ро ниво компетентност за новородени над 1200 грама и/или Неонатологична клиника/отделение с III-ро ниво компетентност за новородени под 1200 грама
2. Клинична лаборатория с II-ро ниво компетентност, с възможност за КАС , ПКК – 24 часа в денонощието
3. Структура за рентгеново изследване- рентгенов апарат за скопия и графия със 7-часов работен ден и на повикване при необходимост

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Имунохематологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология – на територията на областта
3. МРТ/КТ
4. Лаборатория за изследване на ФКУ – на територията на страната
5. Хормонална лаборатория за неонатален скрининг – на територията на страната
6. Офталмологична клиника/отделение
7. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по "Неонатология"):

- **за клиники/отделения по неонатология второ ниво (за новородени над 1200 грама)-** минимум четирима лекари - един със специалност „Неонатология" и двама със специалност „Педиатрия" и допълнителната квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на новородени деца – индивидуално обучение от най-малко 15 дни в родилна зала на структурапо неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко едномесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност.

Лекарите, които нямат придобита специалност по неонатология и педиатрия, трябва да имат допълнителна квалификация за кардио-пулмонална ресусцитация на

новородени деца – индивидуално обучение от един месец в родилна зала на структура по неонатология от трето ниво на компетентност и най-малко двумесечно обучение в структура по неонатология от трето ниво на компетентност и/или

- **за клиники/отделения по неонатология трето ниво (за новородени под 1200 грама)**- най-малко шест лекари, от тях най-малко трима с придобита специалност по неонатология и с придобита специалност по неонатология трябва да имат допълнителна квалификация по ултразвукова диагностика в неонатологията и церебрално функционално мониториране;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и интензивно лечение на новородени, при наличие на:

1. дихателна недостатъчност с първичен или вторичен сърфактант-дефицит, налагаща апаратна вентилация;
2. вътрематочна хипоксия и асфиксия на плода;
3. шокови състояния;
4. неонатален сепсис;
5. майчино-фетална инфекция;
6. конвулсии при новороденото.

Сърфактант-терапия: първоначална инсуфлация на сърфактант;

1. мониторинг на жизненоважните показатели (сърдечна честота и пулсоксиметрия) се провежда преди, по време на инсуфлацията и два часа след сърфактант-терапията;

.2. последваща инсуфлация на сърфактант при персистиране на диспнеята, респираторната ацидоза, тежка кислородо- и апаратна зависимост, тежка хиповентилация.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Всички диагностични и терапевтични процедури се отразяват в реанимационен лист, задължителен за всяко дете на апаратна вентилация. Мониторинг на жизненоважните показатели (сърдечна честота и пулсоксиметрия) се провежда преди, по време на инсуфлацията и два часа след сърфактант-терапията. При персистиране на диспнеята, респираторната ацидоза, тежка кислородо- и апаратна зависимост, тежка хиповентилация, се обсъждат индикации за повторна инсуфлация на сърфактант. В реанимационния лист се отразява точния час на инсуфлацията, газовия анализ преди инсуфлация и параметрите на респиратора. В хода на продължителната реанимация се обективизират вариациите на пулсоксиметрията по време на трахеален лаваж.

При всички новородени деца се провежда скрининг за хипотиреоза, ВНХ и фенилкетонурия, спинална мускулна атрофия, тежки комбинирани имунни дефицити, и муковисцидоза **през първата седмица от живота.**

При доминираща дихателна недостатъчност – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на нозологичната категория. Решението за конвенционална или неконвенционална апаратна вентилация се изгражда въз основа на параклинични показатели и еволюция на клиниката. Сърфактант профилактика и терапия задължително се провеждат от специалист по неонатология своевременно до 12 час след раждане при респираторен дистрес синдром с първичен сърфактант - дефицит по протокол.

При диагностициране на аномалии е необходимо стабилизиране на хемодинамиката, консултация със специалист по детска хирургия и превеждане за оперативна интервенция.

При доминираща церебрална симптоматика – провежда се продължителна реанимация по протокол до уточняване на типа на церебралното поражение: исхемично, хеморагично, възпалително или аномалия. Диагнозата се изгражда въз основа на анамнестични данни за перинаталния период, неврологичен статус, трансфонтанелна ехография, електроенцефалография, доплер сонография, КТ и МРТ (последните четири при необходимост). Лумбалната и вентрикулни пункции се прилагат по спешност като диагностична или терапевтична дейности.

При гърчов синдром в неонаталния период – провеждат се освен гореизброените и допълнителни биохимични, електролитни и метаболитни изследвания.

При перинатални (интраутеринни) инфекции – заболявания, характерни за ранния и късния неонатален период, проявяващи се с дихателна недостатъчност, нестабилна хемодинамика, интоксикация, неврологична симптоматика и симптоми от страна на храносмилателния тракт. Решаващи за диагнозата са резултатите от параклиниката. Лечението е по протокол - етиологично (антибиотичната терапия започва с медикаменти срещу най-честите причинители на перинатални инфекции в двойна комбинация съобразно тежестта на симптоматиката), патогенетично и симптоматично.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на анамнестичните данни от бременността и раждането, специфична клинична симптоматика, изследвания (ПКК, биохимия, газов анализ, рентген на бял дроб), микробиологично изследване (хемокултура, гастрален и трахеален секрет) и др.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- стабилизиране на хемодинамиката – жизнено важни показатели: сърдечна и дихателна честота, артериално налягане, в рамките на референтните стойности;
- клинично овладяване на симптоматиката;
- ПКК без данни за възпалителна компонента.

Новороденото дете се отчита само с № на ИЗ и трите имена до получаване на собствено ЕГН.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ СЪС СЪРФАКТАНТ

Име: .....
ЕГН на майката □□□□□□□□□□
ИЗ №: □□□□□

Гестационна възраст.....
Телесно тегло: …….....
Час на раждане.....
Час на инсуфлация.....
Първа доза (час и дата).....
Втора доза (час и дата).....

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	**Да**	**Не**
Хематологични изследвания		
Рентгеново изследване на бял дроб		
Кръвно-газов анализ		
Биохимични показатели		
Микробиологично изследване на трахеален аспират		
Хемокултура		
АНАМНЕСТИЧНИ ДАННИ ЗА:		
1. Преждевременно раждане		
2. Антенатална кортикостероидна профилактика		
3. Перинатална асфиксия		
4. Майчино-фетална инфекция		
ПОКАЗАНИЯ		
1. Хиалинно-мембранна болест		
2. Аспирационен синдром		
3. Неонатална пневмония		
4. Дихателна недостатъчност с клиника на сърфактант дефицит		
5. Аномалии на дихателната система		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
1. Аномалии на ЦНС, несъвместими с живота		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ СЪС СЪРФАКТАНТ		
1. Екстраалвеоларни газови колекции (пневмоторакс, пневмомедиастинум)		

НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ТРАХЕАЛНАТА ИНСУФЛАЦИЯ
Сърфактантът се прилага в доза 100-200 мг/кг телесна маса по протокол. Ранното приложение на сърфактанта води до намаляване на дихателната недостатъчност, редуциране необходимостта от продължителна изкуствена вентилация. *Начин на аплициране*: Предварително се катетеризира трахеята през тубуса и се определя мястото на инсуфлацията. Количеството се инсуфлира първоначално в десния бял дроб като внимателно се изтегля сондата и се провежда обдишване с амбу в продължение на 1 минута. Бързото инстилиране предопределя по-равномерното разпределение на препарата в терминалните бронхиоли и алвеоли. След стабилизиране на функционалните показатели се извършва и инсуфлацията в левия бял дроб. Мониторирането на сърдечната честота и сатурацията се провеждат през целия период на сърфактант терапията. Параметрите на респиратора се определят от клиничната симптоматика и показателите от мониторинга.

Фишът за лечение със сърфактант става неразделна част от ИЗ на пациента. Флаконите употребени при лечение се съхраняват в клиниката или отделението до една година и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП №
.....
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име на майката……..
ЕГН на майката: □□□□□□□□□□
Име на детето ……

ИЗ №: □□□□□

Гестационна възраст..... Телесно тегло.....
Час на раждане..... Час на инсуфлация.....
Първа доза (час и дата)..... Оксигенационен индекс.....
Втора доза (час и дата)..... Оксигенационен индекс.....

Диагноза:
.....
..

ЛЕЧЕНИЕ СЪС СЪРФАКТАНТ - фабричен № на флакона	
Индикации	**Контраиндикации**

ДОКУМЕНТ № 4
ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Вашето дете е рисково новородено дете. Степента на риска се определя от възможностите за адаптация към новия начин на живот извън утробата на майката.

Рисковите новородени деца са:

1. Преждевременно родени деца – преди 37-ма гестационна седмица с адекватно тегло за гестационната възраст.
2. Преждевременно родени деца – преди 35-та гестационна седмица с ниско или екстремно ниско тегло – висок риск
3. Новородени деца с данни за мозъчно страдание по време на раждането (перинатална асфиксия)
4. Новородени деца с данни за майчино-фетална инфекция
5. Новородени деца с аномалии, деца на майки с диабет и деца от патологична бременност
6. Новородени от многоплодна бременност

Новородените деца със забавена сърдечно-белодробна адаптация се насочват към специализирани звена за интензивно лечение.

Интензивното лечение представлява комплекс от животоспасяващи процедури и дейности, които се извършват от високо квалифицирани екипи от неонатолози, консултанти от педиатрични субспециалности и реанимационни сестри и акушерки. В реанимацията рутинно се прилагат апаратна вентилация, мониторен контрол и парентерално хранене.

В зависимост от основното заболяване се налага извършване на високо технологични диагностични и лечебни процедури. Съобразно тежестта на заболяването се налага различен по продължителност болничен престой, който може да достигне и до 6 месеца. Късните последици от повечето заболявания на този рисков контингент се дължат на основното заболяване като информация за това се получава ежедневно от лекуващия лекар и след цялостното диагностично уточняване.

Сърфактант - терапията е високо-технологична животоспасяваща процедура, която се прилага по спешност при деца с тежка дихателна недостатъчност вследствие първичен или вторичен сърфактант-дефицит.

При допълнителни въпроси относно състоянието на детето и лечението родителите могат да се обръщат към лекуващия лекар или завеждащ отделението.

КП № 16 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НЕСТАБИЛНА ФОРМА НА АНГИНА ПЕКТОРИС/ОСТЪР МИОКАРДЕН ИНФАРКТ БЕЗ ИНВАЗИВНО ИЗСЛЕДВАНЕ И/ИЛИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ

1. МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ 3 ДНИ

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Стенокардия

I20.0 Нестабилна стенокардия
Стенокардия:
- кресчендо
- новопоявила се при усилие
- влошаваща се при усилие

Интермедиерен коронарен синдром
Прединфарктен синдром

I20.1 Стенокардия с документиран спазъм
Стенокардия:
- ангиоспастична
- на Prinzmetal
- причинена от спазъм
- вариантна

I20.9 Стенокардия, неуточнена
Стенокардия:
- БДУ
- сърдечна

Стенокарден синдром
Исхемична гръдна болка

Остър инфаркт на миокарда

Включва: инфаркт на миокарда уточнен катоостър или с установенапродължителност 4 седмици (28 дена) или по-малко от началотому

Не включва: някоитекущи усложнения след остър инфаркт на миокарда (I23.—)
инфаркт на миокарда:
- стар (I25.2)
- уточнен катохроничен или с установенапродължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началотому (I25.8)
- повторен (I22.—)

постинфарктенмиокарден синдром (I24.1)

I21.0 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на предната стена
Трансмурален инфаркт (остър)(на):
- преден (предната стена) БДУ
- предно-върхов
- предно-латерален
- предно-септален

I21.1 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на долната стена
Трансмурален инфаркт (остър)(на):
- диафрагмалната стена
- долен (долната стена) БДУ
- долно-латерален
- долно-заден

I21.2 Остър трансмурален инфаркт на миокарда с други уточнени локализации
Трансмурален инфаркт (остър):
- върхово-латерален
- базално-латерален
- висок латерален
- латерален (латералната стена) БДУ
- заден (истински)
- задно-базален
- задно-латерален
- задно-септален

• септален БДУ

I21.4 Остър субендокарден инфаркт на миокарда
Нетрансмурален инфаркт на миокарда БДУ

Повторен инфаркт на миокарда

Включва: рецидивиращ инфаркт на миокарда

Не включва: уточненкатохроничен или с установенапродължителност над 4 седмици (над 28 дни) от началотому (I25.8)

I22.0 Повторен инфаркт на миокарда на предната стена
Повторен инфаркт (остър)(на):
• преден (предната стена) БДУ
• предно-върхов
• предно-латерален
• предно-септален

I22.1 Повторен инфаркт на миокарда на долната стена
Повторен инфаркт (остър)(на):
• диафрагмалната стена
• долен (долната стена) БДУ
• долно-латерален
• долно-заден

I22.8 Повторен инфаркт на миокарда с друга уточнена локализация
Повторен инфаркт на миокарда (остър):
• върхово-латерален
• базално-латерален
• висок латерален
• латерален (латералната стена) БДУ
• заден (истински)
• задно-базален
• задно-латерален
• задно-септален
•септален БДУ

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
• използвайки:
• мапиране с цветен поток
• Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
• механично секторно сканиране
• трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор

Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода

11708-00 Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92056-00 Мониторинг на сърдечен дебит или кръвен ток, некласифицирано другаде

минимум три от следните медико-диагностични изследвания:
Електролити
MB фракция
Тропонин I - количествено изследване
Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди

1924 Биохимична изследвания

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

91910-21 Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол

91910-22 Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол

91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди

91910-28 Креатинкиназа (КК)

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934 Други лабораторни изследвания

91911-01 Изследване на MB фракция на креатинкиназа

91911-02 Количествено изследване на тропонин I

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарденпейсмейкър

Не включва: изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода

38256-00 Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие

38256-01 Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)

• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване:

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които една задължително е минимум три от следните медико-диагностични изследвания/показатели: Електролити; МВ фракция; Тропонин I - количествено изследване; Липидограма: 91910-20, 91910-21, 91910-22, 91910-23, 91910-28, 91910-33, 91911-01; 91911-02; 11700-00; 55113-00 или 55118-00 и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица Кодове на основни процедури. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура като същевременно следва да бъде изпълнено условието, "минимум три от следните медико-диагностични изследвания: Електролити; МВ фракция; Тропонин I - количествено изследване; Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди".

При отчетена основна диагноза **I20.0; I 20.1 и I 20.9 задължително се отчита като четвърта диагностична процедура** 11712-00 с изключение на тези с умерен и висок клиничен риск.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека

При усложнено протичане или висок риск, налагащо спешно инвазивно изследване и лечение, пациентът задължително се насочва в друго лечебно заведение. Клиничната пътека се счита за предсрочно завършена, ако пациентът е насочен в друго лечебно заведение за инвазивна диагностика или интервенционално лечение и са извършени задължителните диагностични и терапевтични процедури, без да е спазен минималният болничен престой.

В случаите на изписване с изпълнени условия по АПр № 99, когато пациента се насочва за спешно инвазивно или кардиохирургично лечение в друго лечебно заведение, престоят може да бъде до 12 часа.

Задължително се изследват CPK- MB и количествено изследване на тропонин за диференциална диагноза нестабилна стенокардия и инфаркт на миокарда.

При код 38256-00 или 38256-01 „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система“, лечебното заведение се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) и “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната процедура” в графата „фабричен номер”. Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода. Неразделна част от ИЗ на пациента става “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната процедура” за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Легла за интензивно лечение вклиника/отделение по вътрешни болести или КАИЛ/ОАИЛ
3. Клинична лаборатория, с възможност за изследване на коагулация
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиография, с възможност за неотложно 24-часово извършване.

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в звеното по кардиология в болничната структура по вътрешни болести – двама лекари със специалност по вътрешни болести, от които един със специалност по кардиология/ревмокардиология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за базово ниво по ехокардиография.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки с останалите звенана клиниката/отделението по вътрешни болести и специално с отделениетоза интензивно лечение на вътрешните болести, както и с болничнитеструктури или структури извън болницата по образна диагностика,самостоятелна клиника/отделение по кардиология, притежаваща звено заинвазивно (интервенционално) лечение, сърдечна и/или съдова хирургия, сцел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение напациентите. При липса на такива звена в болницата, последнатазадължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такивазвена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.** Договорът трябва да осигурява достъп на пациентите до такива специализирани звена (например препоръчително в рамките най-много на **120 минути** за пациенти с остър коронарен синдром със СТ елевация).

Осигуряването на 24-часова връзка с медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" е на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика и консервативно лечение на пациенти със:

- **сигурен остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) със ST сегмент елевация повече от 24 часа от началото на клиничната симптоматика или без персистираща ST сегмент елевация;**
- **суспектен остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) без персистираща ST сегмент елевация;**
- **нестабилна стенокардия;**
- **акцелерирала стабилна стенокардия;**
- **новопоявила се стенокардия в покой;**
- **съмнение за остър коронарен синдром.**

2. Оценка на терапевтичните алтернативи и насочване и транспорт на пациентите с остър миокарден инфаркт за интервенционално лечение.

3. Оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром без персистираща СТ-сегмент елевация според GRACE скалата в първите 24 часа.

4. Насочване и транспорт на пациентите с висок и умерен клиничен риск според GRACE скалата за инвазивно изследване

5. Осигуряване на 24-часова връзка с медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

5б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 6 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 60-таминутаот началото на хоспитализацията.Ехокардиография се извършва до 12-иячас от началото на хоспитализацията.

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Специфични за наличието на остър коронарен синдром са следните ЕКГ-ски промени, придружаващи болката:

- динамична депресия на ST –сегмент, по-голяма от 1 мм в две и повече съседни отвеждания;

- инверсия на Т-вълна (по-голяма от 1 мм) в отвежданията с преобладаващ R-зъбец;

-преходен бедрен блок (ЛББ).

Болните с ОКС, с персистираща СТ-сегмент елевация, с давност над 24 часа, се насочват в първите 24 – 48 часа за хоспитализация към високоспециализирано ЛЗБП до 48 час, препоръчително до 24-ия час, като в ИЗ и епикризата се отбелязва ЛЗБП, към което е насочен пациентът.

При болните с ОКС, без персистираща СТ-сегмент елевация до 24-ия час задължително се прави оценка на риска* от клиничното протичане на заболяването и данните от неинвазивните лабораторни изследвания. По-нататъшното терапевтично поведение се определя от оценката на риска. При неизвършена такава оценка, клиничната пътека не се счита за завършена.

***Оценка на риска** за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром без персистираща СТ-сегмент елевация - прави се в първите 24 часа според GRACE скалата на интернет страницата на GlobalRegistry of AcuteCoronaryEvents:

http://www.outcomes-umassmed.org/grace/acs_risk/acs_risk_content.html

Разпечатката от интернет страницата се прилага в ИЗ, а оценката на риска **като степен се отразява в**епикризата,съгласноследните таблици:

Риск от болнична смъртност при пациенти с ОКС без персистираща ST-сегмент елевация, съгласно GRACE скала

нисък риск	1-108 т.	< 1 %
умерен риск	109 – 140 т.	1-3 %
висок риск	> 140 т.	> 3 %

При наличие на висок и умерен клиничен риск болният се насочва за ранно диагностично инвазивно изследване към високоспециализирано ЛЗБП до 48 час препоръчително до 24-ия часкато в ИЗ и епикризата се отбелязва ЛЗБП, към което е насочен пациентът.

При наличие на допълнителен рисков фактор като рецидив на ангина или миокардна исхемия, повишаване и последващо понижение на тропонин, захарен диабет, предшестваща коронарна реваскуларизация, високорискова камерна аритмия, GFR под 60 мл/мин/1,73 кв.м., ЛК ФИ под 40%, пациентът може да се насочи към високоспециализирано ЛЗБП за диагностично инвазивно изследване независимо от оценката по GRACE скалата.

На изпращащото ЛЗБП се заплаща тази (настоящата) пътека, при спазени критерии за завършена клинична пътека.Болният се изписва и насочва към друго ЛЗБП за спешна коронарна ангиография и реваскуларизация със съответен транспорт (линейка с лекар, перфузори, дефибрилатор), след предварително обаждане в ЛЗБП, което ще приеме болния, което също се документира в епикризата.

След стабилизирането им, болните с нисък риск подлежат на неинвазивна оценка на коронарния резерв, последвана при необходимост от инвазивна оценка.

Болни със суспектна за стенокардия клиника и липса на данни за миокарден инфаркт, подлежат на неинвазивна и при необходимост - инвазивна диагностика.

Консервативната терапия при болни с остър коронарен синдром се провежда с нитропрепарати, бетаблокери, антиагреганти, антикоагуланти (нефракционираннхепарин, нискомолекуленхепарин), АСЕ инхибитори, калциеви антагонисти (**без нифедипин**), статини, обезболяващи медикаменти.

При противопоказания или невъзможност от страна на пациента да проведе РЕП, (записани в ИЗ и в епикризата), оценката се извършва посредством фармакологичен стрес-тест, ако няма контраиндикации.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина, електрокардиограма, лабораторните изследвания (CK, CK-MB, тропонин – количествено изследване, липидограма), ехокардиографията, сърдечните стрес-тестове и/или фармакологичен стрес тест.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Болният се дехоспитализира при:

- овладяване на клиничните симптоми;
- възможност за продължаване на лечението в амбулаторни условия;
- определена терапевтична стратегия - консервативна или инвазивна, включително насочване за извършване на интервенционална процедура.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография, остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1.ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *" Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури " - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *" Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури " - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата в отговор на постоянната и/или временна кардиостимулация, когато се налага:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНАТА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕН РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж Идентификационен номер ☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ код на държава ☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) ..... име, презиме и фамилия по лична карта Адрес: гр.(с) ..... ул.....№.	**ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:** ☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ .... име на лечебното заведение .... име и фамилия на лекаря

ж.к. .....……бл.……вх.……тел.…… ……	

Клинична пътека ..... **№.** □□□.□
Амбулаторна процедура ..... **№.** □□.□
Клинична процедура ..... **№.** □□.□

Диагноза: .....МКБ10 □□□.□□ □□□.□□

дата на приемане: □□ □□ □□□□ ИЗ: □□□□□ □□□□
ден месец година номер година

дата на операцията: □□ □□ □□□□ Пациент: ……..
ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяване то в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащан е от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуван е от ЛЗ

				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ден месец година
Директор на лечебното заведение: ..... **Лекар, вложил МИ:** ..... подпис и печат на лечебното заведение фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

НЕСТАБИЛНА АНГИНА ПЕКТОРИС – КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ, АНГИОГРАФИЯ И КОРОНАРНА ИНТЕРВЕНЦИЯ

Нестабилната ангина се проявява най-често като гръдни болки (тежест, парене, притискане), които са непредвидими, обикновено настъпват в покой и са значително по-тежки от тези при стабилната ангина. Непредвидими са, защото оплакванията обикновено не се провокират от физическо усилие или стрес (за разлика от стабилната ангина), по-чести са, по-тежки са и най-често настъпват в покой. Това състояние се дължи на различни промени в коронарните артерии – възпалена “активирана” атеросклеротична плака, тромб, коронарен артериален спазъм или комбинация от изброените причини и има значително по-лоша прогноза от стабилната стенокардия.

Диагнозата се поставя по оплакванията и състоянието на пациента, серийно проследяване на ЕКГ и лабораторни изследвания. Разликата между малък миокарден инфаркт и нестабилна ангина е в положителните лабораторни проби за миокарднанекроза, които също се проследяват във времето. Лечението обикновено е в болница с венозни медикаменти, които противодействат на свръхактивираната система на съсирване (антикоагуланти), антиагреганти (аспирин и др.), обезболяващи, нитроглицерин и т.н.

В понятието “нестабилна стенокардия” се включват различни по прогноза и риск пациенти. Факторите, които определят по-висок риск от смърт и усложнено протичане на заболяването включват често рецидивиращи гръдни болки в покой, особено в съчетание с промени в електрокардиограмата, съпътстващи прояви на сърдечна недостатъчност или нарушения на сърдечния ритъм, положителни лабораторни изследвания (сърдечен тропонин и други маркери за риск).

Пациентите без посочените рискови фактори са с нисък риск и се нуждаят само от медикаментозно лечение. При тези болни, след трайно обезболяване и стабилизиране, се прави велоергометричен тест преди изписването от болница. Въз основа на резултата от теста се преценява по-нататъшното поведение – лечение с медикаменти в дома под контрол на личен лекар и кардиолог или насочване към високо специализирана болница за коронарография и реваскуларизация.

Високо рисковите болни се лекуват интензивно с венозни медикаменти и прогнозата при тях се подобрява от възстановяване на нормалния кръвоток в коронарните артерии (реваскуларизация). За да се постигне реваскуларизация се прави диагностична коронарография – през артерия на ръката или крака в коронарните артерии се вкарват специални катетри под рентгенов контрол и се впръсква

контрастна материя (получава се цветна снимка на коронарните артерии – артериалната система, която кръвоснабдява сърцето).

След установяване на коронарната анатомия се определя метода на реваскуларизация – интервенционален или оперативен (аортокоронарен бай-пас).

Интервенционалният метод на коронарна реваскуларизация включва балоннадилатация (разширяване) на коронарното стеснение с интракоронаренбалонен катетър, като понякога се поставя и интракоронаренстент (метална мрежичка, която поддържа проходимостта на съда). След интервенционална коронарна процедура е задължително продължителното антиагрегантно лечение – аспирин за цял живот и по препоръка на лекуващия кардиолог и втори антиагрегант (най-често клопидогрел).

Оперативната реваскуларизация се прави чрез поставяне на коронарен бай-пас по хирургичен път – подробна информация може да получите от лекуващия лекар.

След изписване от болница, независимо от начина на лечение на нестабилната ангина, е наложително да съобразите начина си на живот с препоръките, които ще Ви бъдат дадени от лекуващия екип – съответна диета, двигателен режим, редовно медикаментозно лечение, строг контрол на т.нар. рискови фактори – артериална хипертония, захарен диабет, дислипидемия, затлъстяване и др. Лечението Ви в амбулаторни условия ще се провежда от Вашия личен лекар и кардиолог.

КП № 17 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ
КП № 17.1 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

2.2, 2.3 и 3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ИНВАЗИВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

Ексцизионни процедури на миокард

38418-03 Биопсия на миокард
Биопсия на сърце БДУ
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

1927 Морфологични изследвания

91914-20 Хистобиопсично изследване на две и повече проби от миокард

Електрофизиологични изследвания [EPS]

38212-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра
Тест с антиаритмични медикаменти
Комплексно изследване на камерна тахикардия
Индукция на камерна тахикардия
Интраоперативно сърдечно мапиране

Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

38209-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра
Изследване на:
• атриовентрикуларна проводимост
• функция на синусов възел
• синкоп
Обикновено изследване на камерна тахикардия

Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

38207-00 Оценка на коронарния резерв, чрез прилагане на специална катетърна методика FFR

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

59903-03 Аортография

Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Артериография

59970-03 Периферна артериография

59970-04 Друга артериография

Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])
такава на:
• аорта (59903-03 [1990])
• мозъчен съд (59970-02 [1990])
• коронарна артерия (38218 [668])
• периферна артерия (59970-03 [1989])

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография

Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

Коронарна ангиография

Кодирай също когато е направена:
• аортография (59903-03 [1990])
• вентрикулография (59903 [607])

38215-00 Коронарна ангиография

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография

Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
• използвайки:
  • мапиране с цветен поток
  • Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  • механично секторно сканиране
  • трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

55131-00 Интраваскуларен ултразвук на сърце (IVUS)

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

1924 Биохимична изследвания

91910-28 Креатинкиназа (КК)

По преценка:

1934 Други лабораторни изследвания

91911-01 Изследване на MB фракция на креатинкиназа

91911-02 Количествено изследване на тропонин I

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

11208-00 Оптична кохерентна томография (OCT)

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарден пейсмейкър
Не включва: изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода

38256-00 Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие

38256-01 Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

	• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант *Виж допълнителни знаци* *Кодирай също когато е направена:* • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-10	Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор *Виж допълнителни знаци* Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва:* хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, **(от които едната е задължително инвазивна)** и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.** Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, като всички кодове на изследвания от блока се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП, като същевременно следва да бъде изпълнено условието, „Включва следните медико-диагностични изследвания: ПКК, хемостазеологичен статус - aPTT, MB и тропонин – по преценка.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека

След биопсия на миокарда (код 38418-03**), задължително се извършва хистологично изследване – отчита се с код** 91914-20 Хистобиопсично изследване на две и повече проби от миокард**.**

При необходимост и след преценка от лекуващия екип се прилага временна кардиостимулация. При код 38256-00 или 38256-01 „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система“, лечебното заведение се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) и “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната процедура”. Серийният номер на

опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура” в графата „фабричен номер”. Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода. Неразделна част от ИЗ на пациента става** “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура” **за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

Процедурата ангиография се счита за изпълнена, когато контрастната материя е впръскана селективно и директно в изследваните съдове.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

Кодове с номера 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03 и 59718-00 се отнасят и се изпълняват и от лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет.

.Клиника по съдова хирургия може да изпълнява само инвазивните диагностични процедури с кодове: 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03; 59718-00 **и** 59718-00**.**

Клиничната пътека се заплаща до 2 пъти годишно за едно ЗОЛ за определен съдов сектор.

При пациенти с три и/или многоклонова коронарна болест, както и при съпътстващи оперативни клапни лезии, рещението за вида реваскуларизация се взема от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, въз основа на актуалните Европейски ръководни правила.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", в обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия", в обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия", в обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на трето ниво на на компетентност.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология **или** Клиника/отделение по съдова хирургия **или**

Клиника/отделение по неврохирургия
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала, с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол **или** Ангиографска (процедурна) зала с ангиографска уредба, с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение) само за клиника/отделение по образна диагностика; съдова хирургия; неврохирургия, оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – ехокардиография, с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура, тъй като съгласно медицинския стандарт по „Кардиология” задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути **или** Отделение по сърдечна хирургия
2. КТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност (за КТ – минимум 16-детекторен)
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

или

в клиника/отделение по инвазивна кардиология – **двама** кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- за клиника/отделение по съдова хирургия – в структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография. В структурата работи лекар със специалност по образна

диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет - за кодове с номера 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03 и 59718-00 – **минимум двама;**

- за клиника/отделение по неврохирургия - четирима със специалност по неврохирургия. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика и/или специалист по неврохирургия, притежаващи свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет) и/или специалист по неврохирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация за ВСМД „Ендоваскуларна неврохирургия" (издадено от Ректор на медицински университет).

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. Допуска се 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 150 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

катетър за интракоронарен ултразвук	НЗОК не заплаща посоченото изделие
катетър за вътресъдова оценка - ОСТ	НЗОК не заплаща посоченото изделие

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

На инвазивно изследване подлежат пациенти при изчерпани диагностични възможности за неивазивни изследвания на сърдечно-съдовата система, доказано с медицинска документация.

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план..

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Инвазивна диагностика на болни със сърдечно-съдови заболявания с необходимост от извършване на лява сърдечна катетеризация и ангиография при:

- болни, индицирани за сърдечна хирургия;
- ИБС - всички форми;
- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци;
- кардиомиопатии;
- ритъмни и проводни нарушения;
- сърдечна недостатъчност;
- болести на перикарда;
- инфекциозни заболявания на миокарда, ендокарда и клапния апарат;
- заболявания на аортата и големите съдове.

2. Инвазивна диагностика на болни със сърдечно-съдови заболявания с необходимост от извършване на дясна сърдечна катетеризация и ангиография при:

- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци;
- болести на перикарда;
- кардиомиопатии;
- пулмонална хипертония;
- белодробен инфаркт;
- сърдечна недостатъчност;
- ИБС - всички форми;
- аномалии на белодробните съдове;
- вродени и придобити съдови аномалии;
- инфекциозни заболявания на миокарда, ендокарда и клапния апарат.

3. Извършване на коронарография при:

- исхемична болест на сърцето (ИБС) - всички форми; в т. ч. болни с остър миокарден инфаркт (ОМИ), насочени от друго лечебно заведение, в първите 24 часа от хоспитализацията;
- болни с нестабилна стенокардия и висок риск - за инвазивна оценка на коронарната анатомия - насочени след първите 24 часа от хоспитализацията при извършена оценка на риска;
- вродени сърдечни малформации и аномалии на коронарните артерии;
- придобити сърдечни пороци;
- кардиомиопатии;
- ритъмни и проводни нарушения;
- сърдечна недостатъчност;
- инфекциозни заболявания на миокарда, ендокарда и клапния апарат;
- заболявания на аортата и големите органни съдове.

4. Извършване на артериография при:

- болести на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други органни артерии;
- вродени аномалии и придобити състояния на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други органни артерии;
- болести на аортата - вродени и придобити.

5. Извършване на флебография при:

- флебит, тромбофлебит;
- постфлебитен синдром;

- венозни флебити и тромбози;
- синдром на вена кава;
- вродени аномалии на кръвоносната система;
- травми на кръвоносни съдове с различна локализация.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При пациенти с три и/или многоклонова коронарна болест, както и при съпътстващи оперативни клапни лезии, рещението за вида реваскуларизация се взема от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, въз основа на актуалните Европейски ръководни правила.

Лява сърдечна катетеризация, включваща селективна коронарна ангиография и лява вентрикулография и аортография, се провежда при болни със съмнение за ИБС, доказана чрез неинвазивни изследвания (ЕКГ, ехокардиография, лабораторни изследвания), при всички болни с предстояща сърдечна операция, както и при болни с вродени и придобити сърдечни пороци. При последната група се налага извършването и на **дясна сърдечна катетеризация.** Обемът на сърдечната катетеризация при всеки болен се преценява индивидуално според клиничното състояние и данните от неинвазивните изследвания.

Аортоартериография, селективна артериография, флебография се извършват при пациенти с цел поставяне на точна диагноза, допълваща данните получени от неинвазивни методи на изследване и определяне терапевтичното поведение.

Интервенционалните, терапевтичните методи, като емболизация, ангиопластика, апликация на вена кава филтри, тромболиза, се осъществяват като методи на изчерпващо лечение или предоперативна подготовка.

Провеждане на медикаментозно лечение:

1. нитропрепарати – и.в., шпрей, сублингвални, перорални;
2. антитромбозни – антикоагуланти (нефракциониран хепарин, нискомолекулярен хепарин); антитромбоцитни – ацетилсалицилова киселина, клопидогрел, IIB-IIIA блокери; фибринолитици;
3. антиаритмици – и.в. и перорални;
4. симпатикомиметици – допамин, добутамин, норадреналин;
5. обезболяващи – морфин, фентанил, петидин;
6. АСЕ – инхибитори;
7. калциеви антагонисти;
8. статини/фибрати;
9. симпатиколитици;
10. инфузионни разтвори;
11. бета - блокери;
12. антибиотици;
13. кортикостероиди;
14. мозъчнопротективни средства;
15. седативни медикаменти;
16. локален анестетик;
17. антиалергични средства;
18. специфични вазодилататори на белодробните артерии.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Болният се дехоспитализира, когато в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведеното интервенционално лечение, е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за:

- стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:
- екстубиран пациент с трайно спонтанно дишане;
- стабилна хемодинамика, с проведен контрол на хемодинамичните показатели (пулс, артериално налягане), в деня на дехоспитализацията;
- стабилно клинично състояние;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология (детска кардиология/детска ревмокардиология) или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Инвазивна кардиология” или “Инвазивна детска кардиология”, остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършената ангиографска, инвазивна процедура се записва на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: ..... МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				разрешение за откриване на болнична аптека			
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *" Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури " - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *" Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури " - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

- ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ /МИ/, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНАТА ПРОЦЕДУРА;

ДОКУМЕНТ №4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ДИАГНОСТИЧНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ. ЛЯВА И ДЯСНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

Исхемичната болест на сърцето е най-честото заболяване, срещано в развитите страни. Изразява се в развитието на различно по степен стеснение на съдовете, хранещи сърдечния мускул (коронарни артерии). Най-тежката проява е миокардният инфаркт. Това е и най-честата причина за смърт в развитите страни.

Заболяванията на клапния апарат на сърцето се наричат сърдечни пороци. Те могат да бъдат вродени и придобити. За правилна оценка на всички тези заболявания е необходимо провеждането на лява и/или дясна сърдечна катетеризация.

Сърдечната катетеризация е високоспециализирано изследване, което се осъществява чрез пункция на артерията и/или вената на бедрото или ръката и вкарване през специални катетри на контрастно вещество в артериите, хранещи сърцето, сърдечните кухини и аортата, под рентгенов контрол. По такъв начин се получава точна информация за евентуално наличие на стеснение и/или запушвания на артериите на сърцето, както и промени в сърдечните кухини и клапи, които са причина за Вашите оплаквания. Това ще даде възможност да се прецени дали е необходимо извършване на допълнителна интервенция по метода на сърдечната катетеризация или пък е уместно да Ви бъде предложена сърдечна операция - аорто-коронарен байпас или клапно протезиране. Приложеното йонизиращо лъчение по време на изследването не застрашава Вашето здраве.

СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПРИ ДЕЦА

Интракардиалните изследвания са високоспециализирани изследвания, които се извършват при деца с вродени сърдечни малформации (ВСМ) с оглед уточняване на диагнозата или детайли от нея, или за следоперативна оценка на хемодинамиката.

Изследването се извършва в специализирана лаборатория под рентгенов контрол. След пункция на венозен и/или артериален съд в областта на крака се въвежда специален катетър, с помощта на който се достига до сърдечните кухини, измерва се налягането в тях и се вземат проби кръв. Всяко изследване завършва с ангиография, т. е. изобразяване на сърдечните структури чрез впръскване на контрастно вещество.

Вашето дете няма да усеща болка, защото на мястото на убождането ще бъде поставена местна упойка, а на детето ще се приложи обща венозна упойка, за да спи. При деца под една година или под 10 кг, а също при деца в тежко състояние, когато изследването е с повишен риск за детето, то се извършва под обща упойка и се включва апарат за изкуствено дишане. Вашето дете ще наблюдава и от анестезиолог. В деня на изследването детето трябва да е гладно. След приключването му най-често детето остава в отделението за реанимация, колкото е необходимо.

Рискове от интракардиалното изследване има, но те са редки, най-често леки и преодолими и зависят от възрастта на детето, вида и тежестта на заболяването. На мястото на убождането може да се получи подутина от подкожно кървене, което най-често се преодолява чрез продължително притискане на мястото на убождане и много рядко налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с катетрите в сърцето могат да настъпят нарушения на сърдечния ритъм, които най-често се овладяват с медикаменти и в редки случаи могат да застрашат живота на детето. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечна кухина. Възможни са и алергични реакции към контрастното вещество, но те обикновено са леки и бързо отзвучават. Информация относно самото изследване, възможните усложнения, както и резултатите от него ще получите от лекарите от екипа, който го извършва.

АОРТОАРТЕРИОГРАФИЯ. ФЛЕБОГРАФИЯ

Изследването, което се налага да Ви бъде извършено, може да се осъществи само ако Вие предварително дадете съгласието си.

За тази цел, Вие се нуждаете от разяснение за това, какво точно ще Ви бъде направено по време на диагностичната и лечебна манипулации и възможните след тях усложнения.

Аортоартериографията е инвазивен рентгенов метод за изобразяване на артериални съдове.

След въвеждането на катетър в аортната дъга, последователно се прониква в двете сънни артерии и двете шийни артерии.

След инжектиране на контрастното вещество се получава изобразяване на четирите магистрални съда на мозъка. Последователно се правят лицеви и профилни рентгенографии или ако допълнително се налага – други проекции.

С този метод се установяват промени в съдовете - запушване на артерии и вени, вродени аномалии, аневризми, травматични изменения на съдовете, спазми и др.

По време на инжектирането на контрастната материя, може да почувствате затопляне в областта на изследвания артериален съд, което е бързопреходно.

Необходимо е стриктно да спазвате указанията на оперативния екип за бързото и точно провеждане на изследването.

Получените образи се филмират, анализират и допълнително обработват, с оглед да се изгради сигурна ангиографска диагноза.

Възможни усложнения:

1. Алергична реакция към контрастната материя, дезинфекционни материали и медикаменти за местна анестезия. Ето защо Вие сте задължен за съобщите за евентуална алергия към медикаменти, храни, полени, домашен прах и др. на лекуващият Ви лекар и на лекаря, провеждащ ангиографското изследване преди извършването му, за да бъдете предварително медикаментозно подготвен. Ако получите алергична реакция след изследването, веднага сигнализирайте на лекуващия лекар или на медицинската сестра.

2. Хематом в мястото на пункцията.

3. Преходни съдови спазми, които могат да доведат до преходни зрителни, двигателни и сетивни нарушения, или преходно влошаване на съществуващите симптоми и белези на основното Ви заболяване.

Необходимо е да уведомите веднага, оперативният екип за всички промени в състоянието Ви по време на изследването.

Изход от КП № 17

„Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания“

Отчетен период (месец)				
1	**2**	**3**	**4**	**5**
ЕГН на пациенти по КП № 17.1, с извършена коронарография: кодове на процедури по КСМП: 59903-01; 59903-00; 38215-00 ; 38215-00; 38215-00	Пациенти, преминали към интервенционални КП: № 21, 22, 23, 24, 20, 26 и 28	Пациенти, насочени за кардиохирургично/ неврохирургично или съдово хирургично лечение	Пациенти, извън посочените в колони 2 и 3, (с болести на миокарда и перикарда, БХ, симптоматични клапни пороци, очакващи сърдечна трансплантация), показани за инвазивна оценка за изключване на коронарна болест	Пациенти, които поради нормална ангиографска находка не преминават за лечение по други клинични пътеки

общо	**общо**	**общо**	**общо**	**общо**

Отчетът по КП 17 се прилага от всички лечебни заведения, работещи по тази клинична пътека, и се предава заедно с месечните отчети.

В случай, че броят на пациентите, при които след извършена коронарография се установява ангиографска находка без патологични промени (колона 5), е над 30% от общия брой пациенти с извършена коронарография (колона 1), това е повод за извършване на проверка от НЗОК и случаите над 30% се заплащат с 30% занижение на цената на КП.

КП № 17 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП № 17.2 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

2.2, 2.3 и 3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ИНВАЗИВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

Ексцизионни процедури на миокард

38418-03 Биопсия на миокард
Биопсия на сърце БДУ
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

1927 Морфологични изследвания

91914-20 Хистобиопсично изследване на две и повече проби от миокард

Електрофизиологични изследвания [EPS]

38212-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра
Тест с антиаритмични медикаменти
Комплексно изследване на камерна тахикардия
Индукция на камерна тахикардия
Интраоперативно сърдечно мапиране
Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

38209-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра
Изследване на:
• атриовентрикуларна проводимост
• функция на синусов възел
• синкоп
Обикновено изследване на камерна тахикардия
Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

38207-00 Оценка на коронарния резерв, чрез прилагане на специална катетърна методика FFR

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

59903-03 Аортография
Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Артериография

59970-03 Периферна артериография

59970-04 Друга артериография

Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])
такава на:
• аорта (59903-03 [1990])
• мозъчен съд (59970-02 [1990])
• коронарна артерия (38218 [668])
• периферна артерия (59970-03 [1989])

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

Коронарна ангиография

Кодирай също когато е направена:
• аортография (59903-03 [1990])
• вентрикулография (59903 [607])

38215-00 Коронарна ангиография

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
• използвайки:
• мапиране с цветен поток
• Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
• механично секторно сканиране
• трансдюсер с фазово излъчване

• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

55131-00 Интраваскуларен ултразвук на сърце (IVUS)

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

1924 Биохимична изследвания

91910-28 Креатинкиназа (КК)

По преценка:

1934 Други лабораторни изследвания

91911-01 Изследване на MB фракция на креатинкиназа

91911-02 Количествено изследване на тропонин I

11208-00 Оптична кохерентна томография (OCT)

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарден пейсмейкър
Не включва: изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода

38256-00 Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие

38256-01 Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп

• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-10 Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, (от които едната е задължително инвазивна) и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица Кодове на основни процедури. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, като всички кодове на изследвания от блока се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП, като същевременно следва да бъде изпълнено условието, „Включва следните медико-диагностични изследвания: ПКК, хемостазеологичен статус - аРТТ, МВ и тропонин – по преценка.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

След биопсия на миокарда (код 38418-03**), задължително се извършва хистологично изследване – отчита се с код** 91914-20 Хистобиопсично изследване на две и повече проби от миокард**.**

При необходимост и след преценка от лекуващия екип се прилага временна кардиостимулация. При код 38256-00 или 38256-01 „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система“, лечебното заведение се отчита с „Направление за

хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) и “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура” в графата „фабричен номер”. Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода. Неразделна част от ИЗ на пациента става** “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура”**за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

Процедурата ангиография се счита за изпълнена, когато контрастната материя е впръскана селективно и директно в изследваните съдове.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

Кодове с номера от 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03 и от 59718-00 се отнасят и се изпълняват и от лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет.

.Клиника по съдова хирургия може да изпълнява само инвазивните диагностични процедури с кодове: 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03**;** 59718-00 **и** 59718-00**.**

Клиничната пътека се заплаща до 2 пъти годишно за едно ЗОЛ за определен съдов сектор.

При пациенти с три и/или многоклонова коронарна болест, както и при съпътстващи оперативни клапни лезии, рещението за вида реваскуларизация се взема от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, въз основа на актуалните Европейски ръководни правила.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", в обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия", в обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия", в обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на трето ниво на на компетентност.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура

1. Клиника/отделение по детска кардиология **или** Клиника/отделение по съдова хирургия **или** Клиника/отделение по неврохирургия
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала, с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол **или** Ангиографска (процедурна) зала с ангиографска уредба, с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение) само за клиника/отделение по образна диагностика; съдова хирургия; неврохирургия, оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – ехокардиография, с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура, тъй като съгласно медицинския стандарт по „Кардиология" задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути **или** Отделение по сърдечна хирургия
2. КТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност (за КТ – минимум 16-детекторен),
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология – четирима лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология, двама лекари, притежаващи допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ; един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;

- за клиника/отделение по съдова хирургия – в структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната

правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет - за кодове с номера от 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03 и от 59718-00 – **минимум двама;**

- за клиника/отделение по неврохирургия - четирима със специалност по неврохирургия. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика и/или специалист по неврохирургия, притежаващи свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет) и/или специалист по неврохирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация за ВСМД „Ендоваскуларна неврохирургия" (издадено от Ректор на медицински университет).- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часово непрекъснат режим на работа (**разположение)** на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

4. ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 150-минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

катетър за интракоронарен ултразвук	НЗОК не заплаща посоченото изделие
катетър за вътресъдова оценка - ОСТ	НЗОК не заплаща посоченото изделие

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

На инвазивно изследване подлежат пациенти при изчерпани диагностични възможности за неивазивни изследвания на сърдечно-съдовата система, доказано с медицинска документация.

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план..

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Инвазивна диагностика на болни със сърдечно-съдови заболявания с необходимост от извършване на лява сърдечна катетеризация и ангиография при:

- болни, индицирани за сърдечна хирургия;
- ИБС - всички форми;

- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци;
- кардиомиопатии;
- ритъмни и проводни нарушения;
- сърдечна недостатъчност;
- болести на перикарда;
- инфекциозни заболявания на миокарда, ендокарда и клапния апарат;
- заболявания на аортата и големите съдове.

2. Инвазивна диагностика на болни със сърдечно-съдови заболявания с необходимост от извършване на дясна сърдечна катетеризация и ангиография при:

- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци;
- болести на перикарда;
- кардиомиопатии;
- пулмонална хипертония;
- белодробен инфаркт;
- сърдечна недостатъчност;
- ИБС - всички форми;
- аномалии на белодробните съдове;
- вродени и придобити съдови аномалии;
- инфекциозни заболявания на миокарда, ендокарда и клапния апарат.

3. Извършване на коронарография при:

- исхемична болест на сърцето (ИБС) - всички форми; в т. ч. болни с остър миокарден инфаркт (ОМИ), насочени от друго лечебно заведение, в първите 24 часа от хоспитализацията;
- болни с нестабилна стенокардия и висок риск - за инвазивна оценка на коронарната анатомия - насочени след първите 24 часа от хоспитализацията при извършена оценка на риска;
- вродени сърдечни малформации и аномалии на коронарните артерии;
- придобити сърдечни пороци;
- кардиомиопатии;
- ритъмни и проводни нарушения;
- сърдечна недостатъчност;
- инфекциозни заболявания на миокарда, ендокарда и клапния апарат;
- заболявания на аортата и големите органни съдове.

4. Извършване на артериография при:

- болести на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други органни артерии;
- вродени аномалии и придобити състояния на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други органни артерии;
- болести на аортата - вродени и придобити.

5. Извършване на флебография при:

- флебит, тромбофлебит;
- постфлебитен синдром;
- венозни флебити и тромбози;
- синдром на вена кава;
- вродени аномалии на кръвоносната система;
- травми на кръвоносни съдове с различна локализация.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При пациенти с три и/или многоклонова коронарна болест, както и при съпътстващи оперативни клапни лезии, рещението за вида реваскуларизация се взема от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, въз основа на актуалните Европейски ръководни правила.

Лява сърдечна катетеризация, включваща селективна коронарна ангиография и лява вентрикулография и аортография, се провежда при болни със съмнение за ИБС, доказана чрез неинвазивни изследвания (ЕКГ, ехокардиография, лабораторни изследвания), при всички болни с предстояща сърдечна операция, както и при болни с вродени и придобити сърдечни пороци. При последната група се налага извършването и на **дясна сърдечна катетеризация.** Обемът на сърдечната катетеризация при всеки болен се преценява индивидуално според клиничното състояние и данните от неинвазивните изследвания.

Аортоартериография, селективна артериография, флебография се извършват при пациенти с цел поставяне на точна диагноза, допълваща данните получени от неинвазивни методи на изследване и определяне терапевтичното поведение.

Интервенционалните, терапевтичните методи, като емболизация, ангиопластика, апликация на вена кава филтри, тромболиза, се осъществяват като методи на изчерпващо лечение или предоперативна подготовка.

Провеждане на медикаментозно лечение:

1. нитропрепарати – и.в., шпрей, сублингвални, перорални;
2. антитромбозни – антикоагуланти (нефракциониран хепарин, нискомолекулярен хепарин); антитромбоцитни – ацетилсалицилова киселина, клопидогрел, IIB-IIIA блокери; фибринолитици;
3. антиаритмици – и.в. и перорални;
4. симпатикомиметици – допамин, добутамин, норадреналин;
5. обезболяващи – морфин, фентанил, петидин;
6. АСЕ – инхибитори;
7. калциеви антагонисти;
8. статини/фибрати;
9. симпатиколитици;
10. инфузионни разтвори;
11. бета - блокери;
12. антибиотици;
13. кортикостероиди;
14. мозъчнопротективни средства;
15. седативни медикаменти;
16. локален анестетик;
17. антиалергични средства;
18. специфични вазодилататори на белодробните артерии.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Болният се дехоспитализира, когато в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведеното интервенционално лечение, е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за:

- стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:
- екстубиран пациент с трайно спонтанно дишане;
- стабилна хемодинамика, с проведен контрол на хемодинамичните показатели (пулс, артериално налягане), в деня на дехоспитализацията;
- стабилно клинично състояние;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология (детска кардиология/детска ревмокардиология) или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология", остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършената ангиографска, инвазивна процедура се записва на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.

Клинична процедура ..... №. ☐☐.

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *" Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури " - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *" Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури " - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

- ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ /МИ/, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНАТА ПРОЦЕДУРА;

ДОКУМЕНТ №4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ДИАГНОСТИЧНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ. ЛЯВА И ДЯСНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

Исхемичната болест на сърцето е най-честото заболяване, срещано в развитите страни. Изразява се в развитието на различно по степен стеснение на съдовете, хранещи сърдечния мускул (коронарни артерии). Най-тежката проява е миокардният инфаркт. Това е и най-честата причина за смърт в развитите страни.

Заболяванията на клапния апарат на сърцето се наричат сърдечни пороци. Те могат да бъдат вродени и придобити. За правилна оценка на всички тези заболявания е необходимо провеждането на лява и/или дясна сърдечна катетеризация.

Сърдечната катетеризация е високоспециализирано изследване, което се осъществява чрез пункция на артерията и/или вената на бедрото или ръката и вкарване през специални катетри на контрастно вещество в артериите, хранещи сърцето, сърдечните кухини и аортата, под рентгенов контрол. По такъв начин се получава точна информация за евентуално наличие на стеснение и/или запушвания на артериите на сърцето, както и промени в сърдечните кухини и клапи, които са причина за Вашите оплаквания. Това ще даде възможност да се прецени дали е необходимо извършване на допълнителна интервенция по метода на сърдечната катетеризация или пък е уместно да Ви бъде предложена сърдечна операция - аорто-коронарен байпас или клапно протезиране. Приложеното йонизиращо лъчение по време на изследването не застрашава Вашето здраве.

СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПРИ ДЕЦА

Интракардиалните изследвания са високоспециализирани изследвания, които се извършват при деца с вродени сърдечни малформации (ВСМ) с оглед уточняване на диагнозата или детайли от нея, или за следоперативна оценка на хемодинамиката.

Изследването се извършва в специализирана лаборатория под рентгенов контрол. След пункция на венозен и/или артериален съд в областта на крака се въвежда специален катетър, с помощта на който се достига до сърдечните кухини, измерва се налягането в тях и се вземат проби кръв. Всяко изследване завършва с ангиография, т. е. изобразяване на сърдечните структури чрез впръскване на контрастно вещество.

Вашето дете няма да усеща болка, защото на мястото на убождането ще бъде поставена местна упойка, а на детето ще се приложи обща венозна упойка, за да спи. При деца под една година или под 10 кг, а също при деца в тежко състояние, когато изследването е с повишен риск за детето, то се извършва под обща упойка и се включва апарат за изкуствено дишане. Вашето дете ще наблюдава и от анестезиолог. В деня на изследването детето трябва да е гладно. След приключването му най-често детето остава в отделението за реанимация, колкото е необходимо.

Рискове от интракардиалното изследване има, но те са редки, най-често леки и преодолими и зависят от възрастта на детето, вида и тежестта на заболяването. На мястото на убождането може да се получи подутина от подкожно кървене, което най-често се преодолява чрез продължително притискане на мястото на убождане и много рядко налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с катетрите в сърцето могат да настъпят нарушения на сърдечния ритъм, които най-често се овладяват с медикаменти и в редки случаи могат да застрашат живота на детето. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечна кухина. Възможни са и алергични реакции към контрастното вещество, но те обикновено са леки и бързо отзвучават. Информация относно самото изследване, възможните усложнения, както и резултатите от него ще получите от лекарите от екипа, който го извършва.

АОРТОАРТЕРИОГРАФИЯ. ФЛЕБОГРАФИЯ

Изследването, което се налага да Ви бъде извършено, може да се осъществи само ако Вие предварително дадете съгласието си.

За тази цел, Вие се нуждаете от разяснение за това, какво точно ще Ви бъде направено по време на диагностичната и лечебна манипулации и възможните след тях усложнения.

Аортоартериографията е инвазивен рентгенов метод за изобразяване на артериални съдове.

След въвеждането на катетър в аортната дъга, последователно се прониква в двете сънни артерии и двете шийни артерии.

След инжектиране на контрастното вещество се получава изобразяване на четирите магистрални съда на мозъка. Последователно се правят лицеви и профилни рентгенографии или ако допълнително се налага – други проекции.

С този метод се установяват промени в съдовете - запушване на артерии и вени, вродени аномалии, аневризми, травматични изменения на съдовете, спазми и др.

По време на инжектирането на контрастната материя, може да почувствате затопляне в областта на изследвания артериален съд, което е бързопреходно.

Необходимо е стриктно да спазвате указанията на оперативния екип за бързото и точно провеждане на изследването.

Получените образи се филмират, анализират и допълнително обработват, с оглед да се изгради сигурна ангиографска диагноза.

Възможни усложнения:

1. Алергична реакция към контрастната материя, дезинфекционни материали и медикаменти за местна анестезия. Ето защо Вие сте задължен за съобщите за евентуална алергия към медикаменти, храни, полени, домашен прах и др. на лекуващият Ви лекар и на лекаря, провеждащ ангиографското изследване преди извършването му, за да бъдете предварително медикаментозно подготвен. Ако получите алергична реакция след изследването, веднага сигнализирайте на лекуващия лекар или на медицинската сестра.

2. Хематом в мястото на пункцията.

3. Преходни съдови спазми, които могат да доведат до преходни зрителни, двигателни и сетивни нарушения, или преходно влошаване на съществуващите симптоми и белези на основното Ви заболяване.

Необходимо е да уведомите веднага, оперативният екип за всички промени в състоянието Ви по време на изследването.

Изход от КП № 17.2

„Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания“

Отчетен период (месец)				
1	**2**	**3**	**4**	**5**
ЕГН на пациенти по КП № 17, с извършена коронарография: кодове на процедури по КСМП: 59903-01; 59903-00; 38215-00 ; 38215-00; 38215-00	Пациенти, преминали към интервенционални КП: № 21, 22, 23, 24, 20, 26 и 28	Пациенти, насочени за кардиохирургично/ неврохирургично или съдово хирургично лечение	Пациенти, извън посочените в колони 2 и 3, (с болести на миокарда и перикарда, БХ, симптоматични клапни пороци, очакващи сърдечна трансплантация), показани за инвазивна оценка за изключване на коронарна болест	Пациенти, които поради нормална ангиографска находка не преминават за лечение по други клинични пътеки

общо	**общо**	**общо**	**общо**	**общо**

Отчетът по КП 17.2 се прилага от всички лечебни заведения, работещи по тази клинична пътека, и се предава заедно с месечните отчети.

В случай, че броят на пациентите, при които след извършена коронарография се установява ангиографска находка без патологични промени (колона 5), е над 30% от общия брой пациенти с извършена коронарография (колона 1), това е повод за извършване на проверка от НЗОК и случаите над 30% се заплащат с 30% занижение на цената на КП.

КП № 18 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО - СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

КП № 18.1 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО - СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.3 и 3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

Електрофизиологични изследвания [EPS]

38212-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра
Тест с антиаритмични медикаменти
Комплексно изследване на камерна тахикардия
Индукция на камерна тахикардия
Интраоперативно сърдечно мапиране

Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

Електрофизиологични изследвания [EPS]

38209-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра
Изследване на:
• атриовентрикуларна проводимост
• функция на синусов възел
• синкоп
Обикновено изследване на камерна тахикардия

Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

59903-03 Аортография

Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

59970-03 Периферна артериография

59970-04 Друга артериография

Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])
такава на:
• аорта (59903-03 [1990])
• мозъчен съд (59970-02 [1990])

• коронарна артерия (38218 [668])
• периферна артерия (59970-03 [1989])

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

38215-00 Коронарна ангиография

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална

• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени една основна диагностична и две основни терапевтични процедури (едната от които задължително е с код 13882-00 или 13882-01 или 13882-02, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Процедурата ангиография се счита за изпълнена, когато контрастната материя е впръскана селективно и директно в изследваните съдове. Рентгеновите филми или друг носител на посочените изследвания се прикрепват към ИЗ.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

Кодове с номера от 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03 и от 59718-00 се отнасят и се изпълняват и от лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за

професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет.

Клиника по съдова хирургия може да изпълнява само инвазивните диагностични процедури с кодове: 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03; 59718-00 **и** 59718-00.

Клиничната пътека се заплаща до 2 пъти годишно за едно ЗОЛ за определен съдов сектор.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия", в обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на трето ниво на компететнтност, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология **или** Клиника/отделение по съдова хирургия **или** Клиника/отделение по неврохирургия
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол **или** Ангиографска (процедурна) зала с ангиографска уредба с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение) към клиника/отделение по образна диагностика, съдова хирургия и неврохирургия), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура, тъй като съгласно медицинския стандарт по

„Кардиология" задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност (за КТ – минимум 16-детекторен),
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА. И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност "Инвазивна кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ.

или

в клиника/отделение по инвазивна кардиология – **двама** кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност "Инвазивна кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- в клиника/отделение по съдова хирургия – в структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет - за кодове с номера от 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03 и от 59718-00 – **минимум двама**;

- за клиника/отделение по неврохирургия - четирима със специалност по неврохирургия. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет) и/или специалист по неврохирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация за ВСМД „Ендоваскуларна неврохирургия" (издадено от Ректор на медицински университет);

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 150 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Инвазивна диагностика на заболявания на сърдечно-съдовата система с механична вентилация:

1.1. Извършване на лява сърдечна катетеризация при:

- **болни, индицирани за сърдечна хирургия;**
- **ИБС - всички форми;**
- **вродени сърдечни малформации;**
- **придобити сърдечни пороци;**
- **кардиомиопатии;**
- **камерни тахиаритмии;**
- **сърдечна недостатъчност.**

1.2. Извършване на дясна сърдечна катетеризация при:

- **вродени сърдечни малформации;**
- **придобити сърдечни пороци;**
- **констриктивен перикардит;**

- **кардиомиопатии;**
- **първична пулмонална хипертония;**
- **белодробен инфаркт;**
- **сърдечна недостатъчност;**
- **ИБС - всички форми;**
- **аномалии на белодробните съдове;**
- **вродени и придобити съдови аномалии.**

1.3. Извършване на коронарография при:

- **ИБС - всички форми;**
- **вродени сърдечни малформации и аномалии на коронарните артерии;**
- **придобити сърдечни пороци;**
- **кардиомиопатии;**
- **камерни тахиаритмии;**
- **сърдечна недостатъчност.**

1.4. Извършване на артериография при:

- **болести на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други артерии;**
- **вродени аномалии и придобити състояния на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други артерии;**
- **болести на аортата - вродени и придобити.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лява сърдечна катетеризация, включваща селективна коронарна ангиография и лява вентрикулография и аортография, се провежда при болни със съмнение за ИБС, доказана чрез неинвазивни изследвания (ЕКГ, ехокардиография, лабораторни изследвания), при всички болни с предстояща сърдечна операция, както и при болни с вродени и придобити сърдечни пороци. При последната група се налага извършването и на **дясна сърдечна катетеризация**. . Обемът на сърдечната катетеризация при всеки болен се преценява индивидуално според клиничното състояние и данните от неинвазивните изследвания.

Провеждане на медикаментозно лечение:

1. нитропрепарати – и.в., шпрей, сублингвални, перорални;
2. антитромбозни – антикоагуланти (нефракциониран хепарин, нискомолекулярен хепарин); антитромбоцитни – ацетилсалицилова киселина, клопидогрел, IIB-IIIA блокери; фибринолитици;
3. антиаритмици – и.в. и перорални;
4. симпатикомиметици – допамин, добутамин, норадреналин;
5. обезболяващи – морфин, фентанил, петидин;
6. АСЕ – инхибитори;
7. калциеви антагонисти;
8. статини/фибрати;
9. симпатиколитици;
10. инфузионни разтвори;
11. бета - блокери;
12. антибиотици;
13. кортикостероиди;

14. мозъчнопротективни средства;

15. седативни медикаменти;

16. локален анестетик;

17. антиалергични средства

18. специфични вазодилататори на белодробните артерии.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Болният се дехоспитализира, когато в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведеното интервенционално лечение, е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- стабилна хемодинамика, с проведен контрол на хемодинамичните показатели (пулс, артериално налягане), в деня преди дехоспитализацията;
- стабилно клинично състояние;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия..

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология (детска кардиология/детска ревмокардиология) или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология", остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършената ангиографска, инвазивна процедура се записва на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *" Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *" Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ЛЯВА И ДЯСНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

Исхемичната болест на сърцето е най-честото заболяване, срещано в развитите страни. Изразява се в развитието на различно по степен стеснение на съдовете, хранещи сърдечния мускул (коронарни артерии). Най-тежката проява е миокардният инфаркт. Това е и най-честата причина за смърт в развитите страни.

Заболяванията на клапния апарат на сърцето се наричат сърдечни пороци. Те могат да бъдат вродени и придобити. За правилна оценка на всички тези заболявания е необходимо провеждането на лява и/или дясна сърдечна катетеризация.

Сърдечната катетеризация е високоспециализирано изследване, което се осъществява чрез пункция на артерията и/или вената на бедрото или ръката и вкарване през специални катетри на контрастно вещество в артериите, хранещи сърцето, сърдечните кухини и аортата, под рентгенов контрол. По такъв начин се получава точна информация за евентуално наличие на стеснение и/или запушвания на артериите на сърцето, както и промени в сърдечните кухини и клапи, които са причина за Вашите оплаквания. Това ще даде възможност да се прецени дали е необходимо извършване на допълнителна интервенция по метода на сърдечната катетеризация или пък е уместно да Ви бъде предложена сърдечна операция – аорто-коронарен байпас или клапно протезиране. Приложеното йонизиращо лъчение по време на изследването не застрашава Вашето здраве.

СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПРИ ДЕЦА

Интракардиалните изследвания са високоспециализирани изследвания, които се извършват при деца с вродени сърдечни малформации (ВСМ) с оглед уточняване на диагнозата или детайли от нея, или за следоперативна оценка на хемодинамиката.

Изследването се извършва в специализирана лаборатория под рентгенов контрол. След пункция на венозен и/или артериален съд в областта на крака се въвежда специален катетър, с помощта на който се достига до сърдечните кухини, измерва се налягането в тях и се вземат проби кръв. Всяко изследване завършва с ангиография, т. е. изобразяване на сърдечните структури чрез впръскване на контрастно вещество.

Вашето дете няма да усеща болка, защото на мястото на убождането ще бъде поставена местна упойка, а на детето ще се приложи обща венозна упойка, за да спи. При деца под една година или под 10 кг, а също при деца в тежко състояние, когато изследването е с повишен риск за детето, то се извършва под обща упойка и се включва апарат за изкуствено дишане. Вашето дете ще наблюдава и от анестезиолог.

В деня на изследването детето трябва да е гладно. След приключването му най- често детето остава в отделението за реанимация, колкото е необходимо.

Рискове от интракардиалното изследване има, но те са редки, най-често леки и преодолими и зависят от възрастта на детето, вида и тежестта на заболяването. На мястото на убождането може да се получи подутина от подкожно кървене, което най-често се преодолява чрез продължително притискане на мястото на убождането и много рядко налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с катетрите в сърцето могат да настъпят нарушения на сърдечния ритъм, които най-често се овладяват с медикаменти и в редки случаи могат да застрашат живота на детето. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечна кухина. Възможни са и алергични реакции към контрастното вещество, но те обикновено са леки и бързо отзвучават. Информация относно самото изследване, възможните усложнения, както и резултатите от него ще получите от лекарите от екипа, който го извършва.

Отчетен период (месец)				
1	**2**	**3**	**4**	**5**
ЕГН на пациенти по КП № 18.1, с извършена коронарография: кодове на процедури по КСМП: 59903-01; 59903-00; 38215-00 ; 38215-00; 38215-00	Пациенти, преминали към интервенционални КП: № 21, 22, 23, 24, 20, 26 и 28	Пациенти, насочени за кардиохирургично/ неврохирургично или съдово хирургично лечение	Пациенти, извън посочените в колони 2 и 3, (с болести на миокарда и перикарда, БХ, симптоматични клапни пороци, очакващи сърдечна трансплантация), показани за инвазивна оценка за изключване на коронарна болест	Пациенти, които поради нормална ангиографска находка не преминават за лечение по други клинични пътеки
общо	**общо**	**общо**	**общо**	**общо**

Отчетът по КП 18.1 се прилага от всички лечебни заведения, работещи по тази клинична пътека, и се предава заедно с месечните отчети.

В случай, че броят на пациентите, при които след извършена коронарография се установява ангиографска находка без патологични промени (*колона 5*), е над 30% от общия брой пациенти с извършена коронарография (*колона 1*), това е повод за извършване на проверка от НЗОК и случаите над 30% се заплащат с 30% занижение на цената на КП.

КП № 18 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО - СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ
КП № 18.2 ИНВАЗИВНА ДИАГНОСТИКА ПРИ СЪРДЕЧНО - СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.3 и 3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

Електрофизиологични изследвания [EPS]

38212-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра
Тест с антиаритмични медикаменти
Комплексно изследване на камерна тахикардия
Индукция на камерна тахикардия
Интраоперативно сърдечно мапиране

Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

Електрофизиологични изследвания [EPS]

38209-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра
Изследване на:
• атриовентрикуларна проводимост
• функция на синусов възел
• синкоп
Обикновено изследване на камерна тахикардия

Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

59903-03 Аортография

Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Артериография

59970-03 Периферна артериография

59970-04 Друга артериография

Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])
такава на:

• аорта (59903-03 [1990])
• мозъчен съд (59970-02 [1990])
• коронарна артерия (38218 [668])
• периферна артерия (59970-03 [1989])

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

Коронарна ангиография

Кодирай също когато е направена:
• аортография (59903-03 [1990])
• вентрикулография (59903 [607])

38215-00 Коронарна ангиография

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени една основна диагностична и две основни терапевтични процедури (едната от които задължително е с код 13882-00 или 13882-01 или 13882-02, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Процедурата ангиография се счита за изпълнена, когато контрастната материя е впръскана селективно и директно в изследваните съдове. Рентгеновите филми или друг носител на посочените изследвания се прикрепват към ИЗ.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

Кодове с номера от 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03) и от 59718-00 се отнасят

и се изпълняват и от лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет.

Клиника по съдова хирургия може да изпълнява само инвазивните диагностични процедури с кодове: 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03; 59718-00 **и** 59718-00**.**

Клиничната пътека се заплаща до 2 пъти годишно за едно ЗОЛ за определен съдов сектор.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия", в обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на трето ниво на компететнтност, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска кардиология **или** Клиника/отделение по съдова хирургия **или** Клиника/отделение по неврохирургия
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол **или** Ангиографска (процедурна) зала с ангиографска уредба с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение) към клиника/отделение по образна диагностика, съдова хирургия и неврохирургия), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – ехокардиография с възможност за

неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура, тъй като съгласно медицинския стандарт по „Кардиология" задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност (за КТ – минимум 16-детекторен),
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология – четирима лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология, двама лекари, притежаващи допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология", удостоверена със съответно свидетелство, един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;

- в клиника/отделение по съдова хирургия – в структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет - за кодове с номера от 59970-02, 59903-03, 59970-04 и 59970-03 и от 59718-00 – **минимум двама**;

- за клиника/отделение по неврохирургия - четирима със специалност по неврохирургия. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет) и/или специалист по неврохирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация за ВСМД „Ендоваскуларна неврохирургия" (издадено от Ректор на медицински университет);

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

За извършване на ехокардиография на базово ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа **(разположение)** на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 90 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Инвазивна диагностика на заболявания на сърдечно-съдовата система с механична вентилация:

1.1. Извършване на лява сърдечна катетеризация при:

- **болни, индицирани за сърдечна хирургия;**
- **ИБС - всички форми;**
- **вродени сърдечни малформации;**
- **придобити сърдечни пороци;**
- **кардиомиопатии;**
- **камерни тахиаритмии;**
- **сърдечна недостатъчност.**

1.2. Извършване на дясна сърдечна катетеризация при:

- **вродени сърдечни малформации;**
- **придобити сърдечни пороци;**
- **констриктивен перикардит;**
- **кардиомиопатии;**
- **първична пулмонална хипертония;**
- **белодробен инфаркт;**

- **сърдечна недостатъчност;**
- **ИБС - всички форми;**
- **аномалии на белодробните съдове;**
- **вродени и придобити съдови аномалии.**

1.3. Извършване на коронарография при:

- **ИБС - всички форми;**
- **вродени сърдечни малформации и аномалии на коронарните артерии;**
- **придобити сърдечни пороци;**
- **кардиомиопатии;**
- **камерни тахиаритмии;**
- **сърдечна недостатъчност.**

1.4. Извършване на артериография при:

- **болести на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други артерии;**
- **вродени аномалии и придобити състояния на периферни, мозъчни, торакални, абдоминални и други артерии;**
- **болести на аортата - вродени и придобити.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лява сърдечна катетеризация, включваща селективна коронарна ангиография и лява вентрикулография и аортография, се провежда при болни със съмнение за ИБС, доказана чрез неинвазивни изследвания (ЕКГ, ехокардиография, лабораторни изследвания), при всички болни с предстояща сърдечна операция, както и при болни с вродени и придобити сърдечни пороци. При последната група се налага извършването и на **дясна сърдечна катетеризация**. . Обемът на сърдечната катетеризация при всеки болен се преценява индивидуално според клиничното състояние и данните от неинвазивните изследвания.

Провеждане на медикаментозно лечение:

1. нитропрепарати – и.в., шпрей, сублингвални, перорални;
2. антитромбозни – антикоагуланти (нефракциониран хепарин, нискомолекулярен хепарин); антитромбоцитни – ацетилсалицилова киселина, клопидогрел, IIB-IIIA блокери; фибринолитици;
3. антиаритмици – и.в. и перорални;
4. симпатикомиметици – допамин, добутамин, норадреналин;
5. обезболяващи – морфин, фентанил, петидин;
6. АСЕ – инхибитори;
7. калциеви антагонисти;
8. статини/фибрати;
9. симпатиколитици;
10. инфузионни разтвори;
11. бета - блокери;
12. антибиотици;
13. кортикостероиди;
14. мозъчнопротективни средства;
15. седативни медикаменти;
16. локален анестетик;

17. антиалергични средства

18. специфични вазодилататори на белодробните артерии.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Болният се дехоспитализира, когато в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведеното интервенционално лечение, е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- стабилна хемодинамика, с проведен контрол на хемодинамичните показатели (пулс, артериално налягане), в деня преди дехоспитализацията;
- стабилно клинично състояние;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия..

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология (детска кардиология/детска ревмокардиология) или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология", остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършената ангиографска, инвазивна процедура се записва на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *" Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *" Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ЛЯВА И ДЯСНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

Исхемичната болест на сърцето е най-честото заболяване, срещано в развитите страни. Изразява се в развитието на различно по степен стеснение на съдовете, хранещи сърдечния мускул (коронарни артерии). Най-тежката проява е миокардният инфаркт. Това е и най-честата причина за смърт в развитите страни.

Заболяванията на клапния апарат на сърцето се наричат сърдечни пороци. Те могат да бъдат вродени и придобити. За правилна оценка на всички тези заболявания е необходимо провеждането на лява и/или дясна сърдечна катетеризация.

Сърдечната катетеризация е високоспециализирано изследване, което се осъществява чрез пункция на артерията и/или вената на бедрото или ръката и вкарване през специални катетри на контрастно вещество в артериите, хранещи сърцето, сърдечните кухини и аортата, под рентгенов контрол. По такъв начин се получава точна информация за евентуално наличие на стеснение и/или запушвания на артериите на сърцето, както и промени в сърдечните кухини и клапи, които са причина за Вашите оплаквания. Това ще даде възможност да се прецени дали е необходимо извършване на допълнителна интервенция по метода на сърдечната катетеризация или пък е уместно да Ви бъде предложена сърдечна операция – аорто-коронарен байпас или клапно протезиране. Приложеното йонизиращо лъчение по време на изследването не застрашава Вашето здраве.

СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ ПРИ ДЕЦА

Интракардиалните изследвания са високоспециализирани изследвания, които се извършват при деца с вродени сърдечни малформации (ВСМ) с оглед уточняване на диагнозата или детайли от нея, или за следоперативна оценка на хемодинамиката.

Изследването се извършва в специализирана лаборатория под рентгенов контрол. След пункция на венозен и/или артериален съд в областта на крака се въвежда специален катетър, с помощта на който се достига до сърдечните кухини, измерва се налягането в тях и се вземат проби кръв. Всяко изследване завършва с ангиография, т. е. изобразяване на сърдечните структури чрез впръскване на контрастно вещество.

Вашето дете няма да усеща болка, защото на мястото на убождането ще бъде поставена местна упойка, а на детето ще се приложи обща венозна упойка, за да спи. При деца под една година или под 10 кг, а също при деца в тежко състояние, когато изследването е с повишен риск за детето, то се извършва под обща упойка и се включва апарат за изкуствено дишане. Вашето дете ще наблюдава и от анестезиолог.

В деня на изследването детето трябва да е гладно. След приключването му най- често детето остава в отделението за реанимация, колкото е необходимо.

Рискове от интракардиалното изследване има, но те са редки, най-често леки и преодолими и зависят от възрастта на детето, вида и тежестта на заболяването. На мястото на убождането може да се получи подутина от подкожно кървене, което най-често се преодолява чрез продължително притискане на мястото на убождането и много рядко налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с катетрите в сърцето могат да настъпят нарушения на сърдечния ритъм, които най-често се овладяват с медикаменти и в редки случаи могат да застрашат живота на детето. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечна кухина. Възможни са и алергични реакции към контрастното вещество, но те обикновено са леки и бързо отзвучават. Информация относно самото изследване, възможните усложнения, както и резултатите от него ще получите от лекарите от екипа, който го извършва.

Отчетен период (месец)				
1	**2**	**3**	**4**	**5**
ЕГН на пациенти по КП № 18.2, с извършена коронарография: кодове на процедури по КСМП: 59903-01; 59903-00; 38215-00 ; 38215-00; 38215-00	Пациенти, преминали към интервенционални КП: № 21, 22, 23, 24, 20, 26 и 28	Пациенти, насочени за кардиохирургично/ неврохирургично или съдово хирургично лечение	Пациенти, извън посочените в колони 2 и 3, (с болести на миокарда и перикарда, БХ, симптоматични клапни пороци, очакващи сърдечна трансплантация), показани за инвазивна оценка за изключване на коронарна болест	Пациенти, които поради нормална ангиографска находка не преминават за лечение по други клинични пътеки
общо	**общо**	**общо**	**общо**	**общо**

Отчетът по КП 18.2 се прилага от всички лечебни заведения, работещи по тази клинична пътека, и се предава заедно с месечните отчети.

В случай, че броят на пациентите, при които след извършена коронарография се установява ангиографска находка без патологични промени (*колона 5*), е над 30% от общия брой пациенти с извършена коронарография (*колона 1*), това е повод за извършване на проверка от НЗОК и случаите над 30% се заплащат с 30% занижение на цената на КП.

КП № 19 ПОСТОЯННА ЕЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛАЦИЯ

КП № 19.1 ПОСТОЯННА ЕЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛАЦИЯ - С ИМПЛАНТАЦИЯ НА АНТИБРАДИКАРДЕН ПЕЙСМЕЙКЪР- ЕДНОКАМЕРЕН ИЛИ ДВУКАМЕРЕН

КП № 19.2 ПОСТОЯННА ЕЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛАЦИЯ - С ИМПЛАНТАЦИЯ НА РЕСИНХРОНИЗИРАЩА СИСТЕМА ЗА СТИМУЛАЦИЯ ИЛИ АВТОМАТИЧЕН КАРДИОВЕРТЕР ДЕФИБРИЛАТОР

1. Минимален болничен престой за КП 19.1 - 2 дни

Минимален болничен престой за КП 19.2 – 2 дни

При лица под 18 години: минимален болничен престой – 2 дни

КП № 19.1 - КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

11712-00 Кардиоваскуларен стрес тест
Двустъпков тест на Master
Многоканално ЕКГ мониториране и запис по време на упражнения или фармакологичен стрес
Thallium стрес тест

Включва: непрекъснато мониториране на кръвно налягане
измерване при упражнения с:
• колело
• изкачване на стълбичка
• тредмил
запис на други параметри
ЕКГ при почивка

Тестване на сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Включва: електрокардиография
изпитване
измерване на стимул:
• амплитуда
• честота
• широчина
препрограмиране
телеметрия
тестване на пулс-генератор или електрод

Не включва: изпълнено при начално поставяне или при пригаждане или подмяна – пропусни кода

11721-03 Тестване на атриовентрикуларен [AV] последователен, честотносвързан (на повикване) или антитахикарден сърдечен пейсмейкър
Тестване на:
• DDD, DDI или DVI пейсмейкър
• пейсмейкър с класификационна характеристика четвърта "R" (честотна модулация)

11718-00 Тестване на друг сърдечен пейсмейкър
Тестване на имплантирано сърдечно устройство БДУ

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор

Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода

11708-00 Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор
Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода

11709-00 Амбулаторен непрекъснат холтерелектрокардиографски запис
Включва: с използване на система, способна на сравняване и пълно откриване на запис

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия
Електрографичномониториране
Не включва: тези при тестване на кардиодефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Поставяне на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

Поставяне на постоянен ендокардиаленпейсмейкър
Включва: чрез перкутанен достъп

38350-00 Поставяне на постоянен трансвенозен електрод в други сърдечни кухини за сърдечен пейсмейкър
Поставяне на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър БДУ
Включва: такава в ляво предсърдие,дясно предсърдие или дясна камера
Кодирай също когато е направена:
• поставяне на сърдечен пейсмейкър-генератор (38353-00 [650])
• поставяне на постоянен трансвенозен електрод в лява камера за сърдечен пейсмейкър (38368-00 [648])
Не включва: тези с дефибрилаторни функции (38390-02 [648])

Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

90203-00 Корекция на трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър
Възстановяване }
Преместване }
Ревизия }
Стабилизиране } на трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър
Не включва: такава:
• на лява камера чрез торакотомия, стернотомия или субксифоиден достъп (90203-02 [654])
• с дефибрилаторна функция (90203-08 [654])

Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

38350-01 Подмяна на постоянен трансвенозен електрод в друга сърдечна кухина(и) на сърдечен пейсмейкър
Подмяна на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър БДУ

Включва: такава на ляво предсърдие, дясно предсърдие или дясна камера

Кодирай също когато е направена:

• подмяна на сърдечен пейсмейкър (38353-01 [655])

Не включва: с дефибрилаторна функция (38350-03 [654])

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарденпейсмейкър

Не включва: изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода

38256-00 Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие

38256-01 Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера

Ревизионни процедури на други места в сърцето

90219-00 Ревизия или преместване на кожен джоб за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Включва: отпрепариране

Не включва: такава с:

• възстановяване, преместване или проверка на генератор:

• дефибрилатор (90203-06 [656])

• пейсмейкър (90203-05 [655])

• преместване на генератор:

• дефибрилатор (90203-06 [656])

• пейсмейкър (90203-05 [655])

Поставяне на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

Поставяне на постоянен ендокардиаленпейсмейкър

Включва: чрез перкутанен достъп

38350-00 Поставяне на постоянен трансвенозен електрод в други сърдечни кухини за сърдечен пейсмейкър

Поставяне на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър БДУ

Включва: такава в ляво предсърдие,дясно предсърдие или дясна камера

Кодирай също когато е направена:

• поставяне на сърдечен пейсмейкър-генератор (38353-00 [650])

• поставяне на постоянен трансвенозен електрод в лява камера за сърдечен пейсмейкър (38368-00 [648])

Не включва: тези с дефибрилаторни функции (38390-02 [648])

Поставяне на сърдечен пейсмейкър генератор

38353-00 Поставяне на сърдечен пейсмейкър генератор

Поставяне на:

• двукамерен пейсмейкър

• сърдечен:

• пейсмейкър устройство

• устройство за ресинхронизираща терапия [CRT]

• двойно }

• единично } кухиненпейсмейкър

• тройно }

Включва: сърдечни електрофизиологични изследвания [EPS]
изграждане на джоб (коремен) (гръден) за имплантация на генератор
тестване на имплантиран сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Кодирай също когато е направено:

•поставяне на постоянен електрод (38350-00, 38368-00 [648], 38470-00, 38473-00, 38654-00 [649])

Не включва: сърдечен:

• монитор на събития (бримковидно записващо устройство) (38285-00 [1604])

• ресинхронизационно устройство с възможност за дефибрилация CRTD (38393-00 [653])

пейсмейкър, комбиниран с автоматичен имплантируемкардиовертердефибрилатор

(38393-00 [653])
подмяна на сърдечен пейсмейкър генератор (38353-01 [655])

Регулиране, подмяна или премахване на сърдечен пейсмейкър генератор

38353-01 Подмяна на генератор на сърдечен пейсмейкър

Включва: проверка или преместване на кожен джоб
тестване на имплантиран кардиопейсмейкър или дефибрилатор

Кодирай също когато е направено:
• преместване на електрод (38350-01, 38368-01, 38456-23, 38456-24, 38654-01 [654])

Регулиране, подмяна или премахване на сърдечен пейсмейкър генератор

38353-02 Премахване на сърдечен пейсмейкър генератор

Кодирай също когато е направено:
• изваждане на електрод (38350-02, 38358-00, 38358-01, 38368-02, 38456-26, 38456-27, 38654-02 [654])

90203-05 Корекция на сърдечен пейсмейкър генератор

Възстановяване }
Преместване }на кардиопейсмейкър генератор
Проверка }

Включва: проверка или преместване на кожен джоб
тестване на имплантиран кардиопейсмейкър или дефибрилатор

Не включва: само ревизия или преместване на кожен джоб (90219-00 [663])

Регулиране, подмяна или премахване на сърдечен пейсмейкър генератор

38393-01 Подмяна на сърдечен дефибрилатор генератор

Включва: проверка или преместване на кожен джоб
тестване на имплантиран кардиопейсмейкър или дефибрилатор

Кодирай също когато е направена:
• преместване на:
• електрод (38350-03, 38368-03, 38456-30, 38456-31, 38654-04 [654])
• патч (38390-03 [654])

1857 Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

11613-00 Отдалечено проследяване на сърдечно имплантируемо електронно устройство

Изискване: Клинична пътека № 19.1 се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (**с изкл. на** 11721-03 и 11718-00**,** и една терапевтична процедура (**с изключение на** 38256-00 или 38256-01), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Диагностичните процедури 11700-00 **и** 92057-00 **са задължителни за отчитане на КП.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При код 38256-00 или 38256-01 „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система“, лечебното заведение се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) и “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура” в графата „фабричен номер”. Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода. Неразделна част от ИЗ на пациента става “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната процедура” за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

Формуляр за извършената имплантация, принтиран от електронния регистър „BGpace“ се прикрепя към ИЗ – подаването на информация в електронния регистър „BGpace“ не е задължително условие за заплащане на пътеката

КП № 19.2 - КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

11712-00 Кардиоваскуларен стрес тест
Двустъпков тест на Master
Многоканално ЕКГ мониториране и запис по време на упражнения или фармакологичен стрес
Thallium стрес тест

Включва: непрекъснато мониториране на кръвно налягане
измерване при упражнения с:
• колело
• изкачване на стълбичка
• тредмил
запис на други параметри
ЕКГ при почивка

Тестване на сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Включва: електрокардиография
изпитване
измерване на стимул:
• амплитуда
• честота
• широчина
препрограмиране
телеметрия
тестване на пулс-генератор или електрод

Не включва: изпълнено при начално поставяне или при пригаждане или подмяна – пропусни кода

11727-00 Тестване на сърдечен дефибрилатор
Тестване на:
• автоматичен имплантируемкардиовертердефибрилатор [AICD]:
• БДУ
• с пейсмейкърна функция
• кардио синхронизиращо устройство с дефибрилаторна функция

Не включва: такава, изпълнени с електрофизиологично изследване (38213-00 [665])

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор

Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода

11708-00 Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор

Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода

11709-00 Амбулаторен непрекъснат холтерелектрокардиографски запис

Включва: с използване на система, способна на сравняване и пълно откриване на запис

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия
Електрографичномониториране

Не включва: тези при тестване на кардиодефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Поставяне на сърдечен пейсмейкър генератор

38353-00 Поставяне на сърдечен пейсмейкър генератор
Поставяне на:
- двукамерен пейсмейкър
- сърдечен:
  - пейсмейкър устройство
  - устройство за ресинхронизираща терапия [CRT]
- двойно }
- единично } кухиненпейсмейкър
- тройно }

Включва: сърдечни електрофизиологични изследвания [EPS]
изграждане на джоб (коремен) (гръден) за имплантация на генератор
тестване на имплантиран сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Кодирай също когато е направено:
•поставяне на постоянен електрод (38350-00, 38368-00 [648], 38470-00, 38473-00, 38654-00 [649])

Не включва: сърдечен:
- монитор на събития (бримковидно записващо устройство) (38285-00 [1604])
- ресинхронизационно устройство с възможност за дефибрилация CRTD (38393-00 [653])

пейсмейкър, комбиниран с автоматичен имплантируемкардиовертердефибрилатор (38393-00 [653])
подмяна на сърдечен пейсмейкър генератор (38353-01 [655])

Поставяне на сърдечен дефибрилатор генератор

38393-00 Поставяне на сърдечен дефибрилатор генератор
Имплантиране на автоматичен дефибрилатор

Имплантиране на (автоматичен) сърдечен дефибрилатор с пейсмейкърна функция
Поставяне на:
• автоматичен имплантируемкардиовертердефибрилатор [AICD] [ICD]
• кардиоресинхронизационно устройство с възможност за дефибрилация
• двукамерно ICD
• имплантируемкардиовертер
• имплантируемкардиовертердефибрилатор (генератор)
• еднокамерен ICD

Включва: изграждане на джоб (коремен) (гръден) за имплантация на генератор
интраоперативно измерване или тестване на дефибрилатор
тестване на имплантиран сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Кодирай също когато е направено:
• имплантиране на:
• патчове (38390-00 [649])
• постоянен електрод (38390-01, 38390-02 [648], 38470-01, 38473-01, 38654-03 [649])

Не включва: подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])

Поставяне на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

Поставяне на постоянен ендокардиален пейсмейкър

Включва: чрез перкутанен достъп

38368-00 Поставяне на постоянен трансвенозен електрод в лява камера за сърдечен пейсмейкър

Включва: поставяне през коронарен синус

Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен пейсмейкър-генератор (38353-00 [650])
• поставяне на постоянен трансвенозен електрод в други сърдечни кухини за сърдечен пейсмейкър (38350-00 [648])

Не включва: такава с дефибрилаторни функции (38390-01 [648])

38390-01 Поставяне на постоянен трансвенозен електрод в лява камера за сърдечен дефибрилатор

Включва: поставяне през коронарен синус

Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен дефибрилатор-генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-00 [653])
• поставяне на постоянен трансвенозен електрод в други сърдечни кухини за сърдечен дефибрилатор (38390-02 [648])

Регулиране, подмяна или премахване на сърдечен пейсмейкър генератор

38353-01 Подмяна на генератор на сърдечен пейсмейкър

Включва: проверка или преместване на кожен джоб
тестване на имплантиран кардиопейсмейкър или дефибрилатор

Кодирай също когато е направено:
• преместване на електрод (38350-01, 38368-01, 38456-23, 38456-24, 38654-01 [654])

Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

90203-08 Корекция на трансвенозен електрод за сърдечен дефибрилатор

Възстановяване }
Преместване }
Ревизия }
Стабилизиране } на трансвенозен електрод за сърдечен дефибрилатор

Не включва: на лява камера чрез торакотомия, стернотомия или субксифоиден достъп (90203-09 [654])

90203-00 Корекция на трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър

Възстановяване }
Преместване }
Ревизия }
Стабилизиране } на трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър

Не включва: такава:

• на лява камера чрез торакотомия, стернотомия или субксифоиден достъп (90203-02 [654])
• с дефибрилаторна функция (90203-08 [654])

Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

38368-02 Премахване на постоянен трансвенозен електрод в лява камера за сърдечен пейсмейкър

Включва: с ръчно изтегляне

Кодирай също когато е направено:
• изваждане на кардиопейсмейкър(38353-02 [655])

Не включва: с дефибрилаторна функция (38368-04 [654])

38368-04 Премахване постоянен трансвенозен електрод в лява камера на сърдечен дефибрилатор

Включва: с ръчно изтегляне

Кодирай също когато е направена:
• изваждане на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (90203-07 [656])

Ревизионни процедури на други места в сърцето

90219-00 Ревизия или преместване на кожен джоб за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Включва: отпрепариране

Не включва: такава с:
• възстановяване, преместване или проверка на генератор:
• дефибрилатор (90203-06 [656])
• пейсмейкър (90203-05 [655])
• преместване на генератор:
• дефибрилатор (90203-06 [656])
• пейсмейкър (90203-05 [655])

Регулиране, подмяна или премахване на сърдечен дефибрилатор генератор

90203-06 Корекция на генератор на сърдечен дефибрилатор

Възстановяване }
Преместване } на кардиопейсмейкър генератор
Проверка }

Включва: проверка или преместване на кожен джоб
тестване на имплантиран кардиопейсмейкър или дефибрилатор

Не включва: само ревизия или релокация на кожен джоб (90219-00 [663])

90203-07 Премахване на сърдечен дефибрилатор генератор

Кодирай също когато е направена:
• изваждане на:
• електрод (38350-04, 38358-02, 38358-03, 38368-04, 38456-33, 38456-34, 38654-05 [654])
• пачове (38390-04 [654])

38353-02 Премахване на сърдечен пейсмейкър генератор

Кодирай също когато е направено:
• изваждане на електрод (38350-02, 38358-00, 38358-01, 38368-02, 38456-26, 38456-27, 38654-02 [654])

Поставяне на сърдечен дефибрилатор генератор

38393-00 Поставяне на сърдечен дефибрилатор генератор

Имплантиране на автоматичен дефибрилатор
Имплантиране на (автоматичен) сърдечен дефибрилатор с пейсмейкърна функция
Поставяне на:
• автоматичен имплантируемкардиовертердефибрилатор [AICD] [ICD]
• кардиоресинхронизационно устройство с възможност за дефибрилация
• двукамерно ICD
• имплантируемкардиовертер
• имплантируемкардиовертердефибрилатор (генератор)

• еднокамерен ICD

Включва: изграждане на джоб (коремен) (гръден) за имплантация на генератор
интраоперативно измерване или тестване на дефибрилатор
тестване на имплантиран сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Кодирай също когато е направено:
• имплантиране на:
• патчове (38390-00 [649])
• постоянен електрод (38390-01, 38390-02 [648], 38470-01, 38473-01, 38654-03 [649])

Не включва: подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])

Поставяне на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

38390-02 Поставяне на постоянен трансвенозен електрод в друга сърдечна кухина за сърдечен дефибрилатор

Поставяне на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен дефибрилатор БДУ

Включва: такава в ляво предсърдие, дясно предсърдие или дясна камера

Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен дефибрилатор-генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-00 [653])
• поставяне на постоянен трансвенозен електрод в лява камера за сърдечен дефибрилатор (38390-01 [648])

Поставяне на сърдечен дефибрилатор генератор

38393-00 Поставяне на сърдечен дефибрилатор генератор

Имплантиране на автоматичен дефибрилатор
Имплантиране на (автоматичен) сърдечен дефибрилатор с пейсмейкърна функция
Поставяне на:
• автоматичен имплантируемкардиовертердефибрилатор [AICD] [ICD]
• кардиоресинхронизационно устройство с възможност за дефибрилация
• двукамерно ICD
• имплантируемкардиовертер
• имплантируемкардиовертердефибрилатор (генератор)
• еднокамерен ICD

Включва: изграждане на джоб (коремен) (гръден) за имплантация на генератор
интраоперативно измерване или тестване на дефибрилатор
тестване на имплантиран сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Кодирай също когато е направено:
• имплантиране на:
• патчове (38390-00 [649])
• постоянен електрод (38390-01, 38390-02 [648], 38470-01, 38473-01, 38654-03 [649])

Не включва: подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])

Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

38350-03 Подмяна на постоянен трансвенозен електрод от сърдечните камери на сърдечен дефибрилатор

Подмяна на постоянен трансвенозен електрод за сърдечен дефибрилатор БДУ

Включва: такава на ляво предсърдие, дясно предсърдие или дясна камера

Кодирай също когато е направена:
• подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])

Регулиране, подмяна или премахване на сърдечен дефибрилатор генератор

38393-01 Подмяна на сърдечен дефибрилатор генератор

Включва: проверка или преместване на кожен джоб
тестване на имплантиран кардиопейсмейкър или дефибрилатор

Кодирай също когато е направена:
• преместване на:
• електрод (38350-03, 38368-03, 38456-30, 38456-31, 38654-04 [654])
• патч (38390-03 [654])

38285-00	Поставяне на монитор на събития тип имплантируемо записващо устройство с бримковидна памет
1857	**Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания**
11613-00	Отдалечено проследяване на сърдечно имплантируемо електронно устройство

Изискване: Клинична пътека № 19.2 се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (**с изкл. на** 11727-00) и една терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Диагностичните процедури 11700-00 **и** 92057-00 **са задължителни за отчитане на КП.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Формуляр за извършената имплантация, принтиран от електронния регистър „BGpace“ се прикрепя към ИЗ – подаването на информация в електронния регистър „BGpace“ не е задължително условие за заплащане на пътеката.

Когато в хода на лечението на ЗЗОЛ по друга клинична пътека в рамките на лечебното заведение се наложи поставяне на постоянна пейсмейкърна система, НЗОК ще заплаща една клинична пътека (отчетената от лечебното заведение) и използваното при лечението на пациента медицинско изделие, в случаите, когато стойността му се поема от НЗОК.

Клиничната пътека се отчита, като в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) задължително се отразява и код на процедура за поставяне на постоянен пейсмейкър от КП № 19.1 или 19.2 и “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура”.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Кардиохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиохирургия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Звено по електрокардиостимулация към: Клиника/отделение по кардиология/инвазивна кардиология или

Клиника/отделение по кардиохирургия или Клиника/отделение по детска кардиология с детска кардиохирургия
2. Ангиографска (процедурна) зала с ангиографски апарат **или** рентгенов апарат с "С" рамо, тип ангиограф, отговаряща на изискванията за работа в среда с йонизиращо лъчение, с поддържане на 24-часованепрекъсната дейност (разположение)
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение или Детска реанимация
4. Клиничналаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография - с възможност за неотложно 24-часово извършване,велоергометрия, ЕКГ - холтермониториране)
7. Кабинет (диспансерен) за контрол на пациенти, носители на кардиостимулатори

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия - когато не е на територията на населеното място да има задължителнодостъп за 150 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

<u>За КП № 19.1</u>

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за звеното по електрокардиостимулациякъм клиника/отделение по кардиология или кардиохирургия – поне един лекар със специалност кардиология/ревмокардиология или кардиохирургия, с удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за базово ниво (категория А I и II ниво от стандарта) за извършване на високоспециализирана дейност "Кардиостимулация", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ или пълен сертификат от Европейската асоциация по аритмии за успешно положен изпит за извършване на кардиостимулация;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

-лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за звеното по електрокардиостимулация към клиника/отделение по кардиология/детска кардиология/кардиохирургия - поне един лекар със специалност кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология или кардиохирургия, с удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за експертно ниво (категория Б от стандарта)за извършване на високоспециализирана дейност "Кардиостимулация", удостоверена със съответно свидетелство;
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

<u>За КП № 19.2</u>

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за звеното по електрокардиостимулация към клиника/отделение по кардиология или кардиохирургия – поне един лекар със специалност кардиология/ревмокардиология или кардиохирургия, трябва да притежава удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за експертно ниво (категория Б от стандарта) за извършване на високоспециализирана дейност "Кардиостимулация", удостоверена със съответно свидетелство или пълен сертификат от Европейската асоциация по аритмии за успешно положен изпит за извършване на кардиостимулация;;
- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за звеното по електрокардиостимулация към клиника/отделение по кардиология/детска кардиология/кардиохирургия - поне един лекар със специалност кардиология /ревмокардиология/детска кардиология/ детска ревмокардиология или кардиохирургия, с удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация **за експертно ниво (категория Б от стандарта)** за извършване на високоспециализирана дейност "Кардиостимулация", удостоверена със съответно свидетелство или удостоверение за допълнителна професионална квалификация за извършване на кардиостимулация и минимум 50 извършени процедури по кардиостимулация годишно и сертификат за организирано от фирмата производител обучение за работа по влагане на определени медицински изделия;
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

При имплантация на кардиостимулатор на лица под 18 години електродите да бъдат с активна фиксация.

Извършените интервенции за имплантиране на кардиостимулатори и/или компонентите им се регистрират в Националния регистър на сдружението по електрокардиостимулация.

За поставяне на еднокухиннипредсърдни/камерни стимулатори на пациенти над 18-годишна възраст се изисква специалист със сертификат за **базово ниво (категория А I и II ниво)**. **Лекар** със сертификат **за базово ниво** може да отчита процедури: 38350-00; 38256-00 и 38256-01; 90219-00; 38353-00; 38353-01.

За поставяне на сложни системи (високотехнологични кардиостимулатори тип кардиовертер-дефибрилатори (едно-, дву- и мултикухинни) и ресинхронизиращи апарати), както и за поставяне на всички видове кардиостимулатори при лица под 18-годишна възраст, се изисква мултисайт – специалист, със сертификат за **експертно ниво** (**категория Б).Лекар** със сертификат **за експертно ниво** може да отчита процедури с код: 38353-00; 38393-00; 38368-00 и 38390-01; 38353-01; 90203-08 и 90203-00; 38350-02 и 38368-02 и 38368-04; 90219-00; 90203-06 и 90203-07 и 38353-02; 38390-02; 38393-01.

Лекар със сертификат **за експертно ниво или притежаващ пълен сертификат от Европейската асоциация по аритмии за успешно положен изпит за извършване на кардиостимулация** може да отчита всички процедури от КП № 19.1 и 19.2.

С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки с клиника/отделение по кардиохирургия, съдова или гръдна, сцел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение напациентите. При липса на такива звена в болницата, последнатазадължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такивазвена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

Звеното по електрокардиостимулация трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 150 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Спешно имплантиране на постоянен електрокардиостимулатор (антибрадикарден пейсмейкър/ресинхронизираща система за стимулация/автоматичен кардиовертер дефибрилатор) при:

- **симптомни болни с документиран синдром на Морган - Адамс - Стокс (МАС) и ритъмно-проводни нарушения;**
- **сърдечен арест - документиран;**
- **деца до 1-год. възраст със сърдечна недостатъчност, на база хронотропна дисфункция при ритъмно-проводна патология;**
- **дисфункция на стимулиращата система с документиран МАС;**
- **пациенти с ниска сърдечна честота, водеща до хемодинамични нарушения, които се считат за преходни, са индицирани за временна кардиостимулация;**
- **пациенти на временна стимулация, с индикации за постоянна такава;**

- **дисфункция на стимулиращата система с прояви на сърдечна недостатъчност при пациенти с имплантирана ресинхронизираща система;**
- **дисфункция на стимулиращата система при пациенти с имплантиран кардиовертер дефибрилатор;**
- **неприемливи шокове, кардиак арест и/или електрическа буря при пациенти с имплантиран кардиовертер дефибрилатор.**

2. Планирано имплантиране на постоянен електрокардиостимулатор (антибрадикарден пейсмейкър/ресинхронизираща система за стимулация/автоматичен кардиовертер дефибрилатор) при:

- **пълен AV блок с камерна честота под 40 уд./мин без MAC синдром;**
- **синкопи на базата на кардиодепресивен синдром;**
- **SSS-тахи/бради синдром без MAC синдром;**
- **състояния след сърдечни операции, налагащи пейсиране в ранния следоперативен период (2 седмици);**
- **състояния след радиофреквентна аблация, индицирани за постоянна електрокардиостимулация;**
- **болни със сърдечна недостатъчност, рефрактерна на медикаментозно лечение;**
- **вроден AV блок с широк QRS комплекс.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием, и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Постпроцедурно наблюдение в рамките на болничния престой и профилактика на усложненията след извършената имплантация.

Електрокардиографски контрол и при необходимост препрограмиране на някои от основните параметри на стимулатора.

П Р О Т О К О Л

ЗА ИМПЛАНТИРАНЕ НА ПОСТОЯНЕН КАРДИОСТИМУЛАТОР

Имплантационна техника - кожният разрез се извършва на 3 – 5 см в с улкус делтопекторалис (с улкус брахеоцефаликус). Достига се вена цефалика и се отпрепарира, като се лигира в дисталната й част. Въвежда се електрода през вената до дясно предсърдие, респективно дясна камера. Въвежането и фиксирането стават под рентгенов контрол. При липса на вена цефалика или невъзможност за проникване през нея, се въвежда електрода в сърцето чрез пункция на съответната в.субклавия. При пункцията на в.субклавия са възможни усложненния като пневмоторакс, хемопневмоторакс, хематом. След фиксиране на електрода в съответната сърдечна кухина, се пристъпва към измерване на параметрите на мястото посредством PSA апарат и стерилен пациентен кабел към него. Проследяват се: праг на възбудимост във волтове (V) - между 0,4-1 V, сензинг (амплитуда на сигнала в съответната кухина) в mV, импеданс (съпротивление) на стимулиращия електрод-между 400-800 ома. Измерванията се правят при стандартно зададена пулсова ширина от 0,5 msec. Следва фиксиране на позиционирания електрод към вената с копринен конец с оглед избягване на дислокация. Оформя се подкожен джоб (ложе) на стимулатора, по продължение на фасцията на м.пекторалис майор.

Съединява се електрода и кардиостимулатора и се имплантира в подготвения джоб така, че електродът да лежи спираловидно навит, между фасцията на м.пекторалис и РМ.

Следва послойно зашиване и стерилна превръзка. Програмиране на стимулатора съобразно изискванията на пациента и преценката на оперирящия кардиолог.

Постпроцедурно се прилага широкоспектърен антибиотик за 5 дни.

При необходимост се извършва ехокардиография, рентгенография, рентгеноскопия.

Преди дехоспитализацията се извършва ЕКГ и превръзка на оперативната рана, и при необходимост препрограмиране на някои от основните параметри на стимулатора. На пациента се дават инструкции за режим, медикаментозна терапия, насрочва се следващ контролен преглед.

Всеки пациент получава паспорт - индентификационната карта на стимулатора валиден в целия свят, който е и основен отчетен и гаранционен документ съдържащ всички данни на пациента, стимулатора и лекуващия му лекар. Следва приложение на Европейската карта на носител на Кардиостимулатор.

Пациентът трябва да бъде проконтролиран на 12-ия следоперативен ден (снемане на оперативния шев, оценка на локалния следоперативен статус). Стимулиращата система се оценява на 1 и 3 месец след процедурата. Пациентите, носители на кардиостимулатори подлежат до края на живота си на контролни регулярни прегледи през 6 мес. в специализиран диспансерен кабинет за контрол на носители на кардиостимулатори(съгл.I,1,т.4).

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничните данни, лабораторните и инструментални изследвания.

При МАС - синдром с неясна причина или на базата на регистрирана с ЕКГ/ЕКГ-холтер камерна тахикардия или преживян сърдечен арест, задължително преди поставяне на електрокардиостимулатор, за случаите на сложни и специални стимулатори като DDD и ICD се извършва ЕФИ (електрофизиологично изследване).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Болният се дехоспитализира, когато в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведената постоянна електрокардиостимулация е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- овладяване и липса на ритъмни и проводни нарушения;
- сигурна електрокардиостимулация;
- стабилна хемодинамика, с проведен контрол на хемодинамичните показатели (пулс, артериално налягане);
- компенсиране на сърдечната недостатъчност;
- без кървене или други усложнения от оперативната рана, налагащи болнично лечение.

Протоколът от извършената постоянна кардиостимулация се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология или кардиохирургия, притежаващ свидетелство за допълнителна професионална квалификация с призната правоспособност за извършване на високоспециализирана дейност "Кардиостимулация", остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1.ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“- бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Пациент: .....

(подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ №4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

КАРДИОСТИМУЛАЦИЯ

Имплантацията на постоянен кардиостимулатор (пейсмейкър) се извършва във високоспециализирани болнични заведения. Пейсмейкърът е малко електронно устройство, което се поставя във Вашето тяло, за да подпомага сърцето Ви да поддържа стабилен ритъм. Това устройство Ви е нужно, когато естественият водач на ритъма не работи нормално.

Да имате пейсмейкър означава да предприемете някои предпазни мерки. При правилни грижи може да живеете здравословен и активен живот, дори да откриете, че сте способен да се върнете към дейности, които не сте можели да извършвате от известно време.

Как работи Вашето сърце?

Сърцето е силен мускул, който никога не спира да работи. Ако поставите ръка върху гръдния си кош, ще почуствате неговия стабилен ритъм. Вашето сърце има своя собствена електрическа проводна система. Сигналите от тази система съобщават на сърцето Ви кога да се съкращава. С всяко съкращение кръвта се изпомпва към всички части на тялото.

Сърцето има четири отделни сърдечни кухини. Горните кухини (предсърдия) събират кръв, която се връща към сърцето след като е отдала хранителни вещества на организма. При съкращенията на сърцето горните кухини се свиват и изпомпват кръв към долните кухини (камери). Долните кухини също се съкращават и изпомпват кръв от сърцето към останалите части на тялото.

Какво се нарушава?

Докато сигналите се разпространяват свободно и се произвеждат в подходящо време, сърцето се съкращава със стабилен и равномерен ритъм. Понякога възникват проблеми с електрическата система на сърцето, които могат да доведат до нарушение на нормалния ритъм на сърцето. Някои по-често срещани проблеми:

- собственият пейсмейкър изпраща по-малко от обичайното количество сигнали, това предизвиква паузи в сърдечния ритъм;

- собственият пейсмейкър изпраща сигнали, които предизвикват сърцето да редува твърде бърз с твърде бавен ритъм;

- сигналите от собствения пейсмейкър не достигат до долните кухини, това предизвиква паузи в сърдечният ритъм.

Възможни оплаквания:

- вашето сърце бие твърде бавно – брадикардия;

- сърдечният Ви ритъм е неправилен – аритмия;

- проводната система, която провежда сигналите през сърцето е блокирна – блок;

- може да почуствате: световъртеж, задух, чуство на умора или отпадналост, загуба на съзнание или замъглено зрение, както при извършване на физическа работа, така и в покой.

Какво представлява пейсмейкърът?

Пейсмейкърът се състои от две основни части: пулсов генератор (съдържащ компютър и батерия) и електроди.

Генераторът е с размери на пейджър. Той съдържа малък компютър и батерии. Генераторът е свързан с електроди. Електрическите сигнали от генератора се провеждат по електродите до сърцето. Електродите са меки, гъвкави жички, които са покрити със специално защитно вещество. Те се огъват лесно и могат да бъдат поставени в подходящо положение в сърцето. Електордите не увреждат сърцето и не нарушават кръвотока през него. Пейсмейкърът може да има един, два или повече електрода.

Видове пейсмейкъри:

- Еднокухинният пейсмейкър има един електрод. Електродът се разполага в горната или долната сърдечна кухина (предсърдие или камера). Той се поставя там, където има проблем в електрическата система на Вашето сърце.

- Двукухинният пейсмейкър има два електрода. Единият се разполага в горната дясна сърдечна кухина (дясно предсърдие), а другият - в долната дясна сърдечна кухина (дясна камера). Това се налага тогава, когато е необходима координация на сигнала от горната кухина (предсърдие) със съкращаването на долната кухина (камера).

- Специални пейсмейкъри :

Имплантируем кардиовертер дефибрилатор (ICD): това е високоспециализирано електронно устройство, което постоянно следи Вашия сърдечен ритъм. Ако регистрира опасно бърз сърдечен ритъм, то изпраща един или повече импулси или шокови вълни към сърцето и води до получаване на по-нормален ритъм. Поставянето (имплантирането) на ICD се препоръчва при пациенти с епизоди на сърдечен арест (внезапно спиране на сърцето) или проблеми, свързани с прекалено бърз сърдечен ритъм. И двете състояния са високорискови и могат да доведат до внезапна сърдечна смърт. Поставянето на ICD може да Ви спаси живота, чрез бързо осъществяване на контрол върху тези опасни нарушения на сърдечния ритъм.

Поставяне (имплантиране) на пейсмейкър

Поставянето на пейсмейкър в тялото се нарича имплантация. Персоналът на специализираното заведение ще Ви помогне да се подготвите за имплантацията на пейсмейкъра. Ще Ви препоръча да не се храните и да не пиете течности в продължение на няколко часа преди процедурата. Кожата, където ще бъде имплантиран пейсмейкърът, трябва да бъде обръсната и измита със специален сапун, който ви предпазва от инфекция.

По време на имплантацията на пейсмейкъра ще бъдете в съзнаниес изключение на случаите, налагащи пълна упойка и деца под 16год. Могат да Ви дадат лекарства, които да Ви помогнат да се отпуснете, след което ще Ви направят местна упойка, така че няма да почуствате никаква болка.

Методи на имплантация:

- Епикардиална имплантация - при нея се прави отвор в долната част на гръдния кош и се открива сърцето. Електродът се прикрепва към външната страна на сърцето. Генераторът се съединява с електрода. След това той се поставя под кожата в коремната област.

- Ендокардиална имплантация – прави се разрез в горната част на гръдния кош, в сулкус брахиоцефаликус. След това се оформя джоб под кожата или мускулите, където ще бъде поставен пейсмейкърът. Вената, която се разполага точно под разреза, се отваря (с венесекцио). Електродът се поставя във вената и се насочва (по нея) към сърцето. Вашият лекар наблюдава движението на електрода във вената върху екран. Генераторът се съединява с елекрода или електродите. След това пейсмейкърът се поставя вътре в джоба, оформен под кожата. Следва послойно зашиване на кожата.

Вероятни рискове:

Усложненията, в резултат на имплантацията на пейсмейкър, са редки. Както при всяка друга медицинска процедура и тук съществуват рискове. Малка част от хората получават тежък кръвоизлив или кръвонасядане, или развиват инфекция около мястото на разреза. Може да се получи разкъсване на вена или артерия, или да се оформи кръвен тромб във вената. Също така е възможно пунктиране на белия дроб по време на процедурата(пневмоторакс) и пробив на камера или предсърдие с тампонада на сърцето, както и тежка ритъмна патология. Вашият лекар ще ви обясни рисковете и какви мерки трябва да бъдат предприети, ако се случи нещо. Ще се наложи да подпишете формуляр за съгласие, който позволява на лекаря Ви да извърши процедурата.

След процедурата

Сърцето Ви ще се следи непрекъснато, за да се докаже, че пейсмейкърът работи добре.Разрезът ще се проверява за кървене или признаци на инфекция.

Уведомете Вашия лекар или сестра при появата на следното:

- кървене в мястото на разреза;
- световъртеж;
- дискомфорт в областта на гръдния кош.

Трябва незабавно да се обадите на Вашия лекар, ако почуствате някои от възможните признаци на инфекция:

- повишена температура;
- подуване или зачервяване на мястото на разреза;
- изтичане на секрет от раната;
- много силно затопляне на кожата около разреза;

Контролни прегледи при лекаря

Трябва да посещавате своя лекар за проверка на разреза една до две седмици след поставяне на пейсмейкъра. Може да бъде направена електрокардиограма (ЕКГ) или пък други изследвания. Пейсмейкърът е програмиран, така че да отговаря на специфичните Ви нужди, които могат да се променят с течение на времето. Ако това стане, Вашият лекар може да препрограмира пейсмейкъра по време на рутинен контролен преглед.

Къпане

Вашият лекар ще настоява да пазите разреза сух за една или две седмици след операцията. Трябва да пазите раната суха. Не използвайте мазила, лосиони, парфюми или тоалетни води за кожата около разреза, докато той не зарасне.

Възвръщане към нормален живот

Докато се възстановявате, постепенно ще имате възможност да се върнете към Вашата обичайна дейност, включително шофиране, работа и полов живот. Следвайте инструкциите на лекаря си кога да започнете осъществяването на тези дейности.

Идентификация

Фирмата-производител на Вашия пейсмейкър ще Ви предостави идентификационна карта (паспорт на стимулатора), която съдържа информация за устройството. Носете тази карта със себе си. Показвайте я на всяко медицинско лице, с което се срещате във връзка с Вашето лечение, вкл. и на зъболекаря си. Въпреки, че това не се случва често, понякога е възможно пейсмейкърът Ви да включи алармена инсталация на охранително оборудване в някои големи супермаркети, библиотеки или летища. Ако това се случи, просто покажете своята идентификационна карта на персонала. Охранителното оборудване няма да повреди Вашия пейсмейкър или да промени начина му на работа.

Смяна на батериите

Енергията на батерията на пейсмейкъра трябва да се проверява на всеки шест месеца. Батерията е залепена за самия пулсов генератор. За да смените батерията, трябва да смените генератора. Необходима е хирургична интервенция за смяната на генератора. Електродите също трябва да се проверяват и да се сменят, ако е необходимо. Електродът не се подменя, а се имплантира нов.

Колко дълго ще издържи Вашият пейсмейкър?

Вашият пейсмейкър е проектиран да Ви служи години наред. Колко ще издържи, зависи от модела на пейсмейкъра, който притежавате, и колко интензивно работи.

Електронни устройства

Вашият пейсмейкър има вградена опция за безопасност, която го защитава от други електрически уреди. Повечето уреди, с които влизате в контакт, няма да повлияят на Вашия пейсмейкър.

Може да използвате или да се приближавате много близко до следните уреди:

- компютърно оборудване;
- електрическа печка;
- градинско оборудване;
- кухненски уреди;
- микровълнова печка;
- уреди с електродвигатели;
- радиоапарати;
- стереооборудване;
- телевизори;
- перални и сушилни машини.

Не задържайте тези уреди върху мястото, където е поставен Вашия пейсмейкър:

- клетъчни телефони;
- електрически самобръсначки;
- сешоари;
- електрически маши или четки;
- електрически четки за зъби.

Фактори, които могат да повлияят функцията на Вашия пейсмейкър

Пейсмейкърът може да бъде повлиян от магнитни и електромагнитни сигнали, идващи от силни магнити като тези, използвани при диагностично изследване, наречено ядрено-магнитен резонанс, както и литотрипсия.

Работата на Вашия пейсмейкър може да бъде нарушена и от процедура, наречена електрокаутеризация. Тази процедура понякога се прави по време на хирургически операции за спиране на кървене. Ако ви предстои хирургично лечение, трябва да информирате лекаря и персонала на болницата, че имате имплантиран пейсмейкър.

КП № 20 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНО- СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП № 20.1 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНО- СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо
натоварване флуороскопия
оксиметрия
детекция на
шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация
38203-00 Лява сърдечна катетеризация
38207-00 Оценка на коронорания резерв, чрез прилагане на специална катетърна методика FFR
38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

Друга ангиография

59903-03 Аортография
Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
пулмонална клапа
десни:
предсърдие
камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
аортна клапа
леви:
предсърдие
камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

Коронарна ангиография

Кодирай също когато е направена:
аортография (59903-03 [1990])
вентрикулография (59903 [607])

38215-00 Коронарна ангиография

38219-00 Асистирана с робот процедура с перкутанен достъп

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
използвайки:
мапиране с цветен поток
Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
механично секторно сканиране
трансдюсер с фазово излъчване
с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време
55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време
55131-00 Интраваскуларен ултразвук на сърце (IVUS)
11208-00 Орбитална кохерентна томография (OCT)

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

1924 Биохимична изследвания

91910-28 Креатинкиназа (КК)

1934 Други лабораторни изследвания

91911-01 Изследване на MB фракция на креатинкиназа

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Възстановяване на аортна клапа

Не включва: такова с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])

38270-01 Перкутанна балонна аортна валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация
Кодирай също когато е направен:
клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38270-03 Перкутанна балонна пулмонална валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на митрална клапа

38270-02 Перкутанна балонна митрална валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация

Кодирай също когато е направена:
клапна анулопластика (38475, 38477 [627] и [633])

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:
коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])
Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38300-00 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика на 1 коронарна артерия
Перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия

Ексцизни процедури на коронарни артерии

Кодирай също когато е направена:
коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])
38309-00 Перкутанна транслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия
Включва: балонна ангиопластика
или
орбитална атеректомия

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:
коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])
Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38303-00 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика на ≥ 2 коронарни артерии
Перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на ≥ 2 коронарни артерии

Транслуминална коронарна ангиопластика със стентиране

Транслуменна балонна ангиопластика
Включва: балонна дилатация на артерия
със стент(ове) излъчващ медикамент
Кодирай също когато е направена:
коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])
Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38306-00 Перкутанно поставяне на 1 транслуменен стент в една коронарна артерия
Перкутанно имплантиране на 1 стент в една коронарна артерия

38306-01 Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменни стента в една коронарна артерия
Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в една коронарна артерия

38306-02 Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменни стента в множество коронарни артерии
Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в няколко коронарни артерии

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарден пейсмейкър
Не включва: изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода

38256-00 Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие
38256-01 Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера
38359-00 Перикардиоцентеза

Приложение на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-10 Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт

Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (минимум една задължително интервенционална с катетеризация) и две основни терапевтични процедури, от които **едната е задължително интервенционална** от посочените в таблица **Кодове на основни процедури.** Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934- Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно следва да бъде изпълнено условието, изписано „Включва следните медико-диагностични изследвания: ПКК, хемостезеологичен статус - аРТТ, МВ фракция.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Националната здравноосигурителна каса при необходимост заплаща до четири стента едноактно и не повече от осем годишно за един ЗОЛ, в рамките на една календарна година, от подгрупа 4.1 „Коронарен стент“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“. За всеки поставен стент след четвъртия, съответната РЗОК извършва проверка преди заплащане.

Да се прецизира приложението на медицински изделия от подгрупите 4.1.3 и 4.1.4. само за пациенти, при които това е медицински обосновано, като се спазват индикациите за имплантирането им, както следва: Индикациите за имплантиране на „бифуркационен“ стент от подгрупа 4.1.3 „Бифуркационни стентове“ са:

Стеснение на коронарна артерия, включващо изхода на голям клон с калибър над 2 мм, кръвоснабдяващ голяма зона на витален миокард.

Необходимо е да се документира в протокола диаметъра на страничния клон, който налага използване на бифуркационен стент и задължително да се изисква заснемане на 2 коронарни интервенционални водача поставени през бифуркационната лезия във филма на пациента.

Индикациите за имплантиране на коронарен стент без полимер при пациенти с висок риск на кървене от подгрупата 4.1.4 „Стентове без полимер за пациенти с висок риск на кървене; конусовиден, наличен втори слой, блокиращ дисталната миграция на плака и тромб; резорбируеми“ са:

- Използване на комбинация с антикоагулант след ПКИ (перкутанна коронарна интервенция).
- Възраст ≥ 75 години.
- Изходен хемоглобин < 110g/l или документирана хемотрансфузия, в предходния на ПКИ месец.
- Всеки документиран предшестващ хеморагичен инсулт. Хоспитализация за остро кървене, в предходната ПКИ година. Текуща химиотерапия.
- Хронична бъбречна недостатъчност (eGFR< 40ml/min). Тромбоцитопения (PLT < 100 000/мм³).
- Тежка чернодробна болест дефинирана, като варици на хранопровода 2-3 ст., асцит, енцефалопатия или повишен билирубин.

За пациент с висок риск от кървене се приема такъв с наличие на поне 1 критерий.

В рамките на 30 дни от дехоспитализацията по предходната КП, в едно и също ЛЗБП, на едно ЗЗОЛ, когато се отчитат КП № 17.1 и КП № 20.1, НЗОК заплаща само КП № 20.1, при условие, че са спазени изискванията за завършена КП.

НЗОК заплаща за до 100 случая в рамките на една календарна година медицинското изделие от подгрупа 4.5 „Сет за ротаблация, включващ катетър за ротаблация, 1 бр. устройство за придвижване на катетър, 1бр. водач за ротаблация“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, извън цената на КП № 20.1. ЛЗБП, които прилагат посоченото медицинско изделие е необходимо да разполагат на територията си с клиника/отдление по кардиохирургия.

При код (38256-00 и 38256-01) „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система“, лечебното заведение се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) и “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната процедура” в графата „фабричен номер”. Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода. Неразделна част от ИЗ на пациента става** “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура” **за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

При установяване на триклонова болест със SYNTAX скор над 32, с оглед преценка на възможностите за лечение (интервенционално или оперативно) да се извърши задължителна консултация с кардиохирург в рамките на болничния престой или непосредствено след дехоспитализацията.

При пациенти с три и/или многоклонова коронарна болест, както и при съпътстващи оперативни клапни лезии, рещението за вида реваскуларизация се взема от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, въз основа на актуалните Европейски ръководни правила.

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност кардиология, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", в обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика – рентгенов апарат
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура, тъй като съгласно медицинския стандарт по „Кардиология" задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност,
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които,

притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност "Инвазивна кардиология", удостоверена със съответно свидетелство.

или

в клиника/отделение по инвазивна кардиология – двама кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност "Инвазивна кардиология", удостоверена със съответно свидетелство;

или

в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

един лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
лекар/и със специалност по образна диагностика;
лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа **(разположение)** на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия/ съдова хирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, (задължително – 150 минути).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

А. Диагностика и интервенционално лечение на пациенти с:

- клинични и параклинични данни за настъпващ белодробен оток/кардиогенен шок, вследствие миокардна исхемия (за коронарна интервенция);
- клинични и параклинични данни за кардиална форма на белодробен тромбемболизъм;
- ятрогенна лезия на коронарен съд (за имплантиране на стент);
- остра сърдечна недостатъчност (за имплантиране на устройство, подпомагащо сърдечната функция);

- сърдечна недостатъчност (остра или изострена) при заболявания на сърдечните клапи и миокарда;
- клинични и инструментални данни за сърдечна тампонада;
- болни с ОМИ, насочени от друго лечебно заведение в първите 24 часа от хоспитализацията, с проведена фибринолиза за спешна интервенционална лечебна процедура;
- клинични, параклинични и ангиографски данни за хронична исхемична болест на сърцето с доказана ангиографски сигнификантна стеноза(и);
- клинични и инструментални данни за високорискова тиха миокардна исхемия;

Б. Диагностика и интервенционално лечение на пациенти:

- вродени сърдечни малформации;
- сърдечни клапни заболявания;
- кардиомиопатии;
- резистентна артериална и белодробна хипертония.

5б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Интервенционалното лечение на сърдечно - съдовите заболявания включва балонна ангиопластика, имплантиране на интракоронарен стент, перикардна пункция, въвеждане на балон за аортна контрапулсация, радиофреквентна аблация.

Балонната ангиопластика, известна също като перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика (PTCA), е процедура за реканализация на запушен или разширяване на стеснен коронарен съд. След локална анестезия, през водещ катетър по водач в коронарния съд се въвежда балонен катетър, който се позиционира на мястото на стеснението. След това балонът се раздува, при което се притиска атеросклеротичната плака и се разтяга външния еластичен слой на артерията. Крайният резултат е възстановяване на кръвотока в стеснения съд. Процедурата се извършва под рентгенов контрол. Визуализирането на лумена на коронарните артерии се осъществява чрез инжектиране на контрастна материя.

След балонна ангиопластика около 1/3 до 1/2 от пациентите могат да получат повторно стеснение на същото място за период до 6 месеца след процедурата - рестеноза. За намаляване на риска от рестеноза, непосредствено след балонната ангиопластика на мястото на разширения сегмент на артерията най-често се имплантира **интракоронарен стент**. Той се въвежда върху балонен катетър и се притиска плътно към стената на артерията чрез раздуване на този балон. Процедурата се извършва под рентгенов контрол.

Балонна ангиопластика при клапна митрална, пулмонална и аортна стеноза.

Интервенцията се извършва пункционно от феморалната вена или артерия, като при предварително интракардиално изследване е измерена степента на клапното стеснение и диаметъра на съответния клапен пръстен. След като се сондира стенотичната клапа, през нея се въвежда специален дълъг водач и по него под рентгенов контрол се въвежда съответният по размер балонен катетър. Той се раздува с необходимото налягане с цел отстраняване на сращането на платната на стенотичната клапа.

Перикардната пункция се извършва при наличие на голям перикарден излив и риск от тампонада. Стандартната процедура включва пункция на перикарда чрез субксифоиден достъп и въвеждане на катетър за евакуация на излива, като едновременно с това се вливат обемзаместващи разтвори за поддържане на хемодинамиката.

Консервативната терапия се провежда с нитропрепарати, бета блокери, антиагреганти, антикоагуланти, АСЕ инхибитори, калциеви антагонисти, статини (интензивна доза), обезболяващи медикаменти (опиати).

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

6.ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за овладяване на основните патологични симптоми и стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

овладяване на основните патологични симптоми в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведеното интервенционално лечение;

стабилно клинично състояние;

свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място, налагащо болнично лечение.

Обективното състояние на пациента при изписването се отразява в приложения "Фиш за дехоспитализация", който става неразделна част от История на заболяването.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология"; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

"История на заболяването";

част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

..... име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... **№.** ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... **№.** ☐☐.☐

Клинична процедура ..... **№.** ☐☐.☐

Диагноза: ..... МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година

Пациент: ……..
(подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените сърдечни малформации (ВСМ) се срещат в около 1% при новородените деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата, поради смесване на артериална с венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни кардиопатии. Ако детето Ви е родено с цианотичен порок, то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника (отделение), където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни точния вид на малформацията и ще се определи плана за по- нататъшно поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършване на сложни изследвания или дори операция.

При отглеждане на дете с цианотична ВСМ у дома, могат да настъпят остри състояния изискващи спешно приемане в болница. Такова състояние е хипоксемичната криза. Тя се дължи на остро намаление на притока на кислород към мозъка, вследствие физически усилия, неспокойствие, съпътстващо заболяване. Децата стават с много интензивно син цвят на кожата, неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако такова състояние настъпи при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще бъде без майка си. Ще му бъдат дадени лекарства за успокоение, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за вливане на необходимите лекарства. След овладяване на острото нарушение ще се направят необходимите изследвания за уточняване на причината за възникването му. Вие трябва да контактувате с Вашия лекуващ лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяване на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

БАЛОННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА

Балонната валвулопластика е метод на лечение, при който премахването на

клапната стеноза се извършва с помощта на специален балонен катетер. Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациента е под обща анестезия, а ако е дете под 1 год. възраст - и с апаратна вентилация. През стеснената клапа на сърцето се поставя водач и по него в сърцето се въвежда балонен катетър, който се раздува с цел премахване на клапното стеснение, причинено от срасналите клапни платна.

Непосредствените резултати са много добри при над 90% от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция и свързаните с нея торакотомия и използване на машина сърце - бял дроб, възможните усложнения от това, както и козметичния дефект от белега от операцията.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

Рисковете са малки и те се наблюдават предимно при новородени и кърмачета. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи да налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с балонен катетър в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашават живота. Възможно е да настъпи пробив на сърдечна кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил изследването.

ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА АБНОРМНИ СЪДОВИ КОМУНИКАЦИИ

Запушването (емболизация) на абнормни съдове се извършва при пациенти с аортнопулмонални колатерали при комплексни кардиопатии, като предоперативна подготовка за окончателна корекция. При перисистиращ артериален канал и артериовенозни малформации това може да е дефинитивно лечение, като основното предимство е избягването на първична или повторна операция и свързаните с нея евентуално използване на машина сърце - бял дроб, възможни усложнения, както и козметичен дефект от белега на операцията.

Интервенцията се извършва под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през катетър се въвежда подходящ ембол в абнормния съд. При непълно запушване може да се наложи поставянето на втори ембол.

Рисковете от процедурата са малки, редки и сходни с тези от сърдечната катетеризация. Ако по време на манипулацията ембола се размести трябва да се извади с въвеждащия катетър. В случай, че не може да се „прибере" обратно в катетъра, ще се наложи оперативното му отстраняване, като в същото време дефекта се затвори. Емболът ще остане инкорпориран в съда. Материята, която е използвана за изработката му е същата, която се използва в сърдечната хирургия за затваряне на тези комуникации.

КП № 20 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП № 20.2 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

667 Сърдечна катетеризация

∇0933

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38207-00 Оценка на коронорания резерв, чрез прилагане на специална катетърна методика FFR

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

59903-03 Аортография

Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Артериография

59970-03 Периферна артериография

59970-03 Периферна артериография

59970-03 Периферна артериография

59970-04 Друга артериография

Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])
такава на:
• аорта (59903-03 [1990])
• мозъчен съд (59970-02 [1990])
• коронарна артерия (38218 [668])
• периферна артерия (59970-03 [1989])

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

Коронарна ангиография

Кодирай също когато е направена:
• аортография (59903-03 [1990])
• вентрикулография (59903 [607])

38215-00 Коронарна ангиография

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
• използвайки:
• мапиране с цветен поток
• Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
• механично секторно сканиране
• трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

55131-00 Интраваскуларен ултразвук на сърце (IVUS)

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

1924 Биохимична изследвания

91910-28 Креатинкиназа (КК)

1934 Други лабораторни изследвания

91911-01 Изследване на MB фракция на креатинкиназа

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35309-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-00 [754])

35309-07 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-01 [754])

35307-00 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, един стент
Включва: използване на устройство за емболна протекция

35307-01 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, много стентове
Включва: използване на устройство за емболна протекция

Възстановяване на аортна клапа

Не включва: такова с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])

38270-01 Перкутанна балонна аортна валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация
Кодирай също когато е направен:
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38270-03 Перкутанна балонна пулмонална валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на митрална клапа

38270-02 Перкутанна балонна митрална валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация
Кодирай също когато е направена:
• клапна анулопластика (38475, 38477 [627] и [633])

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38300-00 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика на 1 коронарна артерия
Перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия

Ексцизни процедури на коронарни артерии

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

38309-00 Перкутанна транслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия
Включва: балонна ангиопластика

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38300-00 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика на 1 коронарна артерия
Перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия

Ексцизни процедури на коронарни артерии

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

38309-00 Перкутанна транслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия
Включва: балонна ангиопластика

Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация

Не включва: нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])

35317-00 Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38303-00 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика на ≥ 2 коронарни артерии
Перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на ≥ 2 коронарни артерии

Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация

Не включва: нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])

35317-00 Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия

Транслуминална коронарна ангиопластика със стентиране

Транслуменна балонна ангиопластика

Включва: балонна дилатация на артерия
със стент(ове) излъчващ медикамент

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38306-00 Перкутанно поставяне на 1 транслуменен стент в една коронарна артерия
Перкутанно имплантиране на 1 стент в една коронарна артерия

38306-01 Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменни стента в една коронарна артерия
Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в една коронарна артерия

38306-02 Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменни стента в множество коронарни артерии
Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в няколко коронарни артерии

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарден пейсмейкър

Не включва: изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода

38256-00 Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие

38256-01 Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика
Корекция } стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

720 Други процедури на артерия

32737-00 Ренална симпатикусова денервация
Катетър базирана ренална денервация

777 Други процедури на артерии и вени

30059-01 Тромбфрагментация и аспирация с аспирационен катетър

Ексцизия на артериовенозна фистула на шия

Кодирай също когато е направена:
• прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])

34115-00 Ексцизия или лигиране на обикновена артериовенозна фистула на шия

34115-01 Ексцизия или лигиране на сложна артериовенозна фистула на шия

Възстановяване артериовенозна фистула на шията

Кодирай също когато е направено:
• прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])

34124-00 Възстановяване на обикновена артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта

34124-01 Възстановяване на сложна артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35309-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-00 [754])

35309-07 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-01 [754])

35307-00 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, един стент
Включва: използване на устройство за емболна протекция

35307-01 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, много стентове
Включва: използване на устройство за емболна протекция

Приложение на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-10 Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (минимум една задължително интервенционална с катетеризация) и две основни терапевтични процедури, от които **едната е задължително интервенционална** от посочените в таблица **Кодове на основни процедури.** Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934- Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, като всички кодове на изследвания от блока се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП, като същевременно следва да бъде изпълнено условието, изписано „Включва следните медико-диагностични изследвания: ПКК, хемостезеологичен статус - аРТТ, МВ фракция.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Националната здравноосигурителна каса при необходимост заплаща до четири стента едноактно и не повече от осем годишно за един ЗОЛ, в рамките на една календарна година, от подгрупа 4.1 „Коронарен стент“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“. За всеки поставен стент след четвъртия, съответната РЗОК извръшва проверка преди заплащане.

За некоронарни съдови сектори - от група 3 „Съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове“ и от подгрупите 4.2 „Периферни стентове“ и 4.3 „Балони, излъчващи лекарство“ при необходимост и по преценка, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти като НЗОК заплаща до четири протезни материала едноактно и не повече от осем годишно, в рамките на една календарна година.

Да се прецизира приложението на медицински изделия от подгрупите 4.1.3 и 4.1.4. само за пациенти, при които това е медицински обосновано, като се спазват индикациите за имплантирането им, както следва:

Индикациите за имплантиране на „бифуркационен“ стент от подгрупа 4.1.3 „Бифуркационни стентове“ са:

1) Стеснение на коронарна артерия, включващо изхода на голям клон с калибър над 2 мм, кръвоснабдяващ голяма зона на витален миокард.

2) Необходимо е да се документира в протокола диаметъра на страничния клон, който налага използване на бифуркационен стент и задължително да се изисква заснемане на 2 коронарни интервенционални водача поставени през бифуркационната лезия във филма на пациента.

Индикациите за имплантиране на коронарен стент без полимер при пациенти с висок риск на кървене от подгрупата 4.1.4 „Стентове без полимер за пациенти с висок риск на кървене; конусовиден, наличен втори слой, блокиращ дисталната миграция на плака и тромб; резорбируеми“ са:

Използване на комбинация с антикоагулант след ПКИ (перкутанна коронарна интервенция).

Възраст ≥ 75 години.

Изходен хемоглобин < 110g/l или документирана хемотрансфузия, в предходния на ПКИ месец.

Всеки документиран предшестващ хеморагичен инсулт.

Хоспитализация за остро кървене, в предходната ПКИ година.

Текуща химиотерапия.

Хронична бъбречна недостатъчност (eGFR< 40ml/min).

Тромбоцитопения (PLT < 100 000/мм³).

Тежка чернодробна болест дефинирана, като варици на хранопровода 2-3 ст., асцит, енцефалопатия или повишен билирубин.

За пациент с висок риск от кървене се приема такъв с наличие на поне 1 критерий.

В рамките на 30 дни от дехоспитализацията по предходната КП, в едно и също ЛЗБП, на едно ЗЗОЛ, когато се отчитат КП № 17.2 и КП № 20.2, НЗОК заплаща само КП № 20.2, при условие, че са спазени изискванията за завършена КП.

НЗОК заплаща за до 100 случая в рамките на една календарна година медицинското изделие от подгрупа 4.5 „Сет за ротаблация, включващ катетър за ротаблация, 1 бр. устройство за придвижване на катетър, 1бр. водач за ротаблация“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, извън цената на КП № 20. ЛЗБП, които прилагат посоченото медицинско изделие е необходимо да разполагат на територията си с клиника/отдление по кардиохирургия.

При код (38256-00 и 38256-01) „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система“, лечебното заведение се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) и “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура” в графата „фабричен номер”. Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода. Неразделна част от ИЗ на пациента става** “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура” **за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

При установяване на триклонова болест със SYNTAX скор над 32, с оглед преценка на възможностите за лечение (интервенционално или оперативно) да се извърши задължителна консултация с кардиохирург в рамките на болничния престой или непосредствено след дехоспитализацията.

При пациенти с три и/или многоклонова коронарна болест, както и при съпътстващи оперативни клапни лезии, рещението за вида реваскуларизация се взема от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, въз основа на актуалните Европейски ръководни правила.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", в обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по съдова хирургия – за ЛЗ, които ще отчитат процедури с кодове: 59970-02; 59970-03; 59970-04; 35309-06; 35309-07; 35307-00; 35307-01; 35303-06; 34115-00; 34115-01
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол или ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение) за съдова хирургия), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ

или Детска сърдечна реанимация
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика – рентгенов апарат
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура, тъй като съгласно медицинския стандарт по „Кардиология" задължителните звена по т. 1,2,3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология – четирима лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология, двама лекари, притежаващи допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология", удостоверена със съответно свидетелство, един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;

- за клиника/отделение по съдова хирургия - в структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет – за кодове: 59970-02; 59970-03; 59970-04; 35309-06; 35309-07; 35307-00; 35307-01; 35303-06; 34115-00; 34115-01/.

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа **(разположение)** на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

катетър за интракоронарен ултразвук	НЗОК не заплаща посоченото изделие
катетър за вътресъдова оценка - ОСТ	НЗОК не заплаща посоченото изделие

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- За клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия/ съдова хирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, задължително – 150 минути).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

А. Диагностика и интервенционално лечение на пациенти с:

- **клинични и параклинични данни за настъпващ белодробен оток/кардиогенен шок, вследствие миокардна исхемия (за коронарна интервенция);**
- **клинични и параклинични данни за кардиална форма на белодробен тромбемболизъм;**
- **ятрогенна лезия на коронарен съд (за имплантиране на стент);**
- **остра сърдечна недостатъчност (за имплантиране на устройство, подпомагащо сърдечната функция);**
- **сърдечна недостатъчност (остра или изострена) при заболявания на сърдечните клапи и миокарда;**
- **клинични и инструментални данни за сърдечна тампонада;**
- **болни с ОМИ, насочени от друго лечебно заведение в първите 24 часа от хоспитализацията, с проведена фибринолиза за спешна интервенционална лечебна процедура;**
- **клинични, параклинични и ангиографски данни за хронична исхемична болест на сърцето с доказана ангиографски сигнификантна стеноза(и);**
- **клинични и инструментални данни за високорискова тиха миокардна исхемия;**
- **остра артериална и венозна недостатъчност на периферни и висцерални артериални и венозни съдове.**

Б. Диагностика и интервенционално лечение на пациенти:

- **хронична артериална недостатъчност на висцерални и мозъчни артерии и артерии на горни и долни крайници;**

- **вродени сърдечни малформации;**
- **сърдечни клапни заболявания;**
- **заболявания на венозната система;**
- **кардиомиопатии;**
- **резистентна артериална и белодробна хипертония.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Интервенционалното лечение на сърдечно - съдовите заболявания включва балонна ангиопластика, имплантиране на интракоронарен стент, перикардна пункция, въвеждане на балон за аортна контрапулсация, радиофреквентна аблация.

Балонната ангиопластика, известна също като перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика (PTCA), е процедура за реканализация на запушен или разширяване на стеснен коронарен съд. След локална анестезия, през водещ катетър по водач в коронарния съд се въвежда балонен катетър, който се позиционира на мястото на стеснението. След това балонът се раздува, при което се притиска атеросклеротичната плака и се разтяга външния еластичен слой на артерията. Крайният резултат е възстановяване на кръвотока в стеснения съд. Процедурата се извършва под рентгенов контрол. Визуализирането на лумена на коронарните артерии се осъществява чрез инжектиране на контрастна материя.

След балонна ангиопластика около 1/3 до 1/2 от пациентите могат да получат повторно стеснение на същото място за период до 6 месеца след процедурата - рестеноза. За намаляване на риска от рестеноза, непосредствено след балонната ангиопластика на мястото на разширения сегмент на артерията най-често се имплантира **интракоронарен стент**. Той се въвежда върху балонен катетър и се притиска плътно към стената на артерията чрез раздуване на този балон. Процедурата се извършва под рентгенов контрол.

Балонна ангиопластика при клапна митрална , пулмонална и аортна стеноза

Интервенцията се извършва пункционно от феморалната вена или артерия, като при предварително интракардиално изследване е измерена степента на клапното стеснение и диаметъра на съответния клапен пръстен. След като се сондира стенотичната клапа, през нея се въвежда специален дълъг водач и по него под рентгенов контрол се въвежда съответният по размер балонен катетър. Той се раздува с необходимото налягане с цел отстраняване на сращането на платната на стенотичната клапа.

Перикардната пункция се извършва при наличие на голям перикарден излив и риск от тампонада. Стандартната процедура включва пункция на перикарда чрез субксифоиден достъп и въвеждане на катетър за евакуация на излива, като едновременно с това се вливат обемзаместващи разтвори за поддържане на хемодинамиката.

Консервативната терапия се провежда с нитропрепарати, бета блокери, антиагреганти, антикоагуланти, АСЕ инхибитори, калциеви антагонисти, статини (интензивна доза), обезболяващи медикаменти (опиати).

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за овладяване на основните патологични симптоми и стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- овладяване на основните патологични симптоми в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведеното интервенционално лечение;
- стабилно клинично състояние;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място, налагащо болнично лечение.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология"; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..,..,....

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№.....

ж.к.....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....
ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година

Директор на лечебното заведение: ..... подпис и печат на лечебното заведение	**Лекар, вложил МИ:** ..... фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените сърдечни малформации (ВСМ) се срещат в около 1% при новородените деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата, поради смесване на артериална с венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни кардиопатии. Ако детето Ви е родено с цианотичен порок, то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника (отделение), където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни точния вид на малформацията и ще се определи плана за по-нататъшно поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършване на сложни изследвания или дори операция.

При отглеждане на дете с цианотична ВСМ у дома, могат да настъпят остри състояния изискващи спешно приемане в болница. Такова състояние е хипоксемичната криза. Тя се дължи на остро намаление на притока на кислород към мозъка, вследствие физически усилия, неспокойствие, съпътстващо заболяване. Децата стават с много интензивно син цвят на кожата, неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако такова състояние настъпи при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще бъде без майка си. Ще му бъдат дадени лекарства за успокоение, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за вливане на необходимите лекарства. След овладяване на острото нарушение ще се направят необходимите изследвания за уточняване на причината за възникването му. Вие трябва да контактувате с Вашия лекуващ лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяване на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

БАЛОННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА

Балонната валвулопластика е метод на лечение, при който премахването на клапната стеноза се извършва с помощта на специален балонен катетер. Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациента е под обща анестезия, а ако е дете под 1 год. възраст - и с апаратна вентилация. През стеснената клапа на сърцето се поставя водач и по него в сърцето се въвежда балонен катетър, който се раздува с цел премахване на клапното стеснение, причинено от срасналите клапни платна.

Непосредствените резултати са много добри при над 90% от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция и свързаните с нея торакотомия и използване на машина сърце - бял дроб, възможните усложнения от това, както и козметичния дефект от белега от операцията.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

Рисковете са малки и те се наблюдават предимно при новородени и кърмачета. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи да налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с балонен катетър в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашават живота. Възможно е да настъпи пробив на сърдечна кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил изследването.

ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА АБНОРМНИ СЪДОВИ КОМУНИКАЦИИ

Запушването (емболизация) на абнормни съдове се извършва при пациенти с аортнопулмонални колатерали при комплексни кардиопатии, като предоперативна подготовка за окончателна корекция. При перисистиращ артериален канал и артериовенозни малформации това може да е дефинитивно лечение, като основното предимство е избягването на първична или повторна операция и свързаните с нея евентуално използване на машина сърце - бял дроб, възможни усложнения, както и козметичен дефект от белега на операцията.

Интервенцията се извършва под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през катетър се въвежда подходящ ембол в абнормния съд. При непълно запушване може да се наложи поставянето на втори ембол.

Рисковете от процедурата са малки, редки и сходни с тези от сърдечната катетеризация. Ако по време на манипулацията ембола се размести трябва да се извади с въвеждащия катетър. В случай, че не може да се „прибере" обратно в катетъра, ще се наложи оперативното му отстраняване, като в същото време дефекта се затвори. Емболът ще остане инкорпориран в съда. Материята, която е използвана за изработката му е същата, която се използва в сърдечната хирургия за затваряне на тези комуникации.

КП № 20 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП № 20.3 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Друга ангиография	
59970-02	Мозъчна ангиография
59903-03	Аортография
Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])	
Артериография	
59970-03	Периферна артериография
59970-04	Друга артериография *Не включва*: такава с магнитен резонанс (90902 [1991]) такава на: аорта (59903-03 [1990]) мозъчен съд (59970-02 [1990]) коронарна артерия (38218 [668]) периферна артерия (59970-03 [1989])
Друга ангиография	
59718-00	Флебография Венография *Не включва*: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])
1923	***Хематологични изследвания***
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
1924	**Биохимична изследвания**
91910-28	Креатинкиназа (КК)
1934	**Други лабораторни изследвания**
91911-01	Изследване на MB фракция на креатинкиназа
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19 92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Транслуменна балонна ангиопластика	

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758]) такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
с атеректомия (виж блок [669])

35309-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-00 [754])

35309-07 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-01 [754])

35307-00 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, един стент
Включва: използване на устройство за емболна протекция

35307-01 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, много стентове
Включва: използване на устройство за емболна протекция

Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация

Не включва: нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])

35317-00 Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия

720 Други процедури на артерия

32737-00 Ренална симпатикусова денервация
Катетър базирана ренална денервация

777 Други процедури на артерии и вени

30059-01 Тромбфрагментация и аспирация с аспирационен катетър

Ексцизия на артериовенозна фистула на шия

Кодирай също когато е направена:
прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])

34115-00 Ексцизия или лигиране на обикновена артериовенозна фистула на шия 34115-01 Ексцизия или лигиране на сложна артериовенозна фистула на шия

Възстановяване артериовенозна фистула на шията

Кодирай също когато е направено:
прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])

34124-00 Възстановяване на обикновена артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта

34124-01 Възстановяване на сложна артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758]) такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
с атеректомия (виж блок [669])

35307-00 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, един стент

Включва: използване на устройство за емболна протекция

35307-01 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, много стентове

Включва: използване на устройство за емболна протекция

Приложение на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-10 Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт

Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (минимум една задължително интервенционална с катетеризация) и две основни терапевтични процедури, от които **едната е задължително интервенционална** от посочените в таблица **Кодове на основни процедури.** Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934- Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно следва да бъде изпълнено условието, изписано „Включва следните медико-диагностични изследвания: ПКК, хемостезеологичен статус - aPTT, МВ фракция.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

За некоронарни съдови сектори - от група 3 „Съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове“ и от подгрупите 4.2 „Периферни стентове“ и 4.3 „Балони, излъчващи лекарство“ при необходимост и по преценка, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти като НЗОК заплаща до четири протезни материала едноактно и не повече от осем годишно, в рамките на една календарна година.

В рамките на 30 дни от дехоспитализацията по предходната КП, в едно и също ЛЗБП, на едно ЗЗОЛ, когато се отчитат КП № 17.1 и КП № 20.3, НЗОК заплаща само КП

№ 20.3, при условие, че са спазени изискванията за завършена КП.

НЗОК заплаща за до 100 случая в рамките на една календарна година медицинското изделие от подгрупа 4.5 „Сет за ротаблация, включващ катетър за ротаблация, 1 бр. устройство за придвижване на катетър, 1бр. водач за ротаблация“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията

на болничната медицинска помощ“, извън цената на КП № 20.1. ЛЗБП, които прилагат посоченото медицинско изделие е необходимо да разполагат на територията си с клиника/отдление по кардиохирургия.

При код (38256-00 и 38256-01) „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система“, лечебното заведение се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) и “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната процедура” в графата „фабричен номер”. Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода. Неразделна част от ИЗ на пациента става** “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура” **за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

При установяване на триклонова болест със SYNTAX скор над 32, с оглед преценка на възможностите за лечение (интервенционално или оперативно) да се извърши задължителна консултация с кардиохирург в рамките на болничния престой или непосредствено след дехоспитализацията.

При пациенти с три и/или многоклонова коронарна болест, както и при съпътстващи оперативни клапни лезии, рещението за вида реваскуларизация се взема от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, въз основа на актуалните Европейски ръководни правила.

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност кардиология, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", в обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по съдова хирургия - III ниво на компетентност
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по съдова хирургия – за ЛЗ, които ще отчитат процедури с кодове: 59970-02; 59970-03; 59970-04; 35309-06; 35309-07; 35307-00; 35307-01; 35303-06; 34115-00; 34115-01
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол или Ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност
(разположение) за съдова хирургия), оборудвана с апаратура за видеоконтрол

3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика – рентгенов апарат
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура, тъй като съгласно медицинския стандарт по

„Кардиология" задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност,
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност "Инвазивна кардиология", удостоверена със съответно свидетелство.

или

в клиника/отделение по инвазивна кардиология – двама кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за

извършване на високоспециализирана дейност "Инвазивна кардиология", удостоверена със съответно свидетелство;

или

в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

за клиника/отделение по съдова хирургия - в структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет - за кодове: 59970-02; 59970-03; 59970-04; 35309-06; 35309-07; 35307-00; 35307-01; 35303-06; 34115-00; 34115-01.

един лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
лекар/и със специалност по образна диагностика;
лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа **(разположение)** на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия/ съдова хирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение -

гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително 150 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

А. Диагностика и интервенционално лечение на пациенти с:

клинични и параклинични данни за настъпващ белодробен оток/кардиогенен шок, вследствие миокардна исхемия (за коронарна интервенция);

- клинични и параклиничн данни за кардиална форман белодробен тромбемболизъм;
- ятрогенна лезия на коронарен съд (за имплантиране на стент);
- остра сърдечна недостатъчност (за имплантиране на устройство, подпомагащо сърдечната функция);
- сърдечна недостатъчност (остра или изострена) при заболявания на сърдечните клапи и миокарда;
- клинични и инструментални данни за сърдечна тампонада;
- болни с ОМИ, насочени от друго лечебно заведение в първите 24 часа от хоспитализацията, с проведена фибринолиза за спешна интервенционална лечебна процедура;
- клинични, параклинични и ангиографски данни за хронична исхемична болест на сърцето с доказана ангиографски сигнификантна стеноза(и);
- клинични и инструментални данни за високорискова тиха миокардна исхемия;
- остра артериална и венозна недостатъчност на периферни и висцерални артериални и венозни съдове.

Б. Диагностика и интервенционално лечение на пациенти:

- хронична артериална недостатъчност на висцерални и мозъчни артерии и артерии на горни и долни крайници;
- вродени сърдечни малформации;
- сърдечни клапни заболявания;
- заболявания на венозната система;
- кардиомиопатии;
- резистентна артериална и белодробна хипертония.

5б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Интервенционалното лечение на сърдечно - съдовите заболявания включва балонна ангиопластика, имплантиране на интракоронарен

стент, перикардна пункция, въвеждане на балон за аортна контрапулсация, радиофреквентна аблация.

Балонната ангиопластика, известна също като перкутанна транслуменна коронарна ангиопластика (PTCA), е процедура за реканализация на запушен или разширяване на стеснен коронарен съд. След локална анестезия, през водещ катетър по водач в коронарния съд се въвежда балонен катетър, който се позиционира на мястото на стесненията. След това балонът се раздува, при което се притиска атеросклеротичната плака и се разтяга външния еластичен слой на артерията. Крайният резултат е възстановяване на кръвотока в стеснения съд. Процедурата се извършва под рентгенов контрол. Визуализирането на лумена на коронарните артерии се осъществява чрез инжектиране на контрастна материя.

След балонна ангиопластика около 1/3 до 1/2 от пациентите могат да получат повторно стеснение на същото място за период до 6 месеца след процедурата - рестеноза. За намаляване на риска от рестеноза, непосредствено след балонната ангиопластика на мястото на разширения сегмент на артерията най-често се имплантира **интракоронарен стент**. Той се въвежда върху балонен катетър и се притиска плътно към стената на артерията чрез раздуване на този балон. Процедурата се извършва под рентгенов контрол.

Балонна ангиопластика при клапна митрална , пулмонална и аортна стеноза

Интервенцията се извършва пункционно от феморалната вена или артерия, като при предварително интракардиално изследване е измерена степента на клапното стеснение и диаметъра на съответния клапен пръстен. След като се сондира стенотичната клапа, през нея се въвежда специален дълъг водач и по него под рентгенов контрол се въвежда съответният по размер балонен катетър. Той се раздува с необходимото налягане с цел отстраняване на сращването на платната на стенотичната клапа.

Перикардната пункция се извършва при наличие на голям перикарден излив и риск от тампонада. Стандартната процедура включва пункция на перикарда чрез субксифоиден достъп и въвеждане на катетър за евакуация на излива, като едновременно с това се вливат обемзаместващи разтвори за поддържане на хемодинамиката.

Консервативната терапия се провежда с нитропрепарати, бета блокери, антиагреганти, антикоагуланти, АСЕ инхибитори, калциеви антагонисти, статини (интензивна доза), обезболяващи медикаменти (опиати).

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти, могат да извършват по назначение или самостоятелно.

6.ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

7.ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за овладяване на основните патологични симптоми и стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- овладяване на основните патологични симптоми в резултат на клинично наблюдение, проведените изследвания и/или проведеното интервенционално лечение;
- стабилно клинично състояние;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място, налагащо болнично лечение.

Обективното състояние на пациента при изписването се отразява в приложения "Фиш за дехоспитализация", който става неразделна част от История на заболяването.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология"; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

8.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".***ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:**

"История на заболяването";

част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ- НЗОК №7*;

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№.....

ж.к. .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....

подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ:

фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените сърдечни малформации (ВСМ) се срещат в около 1% при новородените деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата, поради смесване на артериална с венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни кардиопатии. Ако детето Ви е родено с цианотичен порок, то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника (отделение), където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни точния вид на малформацията и ще се определи плана за по-нататъшно поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършване на сложни изследвания или дори операция.

При отглеждане на дете с цианотична ВСМ у дома, могат да настъпят остри състояния изискващи спешно приемане в болница. Такова състояние е хипоксемичната криза. Тя се дължи на остро намаление на притока на кислород към мозъка, вследствие физически усилия, неспокойствие, съпътстващо заболяване. Децата стават с много интензивно син цвят на кожата, неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако такова състояние настъпи при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще бъде без майка си. Ще му бъдат дадени лекарства за успокоение, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за вливане на необходимите лекарства. След овладяване на острото нарушение ще се направят необходимите изследвания за уточняване на причината за възникването му. Вие трябва да контактувате с Вашия лекуващ лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяване на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

БАЛОННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА

Балонната валвулопластика е метод на лечение, при който премахването на клапната стеноза се извършва с помощта на специален балонен катетер. Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациента е под обща анестезия, а ако е дете под 1

год. възраст - и с апаратна вентилация. През стеснената клапа на сърцето се поставя водач и по него в сърцето се въвежда балонен катетър, който се раздува с цел премахване на клапното стеснение, причинено от срасналите клапни платна.Непосредствените резултати са много добри при над 90% от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция и свързаните с нея торакотомия и използване на машина сърце - бял дроб, възможните усложнения от това, както и козметичния дефект от белега от операцията.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

Рисковете са малки и те се наблюдават предимно при новородени и кърмачета. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи да налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с балонен катетър в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашават живота. Възможно е да настъпи пробив на сърдечна кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил изследването.

ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА АБНОРМНИ СЪДОВИ КОМУНИКАЦИИ

Запушването (емболизация) на абнормни съдове се извършва при пациенти с аортнопулмонални колатерали при комплексни кардиопатии, като предоперативна подготовка за окончателна корекция. При перисистиращ артериален канал и артериовенозни малформации това може да е дефинитивно лечение, като основното предимство е избягването на първична или повторна операция и свързаните с нея евентуално използване на машина сърце - бял дроб, възможни усложнения, както и козметичен дефект от белега на операцията.

Интервенцията се извършва под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през катетър се въвежда подходящ ембол в абнормния съд. При непълно запушване може да се наложи поставянето на втори ембол.

Рисковете от процедурата са малки, редки и сходни с тези от сърдечната катетеризация. Ако по време на манипулацията ембола се размести трябва да се извади с въвеждащия катетър. В случай, че не може да се „прибере" обратно в катетъра, ще се наложи оперативното му отстраняване, като в същото време дефекта се затвори. Емболът ще остане инкорпориран в съда.

КП № 21 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНИ АРИТМИИ

КП № 21.1 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНИ АРИТМИИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Електрофизиологични изследвания [EPS]

38209-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра
Изследване на:
• атриовентрикуларна проводимост
• функция на синусов възел
• синкоп
Обикновено изследване на камерна тахикардия
Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

38212-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра
Тест с антиаритмични медикаменти
Комплексно изследване на камерна тахикардия
Индукция на камерна тахикардия
Интраоперативно сърдечно мапиране
Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

Друга ангиография

59903-03 Аортография
Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Деструктивни процедури на предсърдие

Включва: такава с:
- криоаблация
- електрофизиологични изследвания
- лазер
- микровълни
- радиофреквентна аблация

Кодирай също когато е направена:
- трансезофагеална ехокардиография (55118-00 [1942])

Не включва: отделяне на допълнителен път (38512-00, 38515-00 [600])

38287-02 Катетърна аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща лява предсърдна кухина
Изолиране на пулмонална вена чрез перкутанен достъп
Включва: достъп до ляво предсърдие чрез транссептална пункция

38290-01 Катетърна аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща двете предсърдни кухини
Изолиране на пулмонална вена с аблация на аритмичен кръг или фокус, включващо дясно предсърдие чрез перкутанен достъп
Включва: достъп до ляво предсърдие чрез транс-септална пункция

38287-01 Катетърна аблация на аритмичен кръг или фокус некласифицирана другаде
Катетърна аблация на атриовентрикуларен аритмичен кръг или фокус

Деструктивни процедури на камера

38518-00 Аблация на камерен мускул
Включва: аневризмектомия
мапинг

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

	Поставяне на временен ендокарден пейсмейкър *Не включва*: изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода
38256-00	Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие
38256-01	Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера

Приложение на фармакотерапия

96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва:* хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, доказващи състояние, налагащо извършването на ексцизия или деструкция и задължително 38287-02 или 38290-01 или 38287-01 или 38518-00 като основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Код 38256-00 или 38256-01 се отчита по преценка на лекуващия лекар като втора терапевтична процедура, само след прилагане на код 38287-02 или 38290-01 или 38287-01 или 38518-00.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При код 38256-00 или 38256-01 „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система“, лечебното заведение се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) и “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура” в графата „фабричен номер”. Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода при извършване на дейности по кодове код 38256-00 или 38256-01. Неразделна част от ИЗ на пациента става “ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА” за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

Препоръчително е в ИЗ на пациента да фигурира формуляр, принтиран от електронния регистър „BG Ephy“, удостоверяващ извършената електрофизиологична процедура“.

4 УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология ".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кардиология".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. Отделение по инвазивна електрофизиология
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност,
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Клиника/отделение по кардиохирургия - когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – четирима лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури);

- в отделение за диагностика и лечение по ритъмно-проводни нарушения – двама кардиолози, задължително един от лекарите трябва да притежава допълнителна професионална квалификация за експертно второ ниво по "Инвазивна електрофизиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ? и минимум по 50 инвазивни

лечебни процедури годишно като самостоятелен оператор (радиофреквентни аблации) или сертификат от Европейската асоциация по аритмии за успешно положен изпит за извършване на инвазивна електрофизиология;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография. **За извършване на ехокардиография на експертно ниво:** лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна електрофизиология/инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа **(разположение)** на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- Звеното по инвазивна електрофизиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, задължително – 150 минути).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна електрофизиология само по спешност.

Всички извършени интервенции препоръчително се регистрират в Националния регистър на сдружението по кардиостимулация и електрофизиология „BG Ephy", съгласно изискванията на Европейската асоциация по ритъмни нарушения.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Интервенционална диагностика и лечение на болни с ритъмни нарушения на сърдечната дейност:

- WPW синдром;
- надкамерна и камерна тахикардия;
- предсърдно трептене;
- предсърдно мъждене;
- камерни екстрасистоли.

5б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

На ЕФИ подлежат:

- болни с проводни нарушения на сърдечната дейност;
- болни с ритъмни нарушения на сърдечната дейност;
- болни с преживян или суспектен сърдечен арест;
- болни със синкоп или пресинкоп.

Контраиндикации за извършване на електрофизиологично изследване:

- възпалителни заболявания или повишена функция на щитовидната жлеза;
- декомпенсирана сърдечна недостатъчност;
- остър миокарден инфаркт; остра миокардна исхемия

Провеждане на медикаментозно лечение:

1. антитромбозни – антикоагуланти (нефракциониран хепарин), антитромбоцитни – ацетилсалицилова киселина – при индикации;
2. антиаритмици – и.в. и перорални;
3. антиалергични средства – при необходимост.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- точна диагноза на ритъмното/проводното нарушение;
- проведена радиофреквентна аблация/криоаблация;
- овладяване/липса на ритъмни и проводни нарушения;
- благоприятна ЕКГ динамика;
- стабилна хемодинамика;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна електрофизиология" или "Инвазивна детска кардиология", остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Дигиталният носител на извършеното ангиографско изследване се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата в отговор на постоянната и/или временна кардиостимулация, когато се налага:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..,..,....

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... **№.** ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... **№.** ☐☐.☐

Клинична процедура ..... **№.** ☐☐.☐

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Пациент: .....

(подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ЛЯВА И ДЯСНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

Исхемичната болест на сърцето (ИБС) е най-честото заболяване, срещано в развитите страни. Изразява се в развитието на различно по степен стеснение на съдовете, хранещи сърдечния мускул (коронарни артерии). Най-тежката проява е миокардният инфаркт. Това е и най-честата причина за смърт в развитите страни.

Заболяванията на клапния апарат на сърцето се наричат сърдечни пороци. Те могат да бъдат вродени и придобити. За правилна оценка на всички тези заболявания е необходимо провеждането на лява и/или дясна сърдечна катетеризация.

Сърдечната катетеризация е високоспециализирано изследване, което се осъществява чрез пункция на артерията и/или вената на бедрото или ръката и вкарване през специални катетри на контрастно вещество в артериите, хранещи сърцето, сърдечните кухини и аортата, под рентгенов контрол. По такъв начин се получава точна информация за евентуално наличие на стеснение и/или запушвания на артериите на сърцето, както и промени в сърдечните кухини и клапи, които са причина за Вашите оплаквания. Това ще даде възможност да се прецени дали е необходимо извършване на допълнителна интервенция по метода на сърдечната катетеризация или пък е уместно да Ви бъде предложена сърдечна операция – аорто-коронарен байпас или клапно протезиране. Приложеното йонизиращо лъчение по време на изследването не застрашава Вашето здраве.

ЕЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

Ритъмните и проводните нарушения влошават сърдечната функция и някои от тях могат да доведат до внезапна сърдечна смърт. Чрез електрофизиологичното изследване на

сърцето може да се постави точна диагноза и да се прецени рискът при всеки конкретен пациент. Освен това се преценяват точните възможности за лечение.

Електрофизиологичното изследване на сърцето е свързано с въвеждане на 3 или 4 катетъра по венозен или артериален път. В местата на въвеждане на катетрите се използва местна упойка. Локализирането на катетрите в сърцето се извършва под рентгенов контрол. Електрофизиологичното изследване се състои в подаване на слаби електрически импулси в сърцето и по този начин - оценка на проводната му система и предизвикване на ритъмното нарушение, което е причина за Вашите сърдечни оплаквания. Процедурата е с продължителност от 3 до 4 часа.

Процедурата не се провежда в условия на бременност, при данни за възпалителни заболявания или повишена функция на щитовидната жлеза, при сърдечна недостатъчност и стенокардни оплаквания, при рутинни лабораторни показатели извън нормалните стойности.

Какво ще трябва да направите?

В деня преди процедурата е необходимо да се отстрани окосмяването в областта на слабините и в горната част на гръдния кош. В деня на процедурата не трябва да закусвате. След приключване на изследването се налага да останете за наблюдение в болницата не по-малко от едно денонощие.

Какви са рисковете?

В местата на въвеждане на катетрите могат да се получат подуване, болка и поява на подкожна синина. Налице е също така и вероятност за увреждане на съдовете, което да наложи медикаментозно или оперативно лечение на засегнатия крайник.

При въвеждане на катетрите е възможно засягане на белите дробове с поява на нарастващ задух по време на процедурата или в часовете след нея. В тези случаи се налага лечение за един или няколко дни в отделение за интензивни грижи.

По време на процедурата екипът от лекари ще се информира за Вашите оплаквания и ще следи Вашето състояние отблизо. Той може да прекъсне процедурата, ако счете, че това е най-доброто за Вас. Вероятността да се получат усложнения е малка, но ако това стане, Вие ще получите своевременно съответни медицински грижи.

Ако имате каквито и да било въпроси, свързани с изследването, моля попитайте лекар от екипа, който извършва процедурите.

КП № 21 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНИ АРИТМИИ

КП № 21.2 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ СЪРДЕЧНИ АРИТМИИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Електрофизиологични изследвания [EPS]

38209-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра
Изследване на:
• атриовентрикуларна проводимост
• функция на синусов възел
• синкоп
Обикновено изследване на камерна тахикардия
Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

38212-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра
Тест с антиаритмични медикаменти
Комплексно изследване на камерна тахикардия
Индукция на камерна тахикардия
Интраоперативно сърдечно мапиране
Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

Друга ангиография

59903-03 Аортография
Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:

• използвайки:
  • мапиране с цветен поток
  • Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  • механично секторно сканиране
  • трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Деструктивни процедури на предсърдие

Включва: такава с:
• криоаблация
• електрофизиологични изследвания
• лазер
• микровълни
• радиофреквентна аблация

Кодирай също когато е направена:
• трансезофагеална ехокардиография (55118-00 [1942])

Не включва: отделяне на допълнителен път (38512-00, 38515-00 [600])

38287-02 Катетърна аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща лява предсърдна кухина
Изолиране на пулмонална вена чрез перкутанен достъп

Включва: достъп до ляво предсърдие чрез транссептална пункция

38290-01 Катетърна аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща двете предсърдни кухини
Изолиране на пулмонална вена с аблация на аритмичен кръг или фокус, включващо дясно предсърдие чрез перкутанен достъп

Включва: достъп до ляво предсърдие чрез транс-септална пункция

38287-01 Катетърна аблация на аритмичен кръг или фокус некласифицирана другаде
Катетърна аблация на атриовентрикуларен аритмичен кръг или фокус

Деструктивни процедури на камера

38518-00 Аблация на камерен мускул

Включва: аневризмектомия
мапинг

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарден пейсмейкър

	Не включва: изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода
38256-00	Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие
38256-01	Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера

Приложение на фармакотерапия

96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва:	хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, доказващи състояние, налагащо извършването на ексцизия или деструкция и задължително 38287-02 или 38290-01 или 38287-01 или 38518-00 като основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Код 38256-00 или 38256-01 се отчита по преценка на лекуващия лекар като втора терапевтична процедура, само след прилагане на код 38287-02 или 38290-01 или 38287-01 или 38518-00.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При код 38256-00 или 38256-01 „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система“, лечебното заведение се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) и “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура” в графата „фабричен номер”. Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода при извършване на дейности по кодове код 38256-00 или 38256-01. Неразделна част от ИЗ на пациента става “ ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА” за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

Препоръчително е в ИЗ на пациента да фигурира формуляр, принтиран от електронния регистър „BG Ephy“, удостоверяващ извършената електрофизиологична процедура“.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кардиология".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска кардиология
2. Отделение по инвазивна електрофизиология
3. КАИЛ/ОАИЛ или Детска реанимация
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Клиника/отделение по кардиохирургия - когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в отделение за диагностика и лечение по ритъмно-проводни нарушения – двама кардиолози, задължително един от лекарите да има допълнителна професионална квалификация по "Инвазивна електрофизиология" (експертно второ ниво) удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ и минимум по 50 инвазивни лечебни процедури годишно като самостоятелен оператор (радиофреквентни аблации) или сертификат от

Европейската асоциация по аритмии за успешно положен изпит за извършване на инвазивна електрофизиология;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

или

- в клиника/отделение по детска кардиология – четирима лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология/кардиология/ревмокардиология, двама лекари, с допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по "Инвазивна електрофизиология", "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ, един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Специалистите със сертификат по инвазивна електрофизиология/инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа **(разположение)** на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- Звеното по инвазивна електрофизиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително –150 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна електрофизиология само по спешност.

Всички извършени интервенции е препоръчително да се регистрират в Националния регистър на сдружението по кардиостимулация и електрофизиология „BG Ephy", съгласно изискванията на Европейската асоциация по ритъмни нарушения.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Интервенционална диагностика и лечение на болни с ритъмни нарушения на сърдечната дейност:

- WPW синдром;
- надкамерна и камерна тахикардия;
- предсърдно трептене;
- предсърдно мъждене;
- камерни екстрасистоли.

5б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

На ЕФИ подлежат:

- болни с проводни нарушения на сърдечната дейност;
- болни с ритъмни нарушения на сърдечната дейност;
- болни с преживян или суспектен сърдечен арест;
- болни със синкоп или пресинкоп.

Контраиндикации за извършване на електрофизиологично изследване:

- бременност;
- възпалителни заболявания или повишена функция на щитовидната жлеза;
- декомпенсирана сърдечна недостатъчност;
- остър миокарден инфаркт; остра миокардна исхемия;
- при рутинни лабораторни показатели извън нормалните стойности.

Провеждане на медикаментозно лечение:

1. антитромбозни – антикоагуланти (нефракциониран хепарин), антитромбоцитни – ацетилсалицилова киселина – при индикации;
2. антиаритмици – и.в. и перорални;
3. антиалергични средства – при необходимост.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- точна диагноза на ритъмното/проводното нарушение;
- проведена радиофреквентна аблация/криоаблация;
- овладяване/липса на ритъмни и проводни нарушения;
- благоприятна ЕКГ динамика;
- стабилна хемодинамика;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна електрофизиология" или "Инвазивна детска кардиология", остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Дигиталният носител на извършеното ангиографско изследване се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата в отговор на постоянната и/или временна кардиостимулация, когато се налага:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане . . код на държава

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. . .

Амбулаторна процедура ..... №. . .

Клинична процедура ..... №. . .

Диагноза: .....МКБ10 . . .

дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година Пациент: ..... (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ЛЯВА И ДЯСНА СЪРДЕЧНА КАТЕТЕРИЗАЦИЯ

Исхемичната болест на сърцето (ИБС) е най-честото заболяване, срещано в развитите страни. Изразява се в развитието на различно по степен стеснение на съдовете, хранещи сърдечния мускул (коронарни артерии). Най-тежката проява е миокардният инфаркт. Това е и най-честата причина за смърт в развитите страни.

Заболяванията на клапния апарат на сърцето се наричат сърдечни пороци. Те могат да бъдат вродени и придобити. За правилна оценка на всички тези заболявания е необходимо провеждането на лява и/или дясна сърдечна катетеризация.

Сърдечната катетеризация е високоспециализирано изследване, което се осъществява чрез пункция на артерията и/или вената на бедрото или ръката и вкарване през специални катетри на контрастно вещество в артериите, хранещи сърцето, сърдечните кухини и аортата, под рентгенов контрол. По такъв начин се получава точна информация за евентуално наличие на стеснение и/или запушвания на артериите на сърцето, както и промени в сърдечните кухини и клапи, които са причина за Вашите оплаквания. Това ще даде възможност да се прецени дали е необходимо извършване на допълнителна интервенция по метода на сърдечната катетеризация или пък е уместно да Ви бъде предложена сърдечна операция – аорто-коронарен байпас или клапно протезиране. Приложеното йонизиращо лъчение по време на изследването не застрашава Вашето здраве.

ЕЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

Ритъмните и проводните нарушения влошават сърдечната функция и някои от тях могат да доведат до внезапна сърдечна смърт. Чрез електрофизиологичното изследване на сърцето може да се постави точна диагноза и да се прецени рискът при всеки конкретен пациент. Освен това се преценяват точните възможности за лечение.

Електрофизиологичното изследване на сърцето е свързано с въвеждане на 3 или 4 катетъра по венозен или артериален път. В местата на въвеждане на катетрите се използва местна упойка. Локализирането на катетрите в сърцето се извършва под рентгенов контрол. Електрофизиологичното изследване се състои в подаване на слаби електрически импулси в сърцето и по този начин - оценка на проводната му система и предизвикване на ритъмното нарушение, което е причина за Вашите сърдечни оплаквания. Процедурата е с продължителност от 3 до 4 часа.

Процедурата не се провежда в условия на бременност, при данни за възпалителни заболявания или повишена функция на щитовидната жлеза, при сърдечна недостатъчност и стенокардни оплаквания, при рутинни лабораторни показатели извън нормалните стойности.

Какво ще трябва да направите?

В деня преди процедурата е необходимо да се отстрани окосмяването в областта на слабините и в горната част на гръдния кош. В деня на процедурата не трябва да закусвате. След приключване на изследването се налага да останете за наблюдение в болницата не по-малко от едно денонощие.

Какви са рисковете?

В местата на въвеждане на катетрите могат да се получат подуване, болка и поява на подкожна синина. Налице е също така и вероятност за увреждане на съдовете, което да наложи медикаментозно или оперативно лечение на засегнатия крайник.

При въвеждане на катетрите е възможно засягане на белите дробове с поява на нарастващ задух по време на процедурата или в часовете след нея. В тези случаи се налага лечение за един или няколко дни в отделение за интензивни грижи.

По време на процедурата екипът от лекари ще се информира за Вашите оплаквания и ще следи Вашето състояние отблизо. Той може да прекъсне процедурата, ако счете, че това е най-доброто за Вас. Вероятността да се получат усложнения е малка, но ако това стане, Вие ще получите своевременно съответни медицински грижи.

Ако имате каквито и да било въпроси, свързани с изследването, моля попитайте лекар от екипа, който извършва процедурите.

КП № 22 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ

КП № 22.1 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой– 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

Електрофизиологични изследвания [EPS]

38212-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра
Тест с антиаритмични медикаменти
Комплексно изследване на камерна тахикардия
Индукция на камерна тахикардия
Интраоперативно сърдечно мапиране
Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

38209-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра
Изследване на:
• атриовентрикуларна проводимост
• функция на синусов възел
• синкоп
Обикновено изследване на камерна тахикардия
Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

Друга ангиография

59903-03 Аортография
Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Артериография

59970-04 Друга артериография
Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])
такава на:
• аорта (59903-03 [1990])
• мозъчен съд (59970-02 [1990])
• коронарна артерия (38218 [668])

• периферна артерия (59970-03 [1989])

59970-03 Периферна артериография

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на септум

38270-00 Перкутанна предсърдна септостомия
Предсърдна септостомия, трансвенозен метод чрез:
• балон
• по остър път
Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на аортна клапа

38270-01 Перкутанна балонна аортна валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация
Кодирай също когато е направен:
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38270-03 Перкутанна балонна пулмонална валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на митрална клапа

38270-02 Перкутанна балонна митрална валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация
Кодирай също когато е направена:

• клапна анулопластика (38475, 38477 [627] и [633])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

Затваряне на персистиращ дуктус артериозус

Включва: клипсиране } отворен дуктус артериозус
отделяне }
лигиране }

38700-00 Перкутанно затваряне на перистиращ дуктус артериозус
Включва: с протеза или устройство

Затваряне на сърдечен колатерален съд

38700-02 Перкутанно затваряне на сърдечен колатерален съд

Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
• балон
• спирали
• етанол
• желатинова гъба
• лепило
• пластмасови частици
катетеризация

35321-04 Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове, гръден кош

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика
Корекция } стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

НЗОК заплаща за до 20 случая в рамките на една календарна година медицински изделия от групите „Устройства за затваряне на артериален канал“ и „Устройства за запушване на абнормални съдови комуникации“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, извън цената на КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)
7.Клиника/отделение по детска кардиохирургия – за лица до 18 год.възраст.

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология" задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури, от които двама,

притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност "Инвазивна кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ и минимум 100 инвазивни лечебни процедури годишно като самостоятелен оператор).

- в клиника/отделение по инвазивна кардиология – **двама** кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност "Инвазивна кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ и минимум 100 инвазивни лечебни процедури годишно като самостоятелен оператор;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа **(разположение)** на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително** – до **150 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

А. Интервенционална диагностика и лечение на пациенти с вродени сърдечни малформации и клинични и параклинични данни за:

- настъпващ белодробен оток/кардиогенен шок;
- кардиална форма на белодробен тромбемболизъм;

- остра сърдечна недостатъчност (за имплантиране на устройство, подпомагащо сърдечната функция);
- извършване на балонна атриосептостомия по Рашкинд при новородени с изолирана транспозиция на големите артерии (ТГА).

Б. Планова интервенционална диагностика и лечение:

- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци (ревматични и дегенеративни).

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично лечебен план.

Извършването на интервенционална процедура при деца най-често се осъществява под обща анестезия и нерядко на апаратна вентилация. Това налага участието и на анестезиолог. Децата, които са интубирани, се оставят за наблюдение 24 часа в детска реанимация.

Интервенционалното лечение на вродени сърдечни малформации включва балонна ангиопластика, затваряне на персистиращ дуктус артериозус и други аномални съдови комуникации.

Балонната ангиопластика, известна също като перкутанна транслуменна ангиопластика (PTA), е процедура за реканализация на запушен или разширяване на стеснен съд. След локална анестезия, през водещ катетър по водач се въвежда балонен катетър в съответния съд и се позиционира на мястото на стесненията. След това балонът се раздува, при което се разтяга външния еластичен слой на артерията. Крайният резултат е възстановяване на кръвотока в стеснения съд. Процедурата се извършва под рентгенов контрол. Визуализирането на лумена на съдовете се осъществява чрез инжектиране на контрастна материя.

След балонна ангиопластика част от пациентите могат да получат повторно стеснение на същото място - рестеноза. За намаляване на риска от рестеноза, непосредствено след балонната ангиопластика или като първична процедура, на мястото на стеснения сегмент на артерията се имплантира **стент**. Той се въвежда върху балонен катетър и се притиска плътно към стената на артерията чрез раздуване на балона. Процедурата се извършва под рентгенов контрол.

Балонна ангиопластика при клапна пулмонална и аортна стеноза

Интервенцията се извършва пункционно от феморалната вена или артерия, като при предварително интракардиално изследване е измерена степента на клапното стеснение и диаметъра на съответния клапен пръстен. След като се сондира стенотичната клапа, през нея се въвежда специален дълъг водач и по него под рентгенов контрол се въвежда съответният по размер балонен катетър. Той се раздува с необходимото налягане с цел отстраняване на сращането на платната на стенотичната клапа.

Затваряне на други аномални съдови комуникации

Тези интервенции се извършват също след диагностично инвазивно изследване при същите условия, но контролът на манипулацията е двоен – флуороскопски и ехографски чрез трансезофагеална ехокардиография. След сондиране на съществуващата комуникация през специален интродюсер се поставя затварящото или емболизиращо устройство, което се монтира така, че да затвори аномалната комуникация.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- след проведените изследвания и/или проведеното интервенционално или хирургично лечение е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място;
- стабилна хемодинамика.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или детска кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна детска кардиология" или "Инвазивна кардиология"; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул..... №.....

ж.к. .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

....

име на лечебното заведение

....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: ..... подпис и печат на лечебното заведение	**Лекар, вложил МИ:** ..... фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените сърдечни малформации (ВСМ) се срещат в около 1% при новородените деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата, поради смесване на артериална с венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни кардиопатии. Ако детето Ви е родено с цианотичен порок то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника (отделение), където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни точния вид на малформацията и ще се определи плана за по-нататъшно поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършване на сложни изследвания или дори операция.

При отглеждане на дете с цианотична ВСМ у дома, могат да настъпят остри състояния изискващи спешно приемане в болница. Такова състояние е хипоксемичната криза. Тя се дължи на остро намаление на притока на кислород към мозъка, вследствие физически усилия, неспокойствие, съпътстващо заболяване. Децата стават с много интензивно син цвят на кожата, неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако такова състояние настъпи при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще бъде без майка си. Ще му бъдат дадени лекарства за успокоение, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за вливане на необходимите лекарства. След овладяване на острото нарушение ще се направят необходимите изследвания за уточняване на причината за възникването му. Вие трябва да контактувате с лекуващия лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяване на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

БАЛОННА АТРИОСЕПТОСТОМИЯ (БАСС)

БАСС е интервенционална процедура, която се прилага по спешност при новородени в критично състояние и с несъвместими с живота ВСМ - при липса на връзка между двете предсърдия. Същността на манипулацията е създаване на такава връзка.

Новороденото се интубира и диша с помощта на апарат. През вена на крачето се въвежда специален балонен катетър, който след позициониране в лявото предсърдие се раздува и при издърпването му през предсърдната преграда последната се разкъсва. Рисковете от тази манипулация са минимални. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи може да наложи кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работа с катетрите в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашат живота на новороденото. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечната кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил интервенцията.

БАЛОННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА

Балонната валвулопластика е метод на лечение, при който премахването на клапната стеноза се извършва с помощта на специален балонен катетер. Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациента е под обща анестезия, а ако е дете под 1 год. възраст - и с апаратна вентилация. През стеснената клапа на сърцето се поставя водач

и по него в сърцето се въвежда балонен катетър, който се раздува с цел премахване на клапното стеснение, причинено от срасналите клапни платна.

Непосредствените резултати са много добри при над 90% от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция, свързаните с нея торакотомия и използване на машина сърце-бял дроб и възможните усложнения от това, както и козметичния дефект от белега от операцията.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

Рисковете са малки и те се наблюдават предимно при новородени и кърмачета. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи да налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с балонен катетър в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашават живота. Възможно е да настъпи пробив на сърдечна кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил изследването.

ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА АБНОРМНИ СЪДОВИ КОМУНИКАЦИИ

Запушването (емболизация) на абнормни съдове се извършва при пациенти с аортнопулмонални колатерали при комплексни кардиопатии, като предоперативна подготовка за окончателна корекция. При перисистиращ артериален канал и артериовенозни малформации това може да е дефинитивно лечение, като основното предимство е избягването на първична или повторна операция и свързаните с нея евентуално използване на машина сърце - бял дроб, възможни усложнения, както и козметичен дефект от белега на операцията.

Интервенцията се извършва под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през катетър се въвежда подходящ ембол в абнормния съд. При непълно запушване може да се наложи поставянето на втори ембол.

Рисковете от процедурата са малки, редки и сходни с тези от сърдечната катетеризация. Ако по време на манипулацията ембола се размести, трябва да се извади с въвеждащия катетър. В случай, че не може да се „прибере" обратно в катетъра ще се наложи оперативното му отстраняване, като в същото време дефекта се затвори. Емболът ще остане инкорпориран в съда. Материята, която е използвана за изработката му, е същата която се използва в сърдечната хирургия за затваряне на тези комуникации.

КП № 22 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ

КП № 22.2 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой– 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

Електрофизиологични изследвания [EPS]

38212-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра
Тест с антиаритмични медикаменти
Комплексно изследване на камерна тахикардия
Индукция на камерна тахикардия
Интраоперативно сърдечно мапиране
Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

38209-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра
Изследване на:
• атриовентрикуларна проводимост
• функция на синусов възел
• синкоп
Обикновено изследване на камерна тахикардия
Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

Друга ангиография

59903-03 Аортография
Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Артериография

59970-04 Друга артериография
Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])
такава на:
• аорта (59903-03 [1990])
• мозъчен съд (59970-02 [1990])
• коронарна артерия (38218 [668])

• периферна артерия (59970-03 [1989])

59970-03 Периферна артериография

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на септум

38270-00 Перкутанна предсърдна септостомия
Предсърдна септостомия, трансвенозен метод чрез:
• балон
• по остър път
Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на аортна клапа

38270-01 Перкутанна балонна аортна валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация
Кодирай също когато е направен:
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38270-03 Перкутанна балонна пулмонална валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на митрална клапа

38270-02 Перкутанна балонна митрална валвулопластика

Включва: сърдечна катетеризация

Кодирай също когато е направена:

• клапна анулопластика (38475, 38477 [627] и [633])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

Затваряне на персистиращ дуктус артериозус

Включва: клипсиране, отделяне, лигиране } отворен дуктус артериозус

38700-00 Перкутанно затваряне на перистиращ дуктус артериозус

Включва: с протеза или устройство

Затваряне на сърдечен колатерален съд

38700-02 Перкутанно затваряне на сърдечен колатерален съд

Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
• балон
• спирали
• етанол
• желатинова гъба
• лепило
• пластмасови частици
катетеризация

35321-04 Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове, гръден кош

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Корекция, Ревизия } стеноза на артериовенозна фистула чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

НЗОК заплаща за до 20 случая в рамките на една календарна година медицински изделия от групите „Устройства за затваряне на артериален канал“ и „Устройства за запушване на абнормални съдови комуникации“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, извън цената на КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)
7.Клиника/отделение по детска кардиохирургия – за лица до 18 год.възраст.

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология” задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 90 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология_– четирима лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология, двама лекари, притежаващи допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ, един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;

- лекар/лекари със специалност по детска кардиохирургия;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа **(разположение)** на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- за клиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително 150 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

А. Интервенционална диагностика и лечение на пациенти с вродени сърдечни малформации и клинични и параклинични данни за:

- настъпващ белодробен оток/кардиогенен шок;
- кардиална форма на белодробен тромбемболизъм;
- остра сърдечна недостатъчност (за имплантиране на устройство, подпомагащо сърдечната функция);
- извършване на балонна атриосептостомия по Рашкинд при новородени с изолирана транспозиция на големите артерии (ТГА).

Б. Планова интервенционална диагностика и лечение:

- вродени сърдечни малформации;
- придобити сърдечни пороци (ревматични и дегенеративни).

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично лечебен план.

Извършването на интервенционална процедура при деца най-често се осъществява под обща анестезия и нерядко на апаратна вентилация. Това налага участието и на анестезиолог. Децата, които са интубирани, се оставят за наблюдение 24 часа в детска реанимация.

Интервенционалното лечение на вродени сърдечни малформации включва балонна ангиопластика, затваряне на персистиращ дуктус артериозус и други аномални съдови комуникации.

Балонната ангиопластика, известна също като перкутанна транслуменна ангиопластика (PTA), е процедура за реканализация на запушен или разширяване на стеснен съд. След локална анестезия, през водещ катетър по водач се въвежда балонен катетър в съответния съд и се позиционира на мястото на стесненията. След това балонът се раздува, при което се разтяга външния еластичен слой на артерията. Крайният резултат е възстановяване на кръвотока в стеснения съд. Процедурата се извършва под рентгенов контрол. Визуализирането на лумена на съдовете се осъществява чрез инжектиране на контрастна материя.

След балонна ангиопластика част от пациентите могат да получат повторно стеснение на същото място - рестеноза. За намаляване на риска от рестеноза, непосредствено след балонната ангиопластика или като първична процедура, на мястото на стеснения сегмент на артерията се имплантира **стент**. Той се въвежда върху балонен катетър и се притиска плътно към стената на артерията чрез раздуване на балона. Процедурата се извършва под рентгенов контрол.

Балонна ангиопластика при клапна пулмонална и аортна стеноза

Интервенцията се извършва пункционно от феморалната вена или артерия, като при предварително интракардиално изследване е измерена степента на клапното стеснение и диаметъра на съответния клапен пръстен. След като се сондира стенотичната клапа, през нея се въвежда специален дълъг водач и по него под рентгенов контрол се въвежда съответният по размер балонен катетър. Той се раздува с необходимото налягане с цел отстраняване на сращането на платната на стенотичната клапа.

Затваряне на други аномални съдови комуникации

Тези интервенции се извършват също след диагностично инвазивно изследване при същите условия, но контролът на манипулацията е двоен – флуороскопски и ехографски чрез трансезофагеална ехокардиография. След сондиране на съществуващата комуникация през специален интродюсер се поставя затварящото или емболизиращо устройство, което се монтира така, че да затвори аномалната комуникация.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- след проведените изследвания и/или проведеното интервенционално или хирургично лечение е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място;

- стабилна хемодинамика.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или детска кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна детска кардиология" или "Инвазивна кардиология"; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

..

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ..

Амбулаторна процедура ..... №. ..

Клинична процедура ..... №. ..

Диагноза: .....МКБ10 ..

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....
ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените сърдечни малформации (ВСМ) се срещат в около 1% при новородените деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата, поради смесване на артериална с венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни кардиопатии. Ако детето Ви е родено с цианотичен порок то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника (отделение), където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни точния вид на малформацията и ще се определи плана за по-нататъшно поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършване на сложни изследвания или дори операция.

При отглеждане на дете с цианотична ВСМ у дома, могат да настъпят остри състояния изискващи спешно приемане в болница. Такова състояние е хипоксемичната криза. Тя се дължи на остро намаление на притока на кислород към мозъка, вследствие физически усилия, неспокойствие, съпътстващо заболяване. Децата стават с много интензивно син цвят на кожата, неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако такова състояние настъпи при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще бъде без майка си. Ще му бъдат дадени лекарства за успокоение, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за вливане на необходимите лекарства. След овладяване на острото нарушение ще се направят необходимите изследвания за уточняване на причината за възникването му. Вие трябва да контактувате с лекуващия лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяване на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

БАЛОННА АТРИОСЕПТОСТОМИЯ (БАСС)

БАСС е интервенционална процедура, която се прилага по спешност при новородени в критично състояние и с несъвместими с живота ВСМ - при липса на връзка между двете предсърдия. Същността на манипулацията е създаване на такава връзка.

Новороденото се интубира и диша с помощта на апарат. През вена на крачето се въвежда специален балонен катетър, който след позициониране в лявото предсърдие се раздува и при издърпването му през предсърдната преграда последната се разкъсва. Рисковете от тази манипулация са минимални. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи може да наложи кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работа с катетрите в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашат живота на новороденото. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечната кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил интервенцията.

БАЛОННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА

Балонната валвулопластика е метод на лечение, при който премахването на клапната стеноза се извършва с помощта на специален балонен катетер. Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациента е под обща анестезия, а ако е дете под 1 год. възраст - и с апаратна вентилация. През стеснената клапа на сърцето се поставя водач и по него в сърцето се въвежда балонен катетър, който се раздува с цел премахване на клапното стеснение, причинено от срасналите клапни платна.

Непосредствените резултати са много добри при над 90% от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция, свързаните с нея торакотомия и използване на машина сърце-бял дроб и възможните усложнения от това, както и козметичния дефект от белега от операцията.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

Рисковете са малки и те се наблюдават предимно при новородени и кърмачета. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи да налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с балонен катетър в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашават живота. Възможно е да настъпи пробив на сърдечна кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил изследването.

ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА АБНОРМНИ СЪДОВИ КОМУНИКАЦИИ

Запушването (емболизация) на абнормни съдове се извършва при пациенти с аортнопулмонални колатерали при комплексни кардиопатии, като предоперативна подготовка за окончателна корекция. При перисистиращ артериален канал и артериовенозни малформации това може да е дефинитивно лечение, като основното предимство е избягването на първична или повторна операция и свързаните с нея евентуално използване на машина сърце - бял дроб, възможни усложнения, както и козметичен дефект от белега на операцията.

Интервенцията се извършва под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през катетър се въвежда подходящ ембол в абнормния съд. При непълно запушване може да се наложи поставянето на втори ембол.

Рисковете от процедурата са малки, редки и сходни с тези от сърдечната катетеризация. Ако по време на манипулацията ембола се размести, трябва да се извади с въвеждащия катетър. В случай, че не може да се „прибере" обратно в катетъра ще се наложи оперативното му отстраняване, като в същото време дефекта се затвори. Емболът ще остане инкорпориран в съда. Материята, която е използвана за изработката му, е същата която се използва в сърдечната хирургия за затваряне на тези комуникации.

КП № 23 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

КП № 23.1 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

Електрофизиологични изследвания [EPS]

38212-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра
Тест с антиаритмични медикаменти
Комплексно изследване на камерна тахикардия
Индукция на камерна тахикардия
Интраоперативно сърдечно мапиране
Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

38209-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра
Изследване на:
• атриовентрикуларна проводимост
• функция на синусов възел
• синкоп
Обикновено изследване на камерна тахикардия
Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

Друга ангиография

59903-03 Аортография
Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Артериография

59970-04 Друга артериография
Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])
такава на:
• аорта (59903-03 [1990])
• мозъчен съд (59970-02 [1990])
• коронарна артерия (38218 [668])

• периферна артерия (59970-03 [1989])

59970-03 Периферна артериография

59970-04 Друга артериография

Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])
такава на:
• аорта (59903-03 [1990])
• мозъчен съд (59970-02 [1990])
• коронарна артерия (38218 [668])
• периферна артерия (59970-03 [1989])

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на септум

38270-00 Перкутанна предсърдна септостомия
Предсърдна септостомия, трансвенозен метод чрез:
• балон
• по остър път
Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на аортна клапа

38270-01 Перкутанна балонна аортна валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация
Кодирай също когато е направен:
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38270-03 Перкутанна балонна пулмонална валвулопластика

Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на митрална клапа

38270-02 Перкутанна балонна митрална валвулопластика

Включва: сърдечна катетеризация

Кодирай също когато е направена:

• клапна анулопластика (38475, 38477 [627] и [633])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

Затваряне на персистиращ дуктус артериозус

Включва: клипсиране } отворен дуктус артериозус
отделяне }
лигиране }

38700-00 Перкутанно затваряне на перистиращ дуктус артериозус

Включва: с протеза или устройство

Затваряне на сърдечен колатерален съд

38700-02 Перкутанно затваряне на сърдечен колатерален съд

Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
• балон
• спирали
• етанол
• желатинова гъба
• лепило
• пластмасови частици
катетеризация

35321-04 Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове, гръден кош

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Корекция } стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

	Включва: ендотрахеална: • интубация • асистирано дишане механична вентилация с: • ендотрахеална тръба (ETT) • назална • орална • трахеостомия отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод
	Кодирай също когато е направена: • трахеостомия: • перкутанна (41880-00 [536]) • постоянна (41881-01 [536]) • временна (41881-00 [536])
	Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568]) дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])
13882-00	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури (от които едната задължително е с код 13882-00 или 13882-01 или 13882-02, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При новородени деца с тежки цианотични вродени малформации (с МКБ код на диагноза Q20.1, Q20.3 и Q22.4), при които се налага първо извършване на спешна интервенционална процедура (код 38270-00) и след това радикална операция на отворено сърце, се отчитат и заплащат и двете клинични пътеки - № 23 и кардиохирургичната.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

НЗОК заплаща за до 20 случая ~~в~~ рамките на една календарна година медицински изделия от групите „Устройства за запушване на абнормални съдови комуникации“ и „Устройства за затваряне на артериален канал“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, извън цената на КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология ".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена / медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)
7.Клиника/отделение по детска кардиохирургия – за лица до 18 год.възраст.

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология" задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност "Инвазивна кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- в клиника/отделение по инвазивна кардиология – **двама** кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност "Инвазивна кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа **(разположение)** на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

- Спешно интервенционално лечение (балонна атриосептостомия по Рашкинд) при новородени с изолирана транспозиция на големите артерии.
- Интервенционално лечение (балонна ангиопластика, перикардна пункция, балонна атриосептостомия по Рашкинд, перкутанна балонна ангио/валвуло/пластика, емболизация на абнормни съдове, затваряне на вътресърдечни комуникации) при вродени сърдечни малформации.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Интервенционалното лечение на вродени сърдечни малформации включва балонна ангиопластика/валвулопластика, затваряне на персистиращ дуктус артериозус и други аномални съдови комуникации.

Балонната ангиопластика, известна също като перкутанна транслуменна ангиопластика (PTA), е процедура за реканализация на запушен или разширяване на стеснен съд. След локална анестезия, през водещ катетър по водач се въвежда балонен катетър в съответния съд и се позиционира на мястото на стесненията. След това балонът се раздува, при което се разтяга външния еластичен слой на артерията. Крайният резултат е възстановяване на кръвотока в стеснения съд. Процедурата се извършва под рентгенов контрол. Визуализирането на лумена на съдовете се осъществява чрез инжектиране на контрастна материя.

Балонна ангиопластика при клапна пулмонална и аортна стеноза

Интервенцията се извършва пункционно от феморалната вена или артерия, като при предварително интракардиално изследване е измерена степента на клапното стеснение и диаметъра на съответния клапен пръстен. След като се сондира стенотичната клапа, през нея се въвежда специален дълъг водач и по него под рентгенов контрол се въвежда съответният по размер балонен катетър. Той се раздува с необходимото налягане с цел отстраняване на сращането на платната на стенотичната клапа.

Затваряне на други аномални съдови комуникации

Тези интервенции се извършват също след диагностично инвазивно изследване при същите условия, но контролът на манипулацията е двоен – флуороскопски и ехографски чрез трансезофагеална ехокардиография. След сондиране на съществуващата комуникация през специален интродюсер се поставя затварящото или емболизиращо устройство, което се монтира така, че да затвори аномалната комуникация.

Интензивно лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- след проведените изследвания и/или проведеното интервенционално или хирургично лечение е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място;
- стабилна хемодинамика;
- екстубиран пациент с трайно спонтанно дишане..

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или детска кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна детска кардиология" или "Инвазивна кардиология; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..,..,.... код на държава

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул..... №. .....

ж.к. .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

....

име на лечебното заведение

....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ....

Амбулаторна процедура ..... №. ....

Клинична процедура ..... №. ....

Диагноза: .....МКБ10 ...,.. ...,..

дата на приемане: ..,..,.... ИЗ: ....

ден месец година номер година

дата на операцията: ..,..,.... Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените сърдечни малформации (ВСМ) се срещат в около 1% при новородените деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата, поради смесване на артериална с венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни кардиопатии. Ако детето Ви е родено с цианотичен порок то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника (отделение), където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни точния вид на малформацията и ще се определи плана за по-нататъшно поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършване на сложни изследвания или дори операция.

При отглеждане на дете с цианотична ВСМ у дома, могат да настъпят остри състояния изискващи спешно приемане в болница. Такова състояние е хипоксемичната криза. Тя се дължи на остро намаление на притока на кислород към мозъка, вследствие физически усилия, неспокойствие, съпътстващо заболяване. Децата стават с много интензивно син цвят на кожата, неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако такова състояние настъпи при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще бъде без майка си. Ще му бъдат дадени лекарства за успокоение, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за вливане на необходимите лекарства. След овладяване на острото нарушение ще се направят необходимите изследвания за уточняване на причината за възникването му. Вие трябва да контактувате с Вашия лекуващ лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяване на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

БАЛОННА АТРИОСЕПТОСТОМИЯ (БАСС)

БАСС е интервенционална процедура, която се прилага по спешност при новородени в критично състояние и с несъвместими с живота ВСМ - при липса на връзка между двете предсърдия. Същността на манипулацията е създаване на такава връзка.

Новороденото се интубира и диша с помощта на апарат. През вена на крачето се въвежда специален балонен катетър, който след позициониране в лявото предсърдие се раздува и при издърпването му през предсърдната преграда последната се разкъсва. Рисковете от тази манипулация са минимални. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи може да наложи кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работа с катетрите в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашат живота на новороденото. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечната кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил интервенцията.

БАЛОННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА

Балонната валвулопластика е метод на лечение, при който премахването на клапната стеноза се извършва с помощта на специален балонен катетър. Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациента е под обща анестезия, а ако е дете под 1 год. възраст - и с апаратна вентилация. През стеснената клапа на сърцето се поставя водач и по него в сърцето се въвежда балонен катетър, който се раздува с цел премахване на клапното стеснение, причинено от срасналите клапни платна.

Непосредствените резултати са много добри при над 90% от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция и свързаните с нея торакотомия и използване на машина сърце - бял дроб и възможните усложнения от това, както и козметичния дефект от белега от операцията.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

Рисковете са малки и те се наблюдават предимно при новородени и кърмачета. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи да налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с балонен катетър в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашават живота. Възможно е да настъпи пробив на сърдечна кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил изследването.

ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА АБНОРМНИ СЪДОВИ КОМУНИКАЦИИ

Запушването (емболизация) на абнормни съдове се извършва при пациенти с аортнопулмонални колатерали при комплексни кардиопатии, като предоперативна подготовка за окончателна корекция. При перисистиращ артериален канал и артериовенозни малформации това може да е дефинитивно лечение, като основното предимство е избягването на първична или повторна операция и свързаните с нея евентуално използване на машина сърце - бял дроб, възможни усложнения, както и козметичен дефект от белега на операцията.

Интервенцията се извършва под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през катетър се въвежда подходящ ембол в абнормния съд. При непълно запушване може да се наложи поставянето на втори ембол.

Рисковете от процедурата са малки, редки и сходни с тези от сърдечната катетеризация. Ако по време на манипулацията ембола се размести, трябва да се извади с въвеждащия катетър. В случай, че не може да се „прибере" обратно в катетъра, ще се наложи оперативното му отстраняване като в същото време дефекта се затвори. Емболът ще остане инкорпориран в съда. Материята, която е използвана за изработката му, е същата която се използва в сърдечната хирургия за затваряне на тези комуникации.

КП № 23 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

КП № 23.2 ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ И СВЪРЗАНИ С НЕГО ДИАГНОСТИЧНИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

Електрофизиологични изследвания [EPS]

38212-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≥ 4 катетъра
Тест с антиаритмични медикаменти
Комплексно изследване на камерна тахикардия
Индукция на камерна тахикардия
Интраоперативно сърдечно мапиране
Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

38209-00 Сърдечно електрофизиологично изследване, ≤ 3 катетъра
Изследване на:
• атриовентрикуларна проводимост
• функция на синусов възел
• синкоп
Обикновено изследване на камерна тахикардия
Не включва: при поставяне на пейсмейкър генератор (38353-00 [650])

Друга ангиография

59903-03 Аортография
Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Артериография

59970-04 Друга артериография
Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])
такава на:
• аорта (59903-03 [1990])
• мозъчен съд (59970-02 [1990])
• коронарна артерия (38218 [668])

• периферна артерия (59970-03 [1989])

59970-03 Периферна артериография

59970-04 Друга артериография

Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])
такава на:
• аорта (59903-03 [1990])
• мозъчен съд (59970-02 [1990])
• коронарна артерия (38218 [668])
• периферна артерия (59970-03 [1989])

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на септум

38270-00 Перкутанна предсърдна септостомия
Предсърдна септостомия, трансвенозен метод чрез:
• балон
• по остър път
Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на аортна клапа

38270-01 Перкутанна балонна аортна валвулопластика
Включва: сърдечна катетеризация
Кодирай също когато е направен:
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38270-03 Перкутанна балонна пулмонална валвулопластика

Включва: сърдечна катетеризация

Възстановяване на митрална клапа

38270-02 Перкутанна балонна митрална валвулопластика

Включва: сърдечна катетеризация

Кодирай също когато е направена:

• клапна анулопластика (38475, 38477 [627] и [633])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

Затваряне на персистиращ дуктус артериозус

Включва: клипсиране } отворен дуктус артериозус
отделяне }
лигиране }

38700-00 Перкутанно затваряне на перистиращ дуктус артериозус

Включва: с протеза или устройство

Затваряне на сърдечен колатерален съд

38700-02 Перкутанно затваряне на сърдечен колатерален съд

Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
• балон
• спирали
• етанол
• желатинова гъба
• лепило
• пластмасови частици
катетеризация

35321-04 Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове, гръден кош

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Корекция } стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Вентилаторно подпомагане

Ві-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия

Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

	Механична вентилация Налягане с позитивен експираторен край Вентилация с подпомагащо налягане [PSV] Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV] *Включва*: ендотрахеална: • интубация • асистирано дишане механична вентилация с: • ендотрахеална тръба (ETT) • назална • орална • трахеостомия отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод *Кодирай също когато е направена:* • трахеостомия: • перкутанна (41880-00 [536]) • постоянна (41881-01 [536]) • временна (41881-00 [536]) *Не включва*: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568]) дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])
13882-00	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури (от които едната задължително е с код 13882-00 или 13882-01 или 13882-02, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При новородени деца с тежки цианотични вродени малформации (с МКБ код на диагноза Q20.1, Q20.3 и Q22.4), при които се налага първо извършване на спешна интервенционална процедура (код 38270-00) и след това радикална операция на отворено сърце, се отчитат и заплащат и двете клинични пътеки - № 23 и кардиохирургичната.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

НЗОК заплаща за до 20 случая в рамките на една календарна година медицински изделия от групите „Устройства за запушване на абнормални съдови комуникации“ и „Устройства за затваряне на артериален канал“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“, извън цената на КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена / медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часова непрекъсната дейност (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване, велоергометрия, холтер мониториране)
7.Клиника/отделение по детска кардиохирургия – за лица до 18 год.възраст.

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология" задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология – лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология, двама лекари, притежаващи допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ, един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;

-лекар/и със специалност по детска кардиохирургия;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа **(разположение)** на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

- Спешно интервенционално лечение (балонна атриосептостомия по Рашкинд) при новородени с изолирана транспозиция на големите артерии.
- Интервенционално лечение (балонна ангиопластика, перикардна пункция, балонна атриосептостомия по Рашкинд, перкутанна балонна ангио/валвуло/пластика, емболизация на абнормни съдове, затваряне на вътресърдечни комуникации) при вродени сърдечни малформации.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Интервенционалното лечение на вродени сърдечни малформации включва балонна ангиопластика/валвулопластика, затваряне на персистиращ дуктус артериозус и други аномални съдови комуникации.

Балонната ангиопластика, известна също като перкутанна транслуменна ангиопластика (PTA), е процедура за реканализация на запушен или разширяване на стеснен съд. След локална анестезия, през водещ катетър по водач се въвежда балонен катетър в съответния съд и се позиционира на мястото на стеснението. След това балонът се раздува, при което се разтяга външния еластичен слой на артерията. Крайният резултат е възстановяване на кръвотока в стеснения съд. Процедурата се извършва под рентгенов контрол. Визуализирането на лумена на съдовете се осъществява чрез инжектиране на контрастна материя.

Балонна ангиопластика при клапна пулмонална и аортна стеноза

Интервенцията се извършва пункционно от феморалната вена или артерия, като при предварително интракардиално изследване е измерена степента на клапното стеснение и диаметъра на съответния клапен пръстен. След като се сондира стенотичната клапа, през нея се въвежда специален дълъг водач и по него под рентгенов контрол се въвежда съответният по размер балонен катетър. Той се раздува с необходимото налягане с цел отстраняване на сращането на платната на стенотичната клапа.

Затваряне на други аномални съдови комуникации

Тези интервенции се извършват също след диагностично инвазивно изследване при същите условия, но контролът на манипулацията е двоен – флуороскопски и ехографски чрез трансезофагеална ехокардиография. След сондиране на съществуващата комуникация през специален интродюсер се поставя затварящото или емболизиращо устройство, което се монтира така, че да затвори аномалната комуникация.

Интензивно лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- след проведените изследвания и/или проведеното интервенционално или хирургично лечение е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място;
- стабилна хемодинамика;
- екстубиран пациент с трайно спонтанно дишане..

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или детска кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна детска кардиология" или "Инвазивна кардиология; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул..... №.....

ж.к. .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

....

име на лечебното заведение

....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: ..... подпис и печат на лечебното заведение	**Лекар, вложил МИ:** ..... фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените сърдечни малформации (ВСМ) се срещат в около 1% при новородените деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата, поради смесване на артериална с венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни кардиопатии. Ако детето Ви е родено с цианотичен порок то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника (отделение), където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни точния вид на малформацията и ще се определи плана за по-нататъшно поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършване на сложни изследвания или дори операция.

При отглеждане на дете с цианотична ВСМ у дома, могат да настъпят остри състояния изискващи спешно приемане в болница. Такова състояние е хипоксемичната криза. Тя се дължи на остро намаление на притока на кислород към мозъка, вследствие физически усилия, неспокойствие, съпътстващо заболяване. Децата стават с много интензивно син цвят на кожата, неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако такова състояние настъпи при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще бъде без майка си. Ще му бъдат дадени лекарства за успокоение, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за вливане на необходимите лекарства. След овладяване на острото нарушение ще се направят необходимите изследвания за уточняване на причината за възникването му. Вие трябва да контактувате с Вашия лекуващ лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяване на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

БАЛОННА АТРИОСЕПТОСТОМИЯ (БАСС)

БАСС е интервенционална процедура, която се прилага по спешност при новородени в критично състояние и с несъвместими с живота ВСМ - при липса на връзка между двете предсърдия. Същността на манипулацията е създаване на такава връзка.

Новороденото се интубира и диша с помощта на апарат. През вена на крачето се въвежда специален балонен катетър, който след позициониране в лявото предсърдие се раздува и при издърпването му през предсърдната преграда последната се разкъсва. Рисковете от тази манипулация са минимални. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи може да наложи кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работа с катетрите в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашат живота на новороденото. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на сърдечната кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил интервенцията.

БАЛОННА ВАЛВУЛОПЛАСТИКА

Балонната валвулопластика е метод на лечение, при който премахването на клапната стеноза се извършва с помощта на специален балонен катетър. Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациента е под обща анестезия, а ако е дете под 1 год. възраст - и с апаратна вентилация. През стеснената клапа на сърцето се

поставя водач и по него в сърцето се въвежда балонен катетър, който се раздува с цел премахване на клапното стеснение, причинено от срасналите клапни платна.

Непосредствените резултати са много добри при над 90% от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция и свързаните с нея торакотомия и използване на машина сърце - бял дроб и възможните усложнения от това, както и козметичния дефект от белега от операцията.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

Рисковете са малки и те се наблюдават предимно при новородени и кърмачета. На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи да налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с балонен катетър в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашават живота. Възможно е да настъпи пробив на сърдечна кухина, което да налага спешна операция.

Информация за резултатите от изследването и възможните усложнения ще получите от лекаря от екипа, извършил изследването.

ЕМБОЛИЗАЦИЯ НА АБНОРМНИ СЪДОВИ КОМУНИКАЦИИ

Запушването (емболизация) на абнормни съдове се извършва при пациенти с аортнопулмонални колатерали при комплексни кардиопатии, като предоперативна подготовка за окончателна корекция. При перисистиращ артериален канал и артериовенозни малформации това може да е дефинитивно лечение, като основното предимство е избягването на първична или повторна операция и свързаните с нея евентуално използване на машина сърце - бял дроб, възможни усложнения, както и козметичен дефект от белега на операцията.

Интервенцията се извършва под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през катетър се въвежда подходящ ембол в абнормния съд. При непълно запушване може да се наложи поставянето на втори ембол.

Рисковете от процедурата са малки, редки и сходни с тези от сърдечната катетеризация. Ако по време на манипулацията ембола се размести, трябва да се извади с въвеждащия катетър. В случай, че не може да се „прибере" обратно в катетъра, ще се наложи оперативното му отстраняване като в същото време дефекта се затвори. Емболът ще остане инкорпориран в съда. Материята, която е използвана за изработката му, е същата която се използва в сърдечната хипургия за затваряне на тези комуникации.

КП № 24 ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЕКСТРАКРАНИАЛНИ СЪДОВЕ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

2.2 и 3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарнаямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

59903-03 Аортография

Не включва: тази с дигитална субтракционнаангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография

Не включва: феталнацефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35309-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-00 [754])

35309-07 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-01 [754])

35307-00 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, един стент
Включва: използване на устройство за емболна протекция

35307-01 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, много стентове
Включва: използване на устройство за емболна протекция

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменн абалонна ангиопластика
Корекция } стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

За некоронарни съдови сектори - от група 3 „Съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове“ и от подгрупите 4.2 „Периферни стентове“ и 4.3 „Балони, излъчващи лекарство“ при необходимост и по преценка, на **един пациент (ЗОЛ)** могат да

бъдат поставени един или повече импланти като НЗОК заплаща **до четири протезни материала едноактно и не повече от осем в рамките на една календарна година.**

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", от обхвата на медицинската специалност "Детска кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Нервни болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нервни болести", от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена са в съответствие с изискванията на медицински стандарти по „Кардиология", „Нервни болести" и „Съдова хирургия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена / медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по съдова хирургия или Клиника/отделение по нервни болести
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часованепрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивнокардиологично лечение или Детскасърдечна реанимация
4. Клиничналаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика – рентгенов апарат, ултразвуковдоплер, ангиограф
6. Отделение за неинвазивна диагностика – ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване,велоергометрия, холтер мониториране)
7. Кабинет за доплерова сонография

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология" задължителните звена по т. 1, 2, 3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията нанаселеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути или Отделение по сърдечна хирургия на ВСМ
2. Клиника/отделение по съдова хирургия
3. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
4. Лаборатория (отделение) по клинична патология
5. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ.

Или

в клиника/отделение по инвазивна кардиология – двама, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

или

в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- в клиника/отделение по съдова хирургия – в структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография. В структурата работи лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет;

- в клиника/отделение по нервни болести – четирима със специалност по нервни болести;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво:лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология– четирима лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология, двама лекари,притежаващи допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност по "Инвазивна кардиология" или "Инвазивна детска кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ, един със сертификат за базово ниво по ехокардиография;
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часово непрекъснат режим на работа (**разположение)** на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- Заклиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчителновреме за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.
- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**
- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия/ съдова хирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 150 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Диагностика и ендоваскуларно лечение при пациенти със:

- стенотичнооклузивни артериални заболявания на екстракраниалните артерии с клинични прояви на мозъчно-съдова болест;
- абнормално (аневризмално) разширени артериални съдове;
- травматична лезия на артериални съдове;
- вродени аномалии на артериални и венозни съдове;

- стенотичнооклузивни състояния на екстракраниалните съдове след извършени съдово-реконстуктивни интервенции;
- абнормални комуникации на артериите след извършени съдово-реконструктивни интервенции;
- запушване и стеноза на предмозъчните артерии.

5б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ИНДИКАЦИИ ЗА АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРАНЕ НА КАРОТИДНИ АРТЕРИИ:

1. Каротиднистенози над 50% при симптоматични пациенти (NASCET).

2. Каротиднистенози над 70% при асимптоматични пациенти (NASCET) с:

- оклузия на контралатералнатаICA;
- мултиплени съдови стенози;
- комбинирани стенози (CCAи ICA);
- постоперативни стенози на каротидните съдове;
- каротиднистенози при фибромускулнадисплазия, артериити /Takayasu/;
- предстояща голяма оперативна интервенция;
- нарастване на стенозата над 15% за период от 6 месеца.

3. Високостепенникаротиднистенози (IV-ти стадий) с рецидивиращи транзиторниисхемични атаки, когато инфарктният участък е ограничен.

4. Стенози на ECA са обект на интервенционална терапия само при симптоматични и пациенти с оклузия на ипсилатералнатаICA.

ПРЕПОРЪЧИТЕЛНО Е ИЗГОТВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН ПРОТОКОЛ ЗА АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРАНЕ НА КАРОТИДНИАРТЕРИИ, КОЙТО ВКЛЮЧВА:

<u>Премедикация:</u>

Антиагреганти

Препроцедура:

1.Неврологичен статус (определяне риска от инсулт по N.I.H.).

2.CT/ MRI.

3. Кардиологичен статус.

4. Добро хидратиране.

<u>Поставяне на стент PTA:</u>

1. Да не се приемат седативни медикаменти в деня на процедурата.

2. Извършва се само една процедура.

3. Задължителна ангиография на аортна дъга и четирите съда (желателно е да е направена преди манипулацията).

4. Използване на система за дистална съдова протекция.

5. Едностранно поставяне на стент.

6. По време на манипулацията инфузионноманитол – 250 мл до 1 час.

Вазодилататор, атропин при брадикардия – 1 мг.

7. Постоянен контрол на ЕКГ и артериално налягане.

8. Постоянен контрол на неврологичното състояние и на контралатералната ръка.

КЛИНИЧЕН ПРОТОКОЛ

(ПРИ ИЗПИСВАНЕ)

Неврологичен статус.

Доплер на каротидни артерии.

Антиагреганти.

Клинично проследяване на 1-ви, 6-ти месец, 1 година.

Контролен Доплер на 1-ви, 6-ти месец, 1 година.

Особености в протичането на преходните нарушения на мозъчното кръвообращение

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- транзиторна исхемична атака (ТИА);

- локализацията – топична диагноза;

- етиологията – етиологична диагноза, рисковите фактори и тежестта на острото разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);

- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);

- оценка на степента на стенозата/стенозите на екстракраниалните мозъчни артерии.

В хода на мозъчно-съдовото заболяване (в случая ТИА) даден пациент може да премине от една към друга степен на тежест и съответно на това се променят видът на лечебното отделение и времето за болничен престой. При наличието на допълнително соматично заболяване състоянието на всеки пациент с ТИА може допълнително да се утежни.

Най – голямо значение в крайното решение имат следните **индикации**:

- симптоматична каротидна стеноза (високостепенна >70%) със церебрални/ретинални ТИА или лек/обратим исхемичен инсулт през последните няколко месеца;

- симптоматична каротидна стеноза (умерена 50%-70%) със или без улцерации, резистентна на медикаментозно лечение;

- асимптомни каротидни стенози >70% при нискорискови пациенти, от 70 - 90% при налична контралатерална каротидна тромбоза или предстояща коронарна или периферно - съдова реконструктивна операция (мултифокална атеросклероза);

- асимптомни каротидни стенози >90%;

- персистиращ форамен овале.

Специфичното лечение при болните с ТИА включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи, които са насочени за профилактика от развитие на исхемични мозъчни инсулти. Медикаментозното лечение на ТИА включва използване на медикаменти, самостоятелно или в комбинация в извънболнични и болнични условия за лечение и провеждане на първична и/или вторична профилактика при ТИА:

- тромбоцитни антиагреганти.

При непоносимост, развитие на странични ефекти или неповлияване при по-младите възрастови групи прекарали ТИА или ИМИ със захарен диабет, коронарен байпас, патология на екстракраниалните магистрални съдове, тежка атероматоза и др. се изписва след етапна епикриза от болницата:

- индиректен перорален антикоагулант, за първична и/или вторична профилактика при болни прекарали ИМИ с хронично неревматично предсърдно мъждене, прекаран сърдечен инфаркт, ревматичен порок и др.

- Невропротекция.

- Антихиперлипидемични средства – статини.

- Лечение на когнитивните нарушения.
- Антихипертензивни и антиаритмични средства.

Медикаментозно лечение при ендоваскуларнаперкутаннаангиопластика:

- медикаментозно лечение: тромбоцитни антиагреганти. Интрапроцедурно се прилагат 100000 Е Хепарин болус еднократно и 1 мг атропин и.в. непосредствено преди първата предилатация за профилактика на хипертонията и брадикардията.

Неспецифично лечение на ТИА (при необходимост и индикации):

- корекция на артериалното налягане – при диастолично налягане над 120 mmHgи/или систолично налягане над 220 mmHg;
- корекция на аритмии, сърдечна недостатъчност;
- противооточно лечение;
- профилактика на дълбоки венозни тромбози – нискомолекулярни хепарини;
- аналгетици;
- седация и антиепилептични мерки;
- хидратация с водно-солеви разтвори;
- кислородолечение при SaO2 <90%;
- инсулин при кръвна захар >12 mmol/l;
- антипиретици (при фебрилитет);
- антибиотик при инфекция;
- реанимационни мерки при усложнения.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се оформя на базата на клиничната картина, проведените параклинични, инструментални неинвазивни и инвазивни изследвания и лечебни процедури.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- след проведените изследвания и/или проведеното интервенционално или хирургично лечение е настъпило овладяване на основните патологични симптоми и клинична стабилизация;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място, налагащо болнично лечение;
- стабилна хемодинамика.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Инвазивна кардиология“ или “Инвазивна детска кардиология”,; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Дигиталният носител на извършеното ангиографско изследване се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. Извършената ангиографска, инвазивна процедура се записва на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1.ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул..... №.....

ж.к.....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ..

Амбулаторна процедура ..... №. ..

Клинична процедура ..... №. ..

Диагноза: ..... МКБ10 .. .. ..

дата на приемане: .. .. ИЗ: ....

ден месец година номер година

дата на операцията: .. .. Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

СТЕНТИРАНЕ НА ЕКСТРАКРАНИАЛНИ МОЗЪЧНИ СЪДОВЕ

Балонната ангиопластика и стентиране на стеснена или запушена каротидна, вертебрална артерия или техен клон, се извършва с цел възстановяване проходимостта на съответната артерия. Тя се осъществява при ясно съзнание на пациента, с местна анестезия, чрез пункция на артерия на крака (бедрената артерия) или на ръката (радиалната или брахиалната артерия), след което чрез специален катетър в мозъчната артерия се въвежда по водач филтърно устройство, което предпазва мозъчната тъкан от дистална емболизация на партикули (микрочастици) от мястото на стесненията. Впоследствие, ако е необходимо, стесненията начално се дилатира (разширява) чрез раздуване на балон.

След предилатацията се имплантира стент (малка мрежеста метална тръбичка), която запазва проходимостта на отворената артерия. След имплантирането на стента във вече отворената артерия, от съдовата система и тялото на пациента се отстранява филтърното устройство заедно с уловените от него микрочастици.

Основното предимство на стентирането на мозъчни съдове е избягването на хирургичната интервенция и свързаните с нея: обща анестезия, по-дълъг болничен престой и наличието на цикатрикс (белег) върху кожата. Тя е успешна в около и над 95% от случаите, в зависимост от вида на стесненията.

По-нататъшното лечение включва лекарства, които намаляват слепването на тромбоцитите (антиагреганти), като приемът на клопидогрел е задължителен при поставен стент за минимум 3 месеца след процедурата, и е препоръчителен за поне 6 месеца, заедно с аспирин, който се продължава за цял живот.

Вашата подготовка за мозъчно-съдова интервенция включва:

- отстраняване на окосмяването в областта на слабините (при достъп през бедрената артерия) или на предмишницата (при достъп през радиалната артерия);

- в деня на процедурата не трябва да закусвате;

- 48 часа преди процедурата трябва да преустановите лечението с индиректни антикоагуланти.

Допълнителна информация за коронарната интервенция може да получите от лекуващия Ви екип.

КП № 25 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НЕСТАБИЛНА ФОРМА НА АНГИНА ПЕКТОРИС С ИНВАЗИВНО ИЗСЛЕДВАНЕ

1. Минимален болничен престой - 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Стенокардия

I20.0 Нестабилна стенокардия
Стенокардия:
- кресчендо
- новопоявила се при усилие
- влошаваща се при усилие

Интермедиерен коронарен синдром
Прединфарктен синдром

I20.1 Стенокардия с документиран спазъм
Стенокардия:
- ангиоспастична
- на Prinzmetal
- причинена от спазъм
- вариантна

I20.9 Стенокардия, неуточнена
Стенокардия:
- БДУ
- сърдечна

Стенокарден синдром
Исхемична гръдна болка

Остър инфаркт на миокарда

Включва: инфаркт на миокарда уточнен катоостър или с установенапродължителност 4 седмици (28 дена) или по-малко от началотому

Не включва: някоитекущи усложнения след остър инфаркт на миокарда (I23.—)
инфаркт на миокарда:
- стар (I25.2)
- уточнен катохроничен или с установенапродължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началотому (I25.8)
- повторен (I22.—)

постинфарктенмиокарден синдром (I24.1)

I21.4 Остърсубендокарден инфаркт на миокарда
Нетрансмурален инфаркт на миокарда БДУ

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

38207-00 Оценка на коронарния резерв, чрез прилагане на специална катетърна методика FFR

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

Коронарна ангиография

Кодирай също когато е направена:
• аортография (59903-03 [1990])
• вентрикулография (59903 [607])

38215-00 Коронарна ангиография

Коронарна ангиография

Кодирай също когато е направена:
• аортография (59903-03 [1990])
• вентрикулография (59903 [607])

38215-00 Коронарна ангиография

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
• използвайки:
  • мапиране с цветен поток
  • Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  • механично секторно сканиране
  • трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

55131-00 Интраваскуларен ултразвук на сърце (IVUS)

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1924 Биохимична изследвания

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

91910-21 Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол

91910-22 Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол

91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди

91910-28 Креатинкиназа (КК)

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934 Други лабораторни изследвания

91911-01 Изследване на МВ фракция на креатинкиназа

91911-02 Количествено изследване на тропонин I

11208-00 Оптична кохерентна томография (ОСТ)

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортнабалонна помпа

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-10 Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничнатапътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (като един от кодовете за коронарна ангиография от 59903-01, 59903-00, 59903-02 и 38215-00 включително е задължителен) и две основни терапевтични процедури, **посочени в таблица Кодове на основни процедури.** Когато се налага използване на кодовете от блокове 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, , като същевременно следва да бъде изпълнено условието „Включва минимум три от следните медико-диагностични изследвания: Електролити, MB фракция, Тропонин I - количествено изследване, Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При нестабилна стенокардия задължително се изследват CPK-MB и количествено изследване на тропонин в рамките на оценка на риска.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

При насочване за спешно кардиохирургично лечение с престой до 1 ден – случаите подлежат на проверка.

Извършва се оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром без персистираща СТ-сегмент елевация според GRACE скалата в първите 24 часа.

Извършва се инвазивна диагностика на болни с нестабилна ангина пекторис (НАП) и установен висок и умерен риск.

Извършва се оценка на терапевтичните алтернативи и решение за консервативно или интервенционално лечение, като при неподходяща коронарна анатомия за интервенционално лечение пациентът се насочва за оперативна реваскуларизация.

За последващо лечение пациентът се консултира от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, като за спешни пациенти това се прави непосредствено преди изписването и задължително се отразява в ИЗ. Съответното обсъждане/съгласуване с участниците може да се извършва и дистанционно. .

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена / медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часованепрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол.
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване,велоергометрия, холтермониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология” задължителните звена по т. 1,2,3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология –**четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ.

- в клиника/отделение по инвазивна кардиология –двама кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност “Инвазивна кардиология”, удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво:лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология/инвазивна детска кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа **(разположение)** на ангиографската зала /катетеризационна лаборатория.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- заклиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчително време за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.** Лечебното заведение, което осигурява в тези случаи може да е на територията на друга РЗОК.

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 150 минути**).

Осигуряването на 24-часова връзка и достъп до медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" е на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика и консервативно лечение при болни със:

- акселерирала стабилна стенокардия;
- новопоявила се стенокардия в покой;
- болни със съмнение за остър коронарен синдром.

2. Оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром без персистираща СТ-сегмент елевация според GRACE скалата в първите 24 часа.

3. Инвазивна диагностика на болни с нестабилна ангина пекторис (НАП) и установен висок и умерен риск.

4. Оценка на терапевтичните алтернативи и решение за консервативно или интервенционално лечение, като при неподходяща коронарна анатомия за интервенционално лечение пациентът се насочва за оперативна реваскуларизация.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-терапевтичен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 6 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 60-таминута от началото на хоспитализацията.Ехокардиография се извършва до12-иячас от началото на хоспитализацията.

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Специфични за наличието на нестабилна стенокардия са следните ЕКГ-ски промени, придружаващи болката:

- динамична депресия на ST –сегмент, по-голяма от 1 мм в две и повече съседни отвеждания;

- инверсия на Т-вълна (по-голяма от 1 мм) в отвежданията с преобладаващ R-зъбец;

- преходен бедрен блок (ЛББ).

До 24-ия час задължително се прави **оценка на риска*** от клиничното протичане на заболяването и данните от неинвазивните лабораторни изследвания. По-нататъшното терапевтично поведение се определя от оценката на риска. При неизвършена такава оценка, клиничната пътека не се счита за завършена.

***Оценка нариска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остъркоронарен синдром - прави се в първите 24 часа споредGRACE скала:**

http://www.outcomes-umassmed.org/grace/acs_risk/acs_risk_content.html

Разпечатката от интернет страницата се прилага в ИЗ, а оценката на риска **като степен се отразява в**епикризата,съгласноследните таблици:

Риск от болничнасмъртност при пациенти с нестабилна ангина и ОКС без персистиращаST-сегмент елевация, съгласноGRACE скала

нисък риск	1-108 т.	< 1 %
умерен риск	109 – 140 т.	1-3 %
висок риск	> 140 т.	> 3 %

Риск от болничнасмъртност при пациенти с ОКС, с персистиращаST-сегмент елевация, съгласноGRACE скала

нисък риск	49-125 т.	< 2%
умерен риск	126 – 154т.	2-5 %

висок риск > 155 т. > 5 %

Болните с нестабилна стенокардия с висок и умерен риск се хоспитализират спешно и се започва консервативно лечение, както при остъркоронарен синдром.

При болни с НАП и висок и умерен риск се провежда задължително селективна коронарна ангиография и при неподходяща коронарна анатомия за интервенционално лечение се насочват за оперативна реваскуларизация.

При наличие на допълнителен рисков фактор като рецидив на ангина или миокардна исхемия, повишаване и последващо понижение на тропонин, захарен диабет, предшестваща коронарна реваскуларизация, високорискова камерна аритмия, GFR под 60 мл/мин/1,73 кв.м., ЛК ФИ под 40%, независимо от от оценката по GRACE скалата, може да сепроведе селективна коронарна ангиография и и при неподходяща коронарна анатомия за интервенционално лечение тези болни се насочват за оперативна реваскуларизация.

Консервативната терапия при болни с нестабилна ангина пекторис с висок и умерен риск се провежда с нитропрепарати, бетаблокери, антиагреганти, антикоагуланти (нефракционираннхепарин, нискомолекуленхепарин и др.), АСЕ инхибитори, калциеви антагонисти, статини – (интензивна доза), обезболяващи медикаменти (опиати).

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина, електрокардиограма, лабораторните изследвания (СК, СК-МВ, тропонин, липидограма), ехокардиографията, СКАГ.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- определена терапевтична стратегия;
- липса на белези за миокардна исхемия в продължение на поне 24 часа;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място, налагащи лечение в болнични условия.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация, с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология"; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Дигиталният носител на извършеното ангиографско изследване се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1.ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

НЕСТАБИЛНА АНГИНА ПЕКТОРИС – КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ, АНГИОГРАФИЯ И КОРОНАРНА ИНТЕРВЕНЦИЯ

Нестабилната ангина се проявява най-често като гръдни болки (тежест, парене, притискане), които са непредвидими, обикновено настъпват в покой и са значително по-тежки от тези при стабилната ангина. Непредвидими са, защото оплакванията обикновено не се провокират от физическо усилие или стрес (за разлика от стабилната ангина), по-чести са, по-тежки са и най-често настъпват в покой. Това състояние се дължи на различни промени в коронарните артерии – възпалена “активирана” атеросклеротична плака, тромб, коронарен артериален спазъм или комбинация от изброените причини и има значително по-лоша прогноза от стабилната стенокардия.

Диагнозата се поставя по оплакванията и състоянието на пациента, серийно проследяване на ЕКГ и лабораторни изследвания. Разликата между малък миокарден инфаркт и нестабилна ангина е в положителните лабораторни проби за миокарднанекроза, които също се проследяват във времето. Лечението обикновено е в болница с венозни медикаменти, които противодействат на свръхактивираната система на съсирване (антикоагуланти), антиагреганти (аспирин и др), обезболяващи, нитроглицерин и т.н.

В понятието “нестабилна стенокардия” се включват различни по прогноза и риск пациенти. Факторите, които определят по-висок риск от смърт и усложнено протичане на заболяването включват често рецидивиращи гръдни болки в покой, особено в съчетание с промени в електрокардиограмата, съпътстващи прояви на сърдечна недостатъчност или нарушения на сърдечния ритъм, положителни лабораторни изследвания (сърдечен тропонин и други маркери за риск).

Пациентите без посочените рискови фактори са с нисък риск и се нуждаят само от медикаментозно лечение. При тези болни, след трайно обезболяване и стабилизиране, се прави велоергометричен тест преди изписването от болница. Въз основа на резултата от теста се преценява по-нататъшното поведение – лечение с медикаменти в дома под контрол на личен лекар и кардиолог или насочване към високо специализирана болница за коронарография и реваскуларизация.

Високо рисковите болни се лекуват интензивно с венозни медикаменти и прогнозата при тях се подобрява от възстановяване на нормалния кръвоток в коронарните артерии (реваскуларизация). За да се постигне реваскуларизация се прави диагностична коронарография – през артерия на ръката или крака в коронарните артерии се вкарват специални катетри под рентгенов контрол и се впръсква контрастна материя (получава се цветна снимка на коронарните артерии – артериалната система, която кръвоснабдява сърцето).

След установяване на коронарната анатомия се определя метода на реваскуларизация – интервенционален или оперативен (аортокоронарен бай-пас).

Интервенционалният метод на коронарна реваскуларизация включва балоннадилатация (разширяване) на коронарното стеснение с интракоронаренбалонен катетър, като понякога се поставя и интракоронаренстент (метална мрежичка, която поддържа проходимостта на съда). След интервенционална коронарна процедура е задължително продължителното антиагрегантно лечение – аспирин за цял живот и по препоръка на лекуващия кардиолог и втори антиагрегант (най-често клопидогрел).

Оперативниятареваскуларизация се прави чрез поставяне на коронарен бай-пас по хирургичен път – подробна информация може да получите от лекуващия лекар.

След изписване от болница, независимо от начина на лечение на нестабилната ангина, е наложително да съобразите начина си на живот с препоръките, които ще Ви бъдат дадени от лекуващия екип – съответна диета, двигателен режим, редовно медикаментозно лечение, строг контрол на т.нар. рискови фактори – артериална хипертония, захарен диабет, дислипидемия, затлъстяване и др. Лечението Ви в амбулаторни условия ще се провежда от Вашия личен лекар и кардиолог.

Изход от КП № 25

„Нестабилна форма на ангина пекторис с инвазивно изследване“

Отчетен период (месец)				
1	**2**	**3**	**4**	**5**
ЕГН на пациенти по КП № 25, с извършена коронарография: кодове на процедури по КСМП: 59903-01; 59903-00; 38215-00 ; 38215-00; 38215-00	Пациенти, преминали към КП № 26 или 28	Пациенти, насочени за кардиохирургично/неврохирургично или съдово хирургично лечение	Пациенти, извън посочените в колони 2 и 3, (с болести на миокарда и перикарда, БХ,симптоматични клапни пороци, очакващи сърдечна трансплантация), показани за инвазивна оценка за изключване на коронарна болест	Пациенти, които поради нормална ангиографска находка не преминават за лечение по други клинични пътеки
общо	**общо**	**общо**	**общо**	**общо**

Отчетът по КП 25 се прилага от всички лечебни заведения, работещи по тази клинична пътека, и се предава заедно с месечните отчети.

В случай, че броят на пациентите, при които след извършена коронарография се установява ангиографска находка без патологични промени (*колона 5*), е над 30% от общия брой пациенти с извършена коронарография (*колона 1*), това е повод за извършване на проверка от НЗОК и в случаите над 30% се заплащат с 30% занижение на цената на КП.

КП № 26 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НЕСТАБИЛНА ФОРМА НА АНГИНА ПЕКТОРИС С ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ

1. Минималенболничен престой - 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ДИАГНОЗИ ПО МКБ 10

Стенокардия

I20.0 Нестабилна стенокардия
Стенокардия:
- кресчендо
- новопоявила се при усилие
- влошаваща се при усилие

Интермедиерен коронарен синдром
Прединфарктен синдром

I20.1 Стенокардия с документиран спазъм
Стенокардия:
- ангиоспастична
- на Prinzmetal
- причинена от спазъм
- вариантна

I20.9 Стенокардия, неуточнена
Стенокардия:
- БДУ
- сърдечна

Стенокарден синдром
Исхемична гръдна болка

Остър инфаркт на миокарда

Включва: инфаркт на миокарда уточнен катоостър или с установенапродължителност 4 седмици (28 дена) или по-малко от началотому

Не включва: някоитекущи усложнения след остър инфаркт на миокарда (I23.—)
инфаркт на миокарда:
- стар (I25.2)
- уточнен катохроничен или с установенапродължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началотому (I25.8)
- повторен (I22.—)

постинфарктенмиокарден синдром (I24.1)

I21.4 Остърсубендокарден инфаркт на миокарда
Нетрансмурален инфаркт на миокарда БДУ

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация
38207-00 Оценка на коронарния резерв, чрез прилагане на специална катетърна методика FFR

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
• пулмонална клапа
• десни:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:
• аортна клапа
• леви:
  • предсърдие
  • камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

Коронарна ангиография

Кодирай също когато е направена:
• аортография (59903-03 [1990])
• вентрикулография (59903 [607])

38215-00 Коронарна ангиография

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
• използвайки:
  • мапиране с цветен поток
  • Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  • механично секторно сканиране
  • трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

55131-00 Интраваскуларен ултразвук на сърце (IVUS)

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

минимум три от следните медико-диагностични изследвания:

1924 Биохимична изследвания

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

91910-21 Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол

91910-22 Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол

91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди

91910-28 Креатинкиназа (КК)

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций

91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати

1934 Други лабораторни изследвания

91911-01 Изследване на МВ фракция на креатинкиназа

91911-02 Количествено изследване на тропонин I

11208-00 Оптична кохерентна томография (ОСТ)

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])
Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38300-00 Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика на 1 коронарна артерия
Перкутаннатранслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия

Ексцизни процедури на коронарни артерии

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

38309-00 Перкутаннатранслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия
Включва: балоннаангиопластика

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])
Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38300-00 Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика на 1 коронарна артерия
Перкутаннатранслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия

Ексцизни процедури на коронарни артерии

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

38309-00 Перкутанна транслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия
Включва: балонна ангиопластика

С този код се отчита и орбитална атеректомия,

Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация

Не включва: нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])

35317-00 Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38303-00 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика на ≥ 2 коронарни артерии
Перкутаннатранслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на ⌟ 2 коронарни артерии

Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация

Не включва: нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])

35317-00 Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия

Транслуминална коронарна ангиопластика със стентиране

Транслуменнабалоннаангиопластика

Включва: балоннадилатация на артерия
със стент(ове) излъчващ медикамент

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38306-00 Перкутанно поставяне на 1 транслуменстент в една коронарна артерия
Перкутанно имплантиране на 1 стент в една коронарна артерия

38306-01 Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменстента в една коронарна артерия
Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в една коронарна артерия

38306-02 Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменстента в множество коронарни артерии
Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в няколко коронарни артерии

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортнабалонна помпа

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарденпейсмейкър

Не включва: изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода

38256-00 Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие

38256-01 Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath

• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-10 Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични процедури (91910-20/ 91910-21/ 91910-22/ 91910-23/ 91910-28/ 91910-33/ 91910-34/ 91910-35/ 91911-01/ 91911-02), 11700-00, 55113-00, 55131-00 или 55118-00 и една от посочените интервенционални - 38203-00 или 38215-00) и две основни терапевтични процедури (задължително е една от процедурите да е коронарна интервенция - 38300-00 или 38309-00 или 35317-00 или 38303-00 или 38306-00 или 38306-01 или 38306-02), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.** Когато се налага използване на кодовете от блокове 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират необходимите кодове от блока, като същевременно следва да бъде изпълнено условието, „Включва минимум три от следните медико-диагностични изследвания: Електролити, MB фракция, Тропонин I - количествено изследване, Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При пациентите с кардиогенен шок се осъществява максимална реваскуларизация (многосъдова ПТКА със стентиране).

Националната здравноосигурителна каса при необходимост заплаща до четири стента едноактно и не повече от осем годишно за един ЗОЛ, в рамките на една календарна година, от подгрупа 4.1 „Коронарен стент“ от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ“. За всеки поставен стент след четвъртия, съответната РЗОК извършва проверка преди заплащане.

Да се прецизира приложението на медицински изделия от подгрупите 4.1.3 и 4.1.4. само за пациенти, при които това е медицински обосновано, като се спазват индикациите за имплантирането им, както следва:

Индикациите за имплантиране на „бифуркационен“ стент от подгрупа 4.1.3 „Бифуркационни стентове“ са:

1) Стеснение на коронарна артерия, включващо изхода на голям клон с калибър над 2 мм, кръвоснабдяващ голяма зона на витален миокард.

2) Необходимо е да се документира в протокола диаметъра на страничния клон, който налага използване на бифуркационен стент и задължително да се изисква заснемане на 2 коронарни интервенционални водача поставени през бифуркационната лезия във филма на пациента.

Индикациите за имплантиране на коронарен стент без полимер при пациенти с висок риск на кървене от подгрупата 4.1.4 „Стентове без полимер за пациенти с висок риск на кървене; конусовиден, наличен втори слой, блокиращ дисталната миграция на плака и тромб; резорбируеми“ са:

Използване на комбинация с антикоагулант след ПКИ (перкутанна коронарна интервенция).

Възраст ≥ 75 години.

Изходен хемоглобин < 110g/l или документирана хемотрансфузия, в предходния на ПКИ месец.

Всеки документиран предшестващ хеморагичен инсулт.

Хоспитализация за остро кървене, в предходната ПКИ година.

Текуща химиотерапия.

Хронична бъбречна недостатъчност (eGFR< 40ml/min).

Тромбоцитопения (PLT < 100 000/мм³).

Тежка чернодробна болест дефинирана, като варици на хранопровода 2-3 ст., асцит, енцефалопатия или повишен билирубин.

За пациент с висок риск от кървене се приема такъв с наличие на поне 1 критерий.

При необходимост и след преценка от лекуващия екип се прилага временна кардиостимулация. При код 38256-00 и 38256-01 „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система“, лечебното заведение се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) и “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура” в графата „фабричен номер”. Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода. Неразделна част от ИЗ на пациента става “ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА” за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

При нестабилна стенокардия задължително се изследват **CPK- MB и количествено изследване на тропонин** за отдиференциране на инфаркт на миокарда.

В рамките на 30 дни от дехоспитализацията по предходната КП, в едно и също ЛЗБП, на едно ЗЗОЛ, когато се отчитат КП № 25 и КП № 26, НЗОК заплаща само КП № 26, при условие, че са спазени изискванията за завършена КП.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

Извършва се оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром без персистираща СТ сегмент елевация според GRACE скалата в първите 24 часа.

Извършва се инвазивна диагностика на болни с НАП и установен висок и умерен риск.

Извършва се оценка на терапевтичните алтернативи за консервативно и интервенционално лечение, при наличие на подходяща коронарна анатомия.

За последващо лечение пациентът се консултира от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, като за спешни пациенти това се прави непосредствено преди изписването и задължително се отразява в ИЗ. Съответното обсъждане/съгласуване с участниците може да се извършва и дистанционно . .

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена /медицинска апаратура

1. Клиника/отделение по кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часованепрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол.
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивнокардиологично лечение
4. Клиничналаборатория с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване,велоергометрия, холтермониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология" задължителните звена по т. 1,2,3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури, двама от които, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност "Инвазивна кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ.

- в клиника/отделение по инвазивна кардиология – двама кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност "Инвазивна кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа **(разположение)** на ангиографската зала/катетеризационна лаборатория.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- заклиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчителновреме за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки със сърдечна и/или съдова хирургия, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по кардиохирургия (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително** – 150 **минути**).

Осигуряването на 24-часова връзка и достъп с медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" е на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика и започване на консервативно лечение на болни с акселерирала стабилна стенокардия; новопоявила се стенокардия в покой;остър коронарен синдром без ST елевация, проявяващи се с болка и специфични за наличието на нестабилна стенокардия ЕКГ-ски промени, придружаващи болката:

- динамична депресия на ST сегмент, по-голяма от 1 мм в две и повече съседни отвеждания;
- инверсия на Т-вълна (по-голяма от 1 мм) в отвежданията с преобладаващ R-зъбец;
- преходен бедрен блок (ЛББ).

2. Оценка на риска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остър коронарен синдром без персистираща СТ сегмент елевация според GRACE скалата в първите 24 часа.

3. Инвазивна диагностика на болни с НАП и установен висок и умерен риск.

4. Оценка на терапевтичните алтернативи за консервативно и интервенционално лечение, при наличие на подходяща коронарна анатомия.

5. Осигуряване на 24-часова връзка и достъп с медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 6-ия час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 60-таминута от началото на хоспитализацията.Ехокардиография се извършва до 12-иячасот началото на хоспитализацията.

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Специфични за наличието на нестабилна стенокардия са следните ЕКГ-ски промени, придружаващи болката:

- динамична депресия на ST –сегмент, по-голяма от 1 мм в две и повече съседни отвеждания;

- инверсия на Т-вълна (по-голяма от 1 мм) в отвежданията с преобладаващ R-зъбец;

- преходен бедрен блок (ЛББ).

До 24-ия час задължително се прави **оценка на риска*** от клиничното протичане на заболяването и данните от неинвазивните лабораторни изследвания. По-нататъшното терапевтично поведение се определя от оценката на риска. При неизвършена такава оценка, клиничната пътека не се счита за завършена.

***Оценка нариска за възникване на миокарден инфаркт или смърт при болни с остъркоронарен синдром - прави се в първите 24 часа споредGRACE скала:**

http://www.outcomes-umassmed.org/grace/acs_risk/acs_risk_content.html

Разпечатката от интернет страницата се прилага в ИЗ, а оценката на риска **като степен се отразява в**епикризата,съгласноследните таблици:

Риск от болничнасмъртност при пациенти с нестабилна ангина и ОКС без персистиращаST-сегмент елевация, съгласноGRACE скала

нисък риск	1-108 т.	< 1 %
умерен риск	109 – 140 т.	1-3 %
висок риск	> 140 т.	> 3 %

Оценкатана риска от клиничнотопротичане на заболяването и данните от неинвазивнителабораторниизследвания, коятоможе да е извършена в друго ЛЗБП, задължително се отразява в ИЗ и епикризата.

Болните с нестабилна стенокардия с висок и умерен риск се хоспитализират спешно и се започва консервативно лечение, както при остъркоронарен синдром.

При болни с НАП и висок и умерен риск се провежда задължително селективна коронарна ангиография и при подходяща коронарна анатомия се осъществява спешна интервенционална лечебна продура.

При наличие на допълнителен рисков фактор като рецидив на ангина или миокардна исхемия, повишаване и последващо понижение на тропонин, захарен диабет, предшестваща коронарна реваскуларизация, високорискова камерна аритмия, GFR под 60 мл/мин/1,73 кв.м., ЛК ФИ под 40%, независимо от от оценката по GRACE скалата, може да сепроведе селективна коронарна ангиография и и при неподходяща коронарна анатомия за интервенционално лечение тези болни се насочват за оперативна реваскуларизация.

Консервативната терапия при болни с нестабилна ангина пекторис с висок и умерен риск се провежда с нитропрепарати, бета блокери, антиагреганти, антикоагуланти (нефракциониран хепарин, нискомолекулен хепарин и др.), АСЕ инхибитори, калциеви антагонисти, статини (интензивна доза), обезболяващи медикаменти (опиати).

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина, електрокардиограма, лабораторните изследвания (СК, СК-МВ, тропонин, липидограма), ехокардиографията, СКАГ.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- стабилно клинично състояние;
- овладяване на основните патологични симптоми, в т. ч. липса на белези за миокардна исхемия в продължение на 24 часа;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място, налагащо болнично лечение.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за професионална квалификация, с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Дигиталният носител на извършеното ангиографско изследване се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1.ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол

м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..,..,....

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

Адрес: гр.(с) ..... ул..... №. .....

ж.к. .....бл.....вх.....тел.....

...

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

....

име на лечебното заведение

....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... **№.** ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... **№.** ☐☐.☐

Клинична процедура ..... **№.** ☐☐.☐

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Пациент: .....

(подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

НЕСТАБИЛНА АНГИНА ПЕКТОРИС – КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ, АНГИОГРАФИЯ И КОРОНАРНА ИНТЕРВЕНЦИЯ

Нестабилната ангина се проявява най-често като гръдни болки (тежест, парене, притискане), които са непредвидими, обикновено настъпват в покой и са значително по-тежки от тези при стабилната ангина. Това състояние се дължи на различни промени в коронарните артерии – възпалена "активирана" атеросклеротична плака, тромб, коронарен артериален спазъм или комбинация от изброените причини и има значително по-лоша прогноза от стабилната стенокардия.

Диагнозата се поставя по оплакванията и състоянието на пациента, серийно проследяване на ЕКГ и лабораторни изследвания. Разликата между малък миокарден инфаркт и нестабилна ангина е в положителните лабораторни проби за миокарднанекроза, които също се проследяват във времето. Лечението обикновено се провежда в болница, с венозни медикаменти, които противодействат на свръхактивираната система на съсирване (антикоагуланти), антиагреганти (аспирин и др.), обезболяващи, нитроглицерин и т.н.

В понятието "нестабилна стенокардия" се включват различни по прогноза и риск пациенти. Факторите, които определят по-висок риск от смърт и усложнено протичане на заболяването включват често рецидивиращи гръдни болки в покой, особено в съчетание с промени в електрокардиограмата, съпътстващи прояви на сърдечна недостатъчност или нарушения на сърдечния ритъм, положителни лабораторни изследвания (сърдечен тропонин и други маркери за риск).

Пациентите без посочените рискови фактори са с нисък риск и се нуждаят само от медикаментозно лечение. При тези болни, след трайно обезболяване и стабилизиране, се прави велоергометричен тест преди изписването от болница. Въз основа на резултата от теста се преценява по-нататъшното поведение – лечение с медикаменти в дома под контрол на личен лекар и кардиолог или насочване към високо специализирана болница за коронарография и реваскуларизация.

Високо рисковите болни се лекуват интензивно с венозни медикаменти и прогнозата при тях се подобрява от възстановяване на нормалния кръвоток в коронарните артерии (реваскуларизация). За да се постигне реваскуларизация се прави диагностична коронарография – през артерия на ръката или крака в коронарните артерии се вкарват специални катетри под рентгенов контрол и се впръсква контрастна материя (получава се цветна снимка на коронарните артерии – артериалната система, която кръвоснабдява сърцето).

След установяване на коронарната анатомия се определя метода на реваскуларизация – интервенционален или оперативен (аортокоронарен бай-пас).

Интервенционалният метод на коронарна реваскуларизация включва балоннадилатация (разширяване) на коронарното стеснение с интракоронаренбалонен катетър, като понякога се поставя и интракоронаренстент (метална мрежичка, която поддържа проходимостта на съда). След интервенционална коронарна процедура е задължително продължителното антиагрегантно лечение – аспирин за цял живот и по препоръка на лекуващия кардиолог и втори антиагрегант (най-често клопидогрел).

Оперативниятареваскуларизация се прави чрез поставяне на коронарен бай-пас по хирургичен път – подробна информация може да получите от лекуващия лекар.

След изписване от болница, независимо от начина на лечение на нестабилната ангина, е наложително да съобразите начина си на живот с препоръките, които ще Ви бъдат дадени от лекуващия екип – съответна диета, двигателен режим, редовно медикаментозно лечение, строг контрол на т.нар. рискови фактори – артериална хипертония, захарен диабет, дислипидемия, затлъстяване и др. Лечението Ви в амбулаторни условия ще се провежда от Вашия личен лекар и кардиолог.

КП № 27 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ С ФИБРИНОЛИТИК

1. Минимален болничен престой – 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър инфаркт на миокарда

Включва: инфаркт на миокарда уточнен като остър или с установена продължителност 4 седмици (28 дена) или по-малко от началото му

Не включва: някои текущи усложнения след остър инфаркт на миокарда (I23.—)
инфаркт на миокарда:
- стар (I25.2)
- уточнен като хроничен или с установена продължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началото му (I25.8)
- повторен (I22.—)

постинфарктен миокарден синдром (I24.1)

I21.0 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на предната стена
Трансмурален инфаркт (остър)(на):
- преден (предната стена) БДУ
- предно-върхов
- предно-латерален
- предно-септален

I21.1 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на долната стена
Трансмурален инфаркт (остър)(на):
- диафрагмалната стена
- долен (долната стена) БДУ
- долно-латерален
- долно-заден

I21.2 Остър трансмурален инфаркт на миокарда с други уточнени локализации
Трансмурален инфаркт (остър):
- върхово-латерален
- базално-латерален
- висок латерален
- латерален (латералната стена) БДУ
- заден (истински)
- задно-базален
- задно-латерален
- задно-септален
- септален БДУ

Повторен инфаркт на миокарда

Включва: рецидивиращ инфаркт на миокарда

Не включва: уточнен като хроничен или с установена продължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началото му (I25.8)

I22.0 Повторен инфаркт на миокарда на предната стена
Повторен инфаркт (остър)(на):
- преден (предната стена) БДУ
- предно-върхов
- предно-латерален
- предно-септален

I22.1 Повторен инфаркт на миокарда на долната стена
Повторен инфаркт (остър)(на):
- диафрагмалната стена
- долен (долната стена) БДУ
- долно-латерален
- долно-заден

I22.8 Повторен инфаркт на миокарда с друга уточнена локализация
Повторен инфаркт на миокарда (остър):
- върхово-латерален
- базално-латерален
- висок латерален
- латерален (латералната стена) БДУ
- заден (истински)
- задно-базален
- задно-латерален
- задно-септален
- септален БДУ

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор
Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода

11708-00 Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92056-00 Мониторинг на сърдечен дебит или кръвен ток, некласифицирано другаде

Включва следните медико-диагностични изследвания:
Електролити
МВ фракция

Тропонин –I количествено изследване
Липидограма– LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди

1924 БИОХИМИЧНА ИЗСЛЕДВАНИЯ

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

91910-21 Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол

91910-22 Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол

91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди

91910-28 Креатинкиназа (КК)

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934 Други лабораторни изследвания

91911-01 Изследване на МВ фракция на креатинкиназа

91911-02 Количествено изследване на тропонин I

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарден пейсмейкър
Не включва: изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода

38256-00 Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие

38256-01 Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера

Приложение на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath

• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури (от които задължително 91910-20/ 91910-21/91910-22/91910-23/91910-28/91910-33/91911-01/91911-02, 11700-00) и две основни терапевтични процедури (едната, от които е задължително 96199-01), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.** Когато се налага използване на кодовете от блокове 1924 – Биохимични изследвания и 1934- Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, за завършване и отчитане на тази КП, като същевременно се изпълнява изискването "Включва следните медико-диагностични изследвания: Електролити; MB фракция; Тропонин –I количествено изследване; Липидограма– LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди".

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При отчитане на направения фибринолитик 96199-01 **в РЗОК се представя сериен номер на опаковката на лекарството и при проверка в ЛЗ, подлежи на контрол.**

При необходимост и след преценка от лекуващия екип се прилага временна кардиостимулация. При код 38256-00 или 38256-01 „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система", лечебното заведение се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бланка №7 МЗ-НЗОК) и "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната процедура".

Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторната процедура/клиничната процедура” в графата „фабричен номер”. Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода. Неразделна част от ИЗ на пациента става “ ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНАТА ПРОЦЕДУРА” за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

Извършва се конвенционална терапия, независимо от провежданата фибринолиза.

Извършва се проследяване на терапевтичния ефект от проведената фибринолиза и вземане на решение за терапевтично поведение - консервативно или интервенционално, и организиране на приема и транспорта на пациента за коронарна ангиография и реваскуларизация в първите 24 часа.

Извършва се клинична стабилизация на пациента, лечение на усложненията при хемодинамична нестабилност и рискове от транспорт в първите 24 часа.

Всички пациенти се насочват за спешно инвазивно изследване в друго лечебно заведение за ранна коронарна ангиография и/или интервенция и клиничната пътека се счита за завършена, ако няма противопоказания за транспортиране.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кардиология”.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Легла за интензивно лечение в клиника/отделение по вътрешни болести или КАИЛ/ОАИЛ
3. Клинична лаборатория, с възможност за изследване на коагулация
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- минимален брой лекари – двама лекари със специалност по вътрешни болести, от които един със специалност по кардиология/ревмокардиология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за базово ниво по ехокардиография

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки с останалите звена на клиниката/отделението по вътрешни болести и специално с отделението за интензивно лечение на вътрешните болести, както и с болничните структури или структури извън болницата по кардиология III-то ниво на компетентност, притежаваща звено за инвазивно (интервенционално) лечение, сърдечна и/или съдова хирургия - III-то ниво на компетентност, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.** Договорът трябва да осигурява достъп на пациентите до такива специализирани звена (например препоръчително в рамките най-много на 120 минути за пациенти с остър коронарен синдром със СТ елевация).

Осигуряването на 24-часова връзка с медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" е на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

А. Диагностика на пациенти със:

- **сигурен остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) с персистираща ST сегмент елевация с давност до 12-я час;**
- **суспектен остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) с персистираща ST сегмент елевация с давност до 12-я час;**
- **сигурен или суспектен остър коронарен синдром и новопоявил се ляв бедрен блок с давност до 12-я час;**
- **ниска сърдечна честота, водеща до хемодинамични нарушения, които се считат за преходни, са индицирани за временна кардиостимулация.**

Б. Фибринолитично лечение при наличие на:

- **давност на симптомите до 12-я час;**
- **продължителност на симптомите над 30 минути;**

- **ЕКГ данни за едно от следните показания:**

- ST елевация над 1 мм в поне 2 периферни отвеждания или 2 от прекордиалните отвеждания, V4-6;

- ST елевация над 2 мм в поне две съседни прекордиални отвеждания, V1-3;

- нововъзникнал ляв бедрен блок.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Конвенционална терапия, независимо от провежданата фибринолиза.

Проследяване на терапевтичния ефект от проведената фибринолиза и вземане на решение за терапевтично поведение - консервативно или интервенционално, и организиране на приема и транспорта на пациента за коронарна ангиография и реваскуларизация в първите 24 часа. – при неуспешна фибринолиза.

Клинична стабилизация на пациента, лечение на усложненията при хемодинамична нестабилност и рискове от транспорт в първите 24 часа.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 6-ия час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 60-та минута от началото на хоспитализацията. Ехокардиография се извършва до 12-ия час от началото на хоспитализацията.

Контролни ЕКГ се извършват при приемането, на 30, 60, 90 и 120 минута след започване на фибринолитика и при изписването и насочването към друго ЛЗБП за спешна катетеризация и при при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения).

2.1. Начало на лечението, преди приложението на фибринолиза;

- Acidum acethylsalicylicum - ако болният не е приел;
- обезболяване;
- кислородотерапия;
- интравенозни нитрати;
- бета - блокери.

2.2. Фибринолитична терапия с тъканен плазминоген активатор

2.2.1.ФИБРИНОЛИЗА ПРИ ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ СЪС ST СЕГМЕНТ ЕЛЕВАЦИЯ

ПОКАЗАНИЯ	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
1. До 12-ия час от началото на симптомите	1. Активен вътрешен кръвоизлив* 2. Съмнение за аортна дисекация* 3. Предишен хеморагичен мозъчен инсулт, независимо от давността; други инсулти или мозъчно-съдови усложнения с давност до 6 месеца* 5. Известна интракраниална неоплазма* 5. Тежка неконтролирана артериална хипертония при представянето (АН ≥180/110 mm Hg)** 6. Анамнеза за предшестващ мозъчно-съдов инцидент или известна интрацеребрална патология, непокриваща посочените горе противопоказания** 7. Прилагане на антикоагуланти в терапевтични
2. Продължителност на симптомите над 30 минути	
3. ЕКГ със: а) ST елевация над 1мм в поне 2 периферни отвеждания или 2 от прекордиалните отвеждания, V_{4-6} или б) ST елевация над 2 мм в поне две съседни прекордиални отвеждания, V_{1-3} или в/ нововъзникнал ЛББ	

	дози (INR≥2 - 3), известна хеморагична диатеза** 8. Скорошна травма или дълготрайна (повече от 10 минути) кардиопулмонална ресусцитация, или голяма операция (до 3 седмици)** 9. Некомпресирана скорошна съдова пункция** 10. Скорошен (до 2-4 седмици) вътрешен кръвоизлив** 11. Бременност** 12. Активна пептична язва** 13. Анамнеза за хронична тежка хипертония**
Пациентът е **подходящ за** фибринолиза, ако отговаря **ЕДНОВРЕМЕННО на т. 1, 2 и 3**	Пациентът е **неподходящ** за фибринолиза, ако има **поне едно** от тези противопоказания

*** абсолютни противопоказания**
****релативни противопоказания**

ПОВЕДЕНИЕ	ИЗСЛЕДВАНИЯ
1. Ацетизал 250 - 500 мг, сдъвкан (освен, ако не е приел дозата в същия ден преди постъпването)	1. Проследяване на болката до 120-та минута
2. Фибринолитик венозно	2. ЕКГ – на 30, 60, 90 и 120-та минута от началото на инфузията с фибринолитик
3. Две периферни венозни линии	3. Ензими с КК-МВ – в началото и на 120-та минута от инфузията с фибринолитик

2. 3. Останалата (конвенционална) терапия, независимо от провеждането или не на фибринолиза, включва:

- нитропрепарати;
- бета блокери;
- антиагреганти (тромбоцитни антиагреганти);
- антикоагуланти (нефракциониран хепарин); нискомолекулярни хепарини;
- ACE инхибитори;
- калциеви антагонисти (без нифедипин) - при съответни индикации;
- статини/ фибрати;
- обезболяващи медикаменти (опиати и др.)

2. 4. Лечение според клиничното протичане – към конвенционалната терапия:

А) Нискодебитна сърдечна недостатъчност: кислород, катехоламини интравенозно, мониториране на хемодинамиката с плаващ катетър тип Swan-Ganz/при показания/, поставяне на интрааортна балонна помпа (при показания), преценка за инвазивна диагностика.

Б) Пълен AV блок – атропин, поставяне на временен венозен електрокардиостимулатор, при персистиране на проводните нарушения след 25-я ден – преценка за постоянен електрокардиостимулатор.

В) Застойна сърдечна недостатъчност – кислород, диуретици, ACE инхибитори, венозен нитрат, апаратна вентилация (при показания).

Г) Предсърдно мъждене - възстановяване на синусов ритъм с медикаменти или електрокардиоверсия, нефракциониран хепарин.

Д) Камерни аритмии - антиритъмна терапия или електрическа регуларизация.

Е) Рекурентна исхемия – нитрат (венозно или перорално), бета-блокер до постигане на бета-блокада, Са антагонист, нефракциониран хепарин, нискомолекулярен хепарин, преценка за инвазивна диагностика.

Ж) **Пациенти с ниска сърдечна честота**, водеща до хемодинамични нарушения, които се считат за преходни са индицирани за временна кардиостимулация.

Стандартното лечение се продължава с антиагреганти, бета-блокери, АСЕ-инхибитори, статини/фибрати, нитрати при показания, нефракциониран хепарин (до 48-я час, след това само при определени болни).

Критерии за успешна фибринолоза – овладяване на болката, спад на ST елевацията с ≥ 50% (като сума от елевацията във всички отвеждания в инфарктната зона), ранен пик на ензимите, повишаване на СК-МВ над 2 пъти на втория час след началото на фибринолизата.

Пациентите след проведена фибринолиза се изписват и насочват (в първите 24 часа) към друго ЛЗБП за инвазивно изследване и реваскуларизация. Насочването в друго ЛЗБП става с епикриза, в която са отразени индикациите за фибринолиза, вид и доза на фибринолитика, точни часове на начало и край на фибринолизата, усложнения от фибринолизата и/или от инфаркта, пълна информация за проведеното лечение (с часове и дози), резултатите от лабораторните изследвания или телефон за връзка ако не са получени до момента на изписването, с приложени серийни ЕКГ по време и след фибринолиза. Болният се изписва и насочва към друго ЛЗБП за спешна коронарна ангиография и реваскуларизация в стабилно хемодинамично състояние и със съответен транспорт (линейка с лекар, перфузори, дефибрилатор) след предварително обаждане в ЛЗБП, което ще приеме болния, което също се документира в епикризата.

Контролни клинико- лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина, електрокардиограмата, лабораторните и инструментални изследвания (СК, СК-МВ, ехокардиография).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и терапевтичния ефект от проведената фибринолиза;

- при успешна фибринолиза - овладяване на болката, спад на ST елевацията с ? 50 % (като сума от елевацията във всички отвеждания в инфарктната зона), ранен пик на ензимите, повишаване на СК-МВ над 2 пъти на втория час след началото на фибринолизата;
- при хемодинамична нестабилност и рискове от транспорта в първите 24 часа - осигурена клинична стабилизация на пациента и овладяване на усложненията.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по

ехокардиография; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

- ФИШ ЗА ЛЕЧЕНИЕ С АКТИВАТОР НА ТЪКАННИЯ ПЛАЗМИНОГЕН ИЛИ ФИБРИН-НЕСПЕЦИФИЧЕН ФИБРИНОЛИТИК.

Фишът за лечение с Фибринолитична терапия с тъканен плазминоген активатор става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечение, да се съхраняват в клиниката или отделението до 1 година и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП № .....
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:.....
.....

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: □□□□□

ЛЕЧЕНИЕ с Фибринолитична терапия с тъканен плазминоген активатор – фабричен № на флакона.....	
Индикации	**Контраиндикации**

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНАТА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане □□.□□.□□□□

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

..... име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№.....

ж.к. .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

..... име на лечебното заведение

..... име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. □□□.□

Амбулаторна процедура ..... №. □□.□

Клинична процедура ..... №. □□.□

Диагноза: .....МКБ10 □□□.□□ □□□□.□□

дата на приемане: □□ □□ □□□□ ИЗ: □□□□□ □□□□

ден месец година номер година

дата на операцията: □□ □□ □□□□

ден месец година

Пациент: .....

(подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОСТЪР МИОКАРДЕН ИНФАРКТ – ЛЕЧЕНИЕ С ФИБРИНОЛИТИК

Острият инфаркт на миокарда е животозастрашаващо състояние. Дължи се на запушване на артериален кръвоносен съд на сърцето (коронарна артерия) от тромб (съсирек). Тромбът обикновено се натрупва върху "активирана" атеросклеротична плака. Когато кръвоснабдяването на част от сърцето се наруши, след запушения участък мускулът на сърцето умира и това е миокардният инфаркт. Колкото по-бързо се възстанови кръвоснабдяването, толкова по-малък е инфарктът и по-редки са усложненията му.

Целта на лечението е максимално бързо запушеният участък да стане проходим за кръвта. Най-добре е тази реканализация при остър миокарден инфаркт да бъде постигната в първите 12 часа от началото му (колкото по-рано, толкова по-добре) и когато в електрокардиограмата е налице СТ елевация. Това се постига в интензивно отделение с венозно приложени лекарства или с механично отпушване чрез интракоронарна процедура.

Лечението с фибринолитичен агент цели разбиване на тромба, който е запушил коронарната артерия и е причинил инфаркта. Това лечение е най-широко прилаганото третиране на острия инфаркт и е достъпно във всяка болница. В хода на фибринолизата могат да се получат някои аритмии, които посочват, че е възстановен кръвотока. Могат да се получат и някои усложнения, като кръвоизливи в различни системи на тялото, включително в мозъка, които да инвалидизират пациента. При спазени показания и противопоказания мозъчна хеморагия се получава изключително

рядко. В първите няколко дни след фибринолиза се продължава лечението с венозни антикоагуланти (хепарин) при съответен лабораторен контрол.

Съществуват два вида фибринолитици – фибрин-специфични и фибрин-неспецифични. Фибрин-специфичните фибринолитици (тъканният активатор на плазминогена, рапилизин и др.) са получени по пътя на генното инженерство продукти от човешки клетки и действат само върху фибриногена в образуваните тромби, нискоалергенни са и са с кратък полуживот, което налага успоредното прилагане на хепарин или нискомолекулни хепарини за поне 48 часа.

Фибрин - неспецифичният фибринолитик стрептокиназа е препарат, получен от стрептококи, по-често дава алерични реакции, атакува както фибрина в образуваните тромби, така и фибриногена в системното кръвообращение, поради което дава продължителни отклонения в коагулационния статус, не изисква едновременно приложение на хепарин или нискомолекулен хепарин.

Когато са изминали повече от 12 часа от началото на инфаркта, когато в електрокардиограмата липсва СТ елевация, или когато са налице противопоказания за фибринолитична терапия, лечението се провежда с венозни лекарства в интензивно отделение, без да се прилага венозна фибринолиза.

Ако инфарктът е голям, той може да доведе до усложнения, които могат да застрашат живота на пациента – ритъмни и проводни нарушения, сърдечна надостатъчност, рецидив на миокардна исхемия и болки в гърдите, разкъсване на миокард или на поддържащия апарат на митралната клапа. Лечението се извършва с активното съдействие на болния и спазване на всички инструкции, дадени от лекаря, сестрата и рехабилитатора. Престоят в болницата може да бъде удължен, когато се налагат допълнетелни диагностични процедури и лечебни мерки.

Ако след инфаркта болките в гърдите продължат, може да се наложи сърдечна катетеризация, чрез която да се прецени дали да се извърши разширяване на артерия на сърцето или болния да бъде опериран – да се постави бай-пас.

След инфаркта трябва да се промени начина на живот (диетична храна, без тютюнопушене, подходящ двигателен режим, нормализиране на холестерола и кръвната захар) и непрекъснато да се приемат назначените лекарства, които намаляват вероятността от усложнения или друг инфаркт.

КП № 28 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ С ПЕРСИСТИРАЩА ЕЛЕВАЦИЯ НА ST-СЕГМЕНТ С ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър инфаркт на миокарда

Включва: инфаркт на миокарда уточнен катоостър или с установенапродължителност 4 седмици (28 дена) или по-малко от началотому

Не включва: някоитекущи усложнения след остър инфаркт на миокарда (I23.—)
инфаркт на миокарда:
- стар (I25.2)
- уточнен катохроничен или с установенапродължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началотому (I25.8)
- повторен (I22.—)

постинфарктенмиокарден синдром (I24.1)

I21.0 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на предната стена
Трансмурален инфаркт (остър)(на):
- преден (предната стена) БДУ
- предно-върхов
- предно-латерален
- предно-септален

I21.1 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на долната стена
Трансмурален инфаркт (остър)(на):
- диафрагмалната стена
- долен (долната стена) БДУ
- долно-латерален
- долно-заден

I21.2 Остър трансмурален инфаркт на миокарда с други уточнени локализации
Трансмурален инфаркт (остър):
- върхово-латерален
- базално-латерален
- висок латерален
- латерален (латералната стена) БДУ
- заден (истински)
- задно-базален
- задно-латерален
- задно-септален
- септален БДУ

Повторен инфаркт на миокарда

Включва: рецидивиращ инфаркт на миокарда

Не включва: уточнен катохроничен или с установенапродължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началотому (I25.8)

I22.0 Повторен инфаркт на миокарда на предната стена
Повторен инфаркт (остър)(на):
- преден (предната стена) БДУ
- предно-върхов
- предно-латерален
- предно-септален

I22.1 Повторен инфаркт на миокарда на долната стена
Повторен инфаркт (остър)(на):
- диафрагмалната стена
- долен (долната стена) БДУ
- долно-латерален
- долно-заден

I22.8 **Повторен инфаркт на миокарда с друга уточнена локализация**
Повторен инфаркт на миокарда (остър):
- върхово-латерален
- базално-латерален
- висок латерален
- латерален (латералната стена) БДУ
- заден (истински)
- задно-базален
- задно-латерален
- задно-септален
- септален БДУ

R57.0 **Кардиогенен шок**

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Сърдечна катетеризация

Включва: измерване на сърдечен дебит
контраст разширителни криви
стрес тест с физическо натоварване
флуороскопия
оксиметрия
детекция на шънт

Не включва: при коронарна ангиография (38218 [668])

38200-00 Дясна сърдечна катетеризация

38203-00 Лява сърдечна катетеризация

38207-00 Оценка на коронарния резерв, чрез прилагане на специална катетърна методика FFR

777 Други процедури на артерии и вени

30059-01 Тромбфрагментация и аспирация с аспирационен катетър

38206-00 Дясна и лява сърдечна катетеризация

Друга ангиография

59718-00 Флебография
Венография

Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Процедури за изследване на камера

59903-01 Дясна вентрикулография
Ангиокардиография на:
- пулмонална клапа
- десни:
  - предсърдие
  - камера (изходящ тракт)

59903-00 Лява вентрикулография
Ангиокардиография на:

• аортна клапа
• леви:
• предсърдие
• камера (изходящ тракт)

59903-02 Лява и дясна вентрикулография

38215-00 Коронарна ангиография

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
• използвайки:
• мапиране с цветен поток
• Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
• механично секторно сканиране
• трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

55131-00 Интраваскуларен ултразвук на сърце (IVUS)

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор
Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода

11708-00 Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92056-00 Мониторинг на сърдечен дебит или кръвен ток, некласифицирано другаде

Включва минимум три от следните медико-диагностични изследвания:
Електролити
MB фракция
Тропонин I - количествено изследване
Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди

1924 БИОХИМИЧНА ИЗСЛЕДВАНИЯ

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

91910-21 Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол

91910-22 Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол

91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди

91910-28 Креатинкиназа (КК)

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934 Други лабораторни изследвания

91911-01 Изследване на МВ фракция на креатинкиназа

91911-02 Количествено изследване на тропонин I

11208-00 Оптична кохерентна томография (ОСТ)

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])
Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38300-00 Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика на 1 коронарна артерия
Перкутаннатранслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на 1 коронарна артерия

Ексцизни процедури на коронарни артерии

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

38309-00 Перкутаннатранслуминална коронарна ротационна атеректомия (PTCRA), 1 артерия
Включва: балоннаангиопластика

Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация

Не включва: нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])

35317-00 Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия

Транслуменна коронарна ангиопластика

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])
Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38303-00 Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика на ≥ 2 коронарни артерии
Перкутаннатранслуменна коронарна ангиопластика [PTCA] на ¬ 2 коронарни артерии

Хирургична периферна артериална или венозна катетеризация

Не включва: нехирургично прилагане на тромболитичен или химиотерапевтичен медикамент (виж блок [1920])

35317-00 Перкутанна периферна артериална или венозна катетеризация с прилагане на тромболитик или химиотерапевтик с продължителна инфузия

Транслуминална коронарна ангиопластика със стентиране

Транслуменнабалоннаангиопластика

Включва: балоннадилатация на артерия
със стент(ове) излъчващ медикамент

Кодирай също когато е направена:
• коронарна ангиография (38215-00, 38218 [668])

Не включва: с атеректомия на коронарна артерия (виж блок [669])

38306-00 Перкутанно поставяне на 1 транслуменен стент в една коронарна артерия
Перкутанно имплантиране на 1 стент в една коронарна артерия

38306-01 Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменнистента в една коронарна артерия
Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в една коронарна артерия

38306-02 Перкутанно поставяне на ≥ 2 транслуменнистента в множество коронарни артерии
Перкутанно имплантиране на ≥ 2 стента в няколко коронарни артерии

Инцизионни процедури на миокард

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38650-03 Друга трансмиокарднареваскуларизация
Трансмиокарднареваскуларизация:
• перкутанна
• торакоскопска

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортнабалонна помпа

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарденпейсмейкър

Не включва: изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода

38256-00 Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие

38256-01 Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-10 Интравенозно приложение на тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични процедури (91910-20/91910-21/91910-22/91910-23/91910-28/91910-33/91911-01/91911-02), 11700-00, 55113-00 и 55118-00 и една от посочените интервенционални- 38203-00 или 30059-01 или 38215-00, и две основни терапевтични, като една от процедурите с коронарна интервенция е задължителна 38300-00 или 38309-00 или 35317-00 или 38303-00 или 38306-00 или 38306-01 или 38306-02 или 38650-03), от посочените в таблица **Кодове на основни процедури.** Когато се налага използване на кодовете от блокове 1924 – Биохимични изследвания и 1934- Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират необходимите кодове от блока за завършване и отчитане на тази КП, като същевременно се изпълнява изискването "Включва минимум три от следните медико-диагностични изследвания: Електролити; МВ фракция; Тропонин I - количествено изследване; Липидограма – LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди".

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При необходимост и след преценка от лекуващия екип се прилага временна кардиостимулация. При код 38256-00 и 38256-01 „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система", лечебното заведение се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бланка №7 МЗ-НЗОК) и "Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура". Серийният номер на опаковката се записва във " ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА" в графата „фабричен

номер". Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода. Неразделна част от ИЗ на пациента става** "Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура" **за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

Националната здравноосигурителна каса при необходимост заплаща до четири стента едноактно и не повече от осем годишно за един ЗОЛ, в рамките на една календарна година, от подгрупа 4.1 „Коронарен стент" от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ". За всеки поставен стент след четвъртия, съответната РЗОК извършва проверка преди заплащане.

Да се прецизира приложението на медицински изделия от подгрупите 4.1.3 и 4.1.4. само за пациенти, при които това е медицински обосновано, като се спазват индикациите за имплантирането им, както следва:

Индикациите за имплантиране на „бифуркационен" стент от подгрупа 4.1.3 „Бифуркационни стентове" са:

1) Стеснение на коронарна артерия, включващо изхода на голям клон с калибър над 2 мм, кръвоснабдяващ голяма зона на витален миокард.

2) Необходимо е да се документира в протокола диаметъра на страничния клон, който налага използване на бифуркационен стент и задължително да се изисква заснемане на 2 коронарни интервенционални водача поставени през бифуркационната лезия във филма на пациента.

Индикациите за имплантиране на коронарен стент без полимер при пациенти с висок риск на кървене от подгрупата 4.1.4 „Стентове без полимер за пациенти с висок риск на кървене; конусовиден, наличен втори слой, блокиращ дисталната миграция на плака и тромб; резорбируеми" са:

Използване на комбинация с антикоагулант след ПКИ (перкутанна коронарна интервенция).

Възраст ≥ 75 години.

Изходен хемоглобин < 110g/l или документирана хемотрансфузия, в предходния на ПКИ месец.

Всеки документиран предшестващ хеморагичен инсулт.

Хоспитализация за остро кървене, в предходната ПКИ година.

Текуща химиотерапия.

Хронична бъбречна недостатъчност (eGFR< 40ml/min).

Тромбоцитопения (PLT < 100 000/мм³).

Тежка чернодробна болест дефинирана, като варици на хранопровода 2-3 ст., асцит, енцефалопатия или повишен билирубин.

За пациент с висок риск от кървене се приема такъв с наличие на поне 1 критерий.

Цената на контрастната материя е включена в цената на клиничната пътека.

За последващо лечение пациентът се консултира от сърдечен тим, състоящ се от кардиолог, инвазивен кардиолог и кардиохирург, като за спешни пациенти това се прави непосредствено преди изписването и задължително се отразява в ИЗ.

Съответното обсъждане/съгласуване с участниците може да се извършва и дистанционно .

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кардиология".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. Отделение за инвазивна кардиология, отговарящо на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с ангиографска (процедурна) зала с поддържане на 24-часованепрекъсната дейност (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
4. Клинична лаборатория, с II или III ниво на компетентност, извършваща КГА, хемостазеология
5. Образна диагностика
6. Отделение за неинвазивна диагностика – ехокардиография с възможност за неотложно 24-часово извършване,велоергометрия, холтермониториране)

По отношение на ангиографските лаборатории не следва да се изисква договор с НЗОК като самостоятелна структура.

Съгласно медицинския стандарт по „Кардиология" задължителните звена по т. 1,2,3 и 6 от табл. 1 осъществяват дейностите, характерни за отделенията, без да е необходимо да създават такива отделни структури.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия – когато не е на територията на населеното място да има задължително достъп за 150 минути
2. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиология – не по-малко от **четирима** лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология (общо за всички кардиологични структури), двама от които притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност "Инвазивна кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ.

- в клиника/отделение по инвазивна кардиология – не по-малко от двама кардиолози, притежаващи удостоверение за работа с източници на йонизиращи лъчения и допълнителна професионална квалификация за извършване на високоспециализирана дейност "Инвазивна кардиология", удостоверена със съответно свидетелство за придобиването ѝ;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

Специалистите със сертификат по инвазивна кардиология да осигуряват 24-часов непрекъснат режим на работа **(разположение)** на ангиографската зала/катетеризационна лаборатория.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Тромбаспиратор	НЗОК не заплаща посоченото изделие

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- заклиника/отделение по инвазивна кардиология – препоръчителновреме за провеждане на инвазивна диагностична процедура - 40 минути, а за интервенционална (инвазивна терапевтична) процедура – 80 минути.

- С оглед на потенциалните възможности за възникване на усложнения трябва да се осигурят непрекъснати 24-часови връзки и достъп до **кардиохирургия и/или съдова хирургия – III– то ниво** на компетентност, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

- Звеното по инвазивна кардиология трябва да е осигурено с бърз и лесен достъп до структура по **кардиохирургия - III– то ниво на компетентност** (а когато тя не е разположена на територията на същото лечебно заведение - гарантиран по договор достъп на пациента до нея, **задължително – 150 минути**).

При невъзможност да осигури посочения достъп, лечебното заведение може да извършва дейности по инвазивна кардиология само по спешност.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

А. Първична перкуртаннатранслуменна коронарна алопластика при:

- **болни със сигурен или суспектен остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) с персистираща ST сегмент елевация до 12-ия час;**
- **болни със сигурен или суспектен остър коронарен синдром и новопоявил се ЛББ до 12-я час;**
- **кардиогенен шок с приложение на ИАБП до 36-ия час от началото на миокардния инфаркт;**
- **пациенти със сигурен или суспектен остър коронарен синдром (остър миокарден инфаркт) с персистираща ST сегмент елевация до 12-ия час и контраиндикации за тромболиза;**
- **пациенти със сигурен остър коронарен синдром с перситираща ST сегмент елевация, диагностициран между 3-тия и 12-ия час от началото на болката и възможност за транспорт до интервенционална лаборатория до 90 минути;**
- **индицирани за приложение на временна кардиостимулация са пациенти с брадикардия, водеща до хемодинамични нарушения, които се считат за преходни;**
- **индицирани за приложение на инхибитори на GP IIb - IIIa II са пациенти с остра коронарна тромбоза.**

Б. Непървична перкуртаннатранслуменна коронарна алопластика при:

- **пациенти с ОМИ с ST елевация след тромболиза с рекурентнамиокардна исхемия (клинична картина и/или динамични промени в ST сегмента) до 48-ия час;**
- **пациенти с ОМИ с ST елевация с рекурентнамиокардна исхемия (клинична картина и/или динамични промени в ST сегмента) в рамките на болничния престой;**
- **пациенти с ОМИ с ST елевация след тромболиза и систолна ЛК дисфункция - ФИ под 40 %.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и определяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и оценка на терапевтичните алтернативи за консервативно и интервенционално лечение.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 6-ия час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 60-та минута от началото на хоспитализацията.Ехокардиография се извършва до 12-ия час от началото на хоспитализацията.

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Медикаментозно лечение:

- Acidumacethylsalicylicum;
- обезболяване (опиати);
- кислородотерапия;
- нитропрепарати;
- бетаблокери;
- антиагреганти (тробмоцитниантиагреганти, IIв-IIIаблокери);
- антикоагуланти (нефракционираннехепарин); нискомолекулярни хепарини;

- ACE инхибитори/ ARB;
- калциеви антагонисти - при съответни индикации;
- статини – интензивна доза.

Лечение според клиничното протичане – към конвенционалната терапия:

А) Нискодебитна сърдечна недостатъчност: кислород, катехоламини интравенозно, мониториране на хемодинамиката с плаващ катетър тип Swan-Ganz (при показания), поставяне на интрааортна балонна помпа (при показания).

Б) Пълен AV блок – атропин, поставяне на временен венозен електрокардиостимулатор, при персистиране на проводните нарушения след 25-я ден – преценка за постоянен електрокардиостимулатор.

В)Застойна сърдечна недостатъчност – кислород, диуретици, ACE инхибитори, венозен нитрат, апаратна вентилация (при показания).

Г) Предсърдно мъждене - възстановяване на синусов ритъм с медикаменти или електрокардиоверсия, нефракциониран хепарин.

Д)Камерни аритмии - антиритъмна терапия или електрическа регуларизация.

Е) Рекурентна постинтервенционална исхемия – нитрат (венозно или перорално), бета-блокер до постигане на бета-блокада, Са антагонист, нефракциониран хепарин, нискомолекулярен хепарин, преценка за повторна инвазивна диагностика и съответна реваскуларизация.

Стандартното лечение се продължава с антиагреганти, бета-блокери, ACE-инхибитори, статини, нитрати при показания, нефракциониран хепарин (до 48-я час, след това само при определени болни).

Ж) Индицирани за приложение на временна кардиостимулация са пациенти с брадикардия под 40 удара и/или, водеща до хемодинамични нарушения, които се считат за преходни.

З) Индицирани за приложение на ИНХИБИТОРИ на GP II b- III aII са пациенти с остра коронарна тромбоза.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина,електрокардиограмата, лабораторните и инструментални изследвания (CK, CK-MB, ехокардиография, СКАГ).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- овладяване на основните патологични симптоми, в т. ч. липса на белези за миокардна исхемия в продължение на 24 часа;
- свалена превръзка, без кървене или други усложнения от пункционното място, налагащо болнично лечение.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

Катетеризационният протокол от извършеното изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология или вътрешни болести, притежаващ свидетелство за

професионална квалификация, с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология"; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Дигиталният носител на извършеното ангиографско изследване се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1.ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО";

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул..... №. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....
ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Острият инфаркт на миокарда е животозастрашаващо състояние. Дължи се на запушване на артериален кръвоносен съд на сърцето (коронарна артерия) от тромб (съсирек). Тромбът обикновено се натрупва върху "активирана" атеросклеротична плака. Когато кръвоснабдяването на част от сърцето се наруши, след запушения участък мускулът на сърцето умира и това е миокардният инфаркт. Колкото по-бързо се възстанови кръвоснабдяването, толкова по-малък е инфарктът и по-редки са усложненията му.

Целта на лечението е максимално бързо запушеният участък да стане проходим за кръвта. Най-добре е тази реканализация при остър миокарден инфаркт да бъде постигната в първите 12 часа от началото му (колкото по-рано, толкова по-добре) и когато в

електрокардиограмата е налице СТ елевация. Това се постига в интензивно отделение с венозно приложени лекарства или с механично отпушване чрез интракоронарна процедура.

Балонната ангиопластика на запушената коронарна артерия е най-модерното и ефективно лечение на миокардния инфаркт и се извършва с цел възстановяване на нейната проходимост. Тя се осъществява в специализирани болници чрез пункция на артерия на крака (бедрената артерия) или на ръката (радиалната или брахиалната артерия), след което под рентгенов контрол чрез специален катетър в коронарния съд се въвежда по водач балонен катетър. Чрез раздуване на балона се разширява стеснението на коронарния съд. В определени случаи по време на процедурата може да се постави коронарна ендопротеза, наричана още "стент". Той представлява много тънка мрежичка от неръждаема стомана или друг твърд метал, която може да бъде покрита с различни медикаменти. Тази ендопротеза поддържа съда максимално отворен и може да предотврати настъпването на тежки усложнения, свързани с ангиопластиката.

Основното предимство на коронарната дилатация се състои в бързо отпушване на инфарктната артерия и в бързото възстановяване на пациента. Тя е успешна в около и над 90% от случаите.

По-нататъшното лечение включва лекарства, които намаляват слепването на тромбоцитите (антиагреганти), като приемът на клопидогрел е задължителен при поставен интракоронарен стент за минимум 1 месец след процедурата, и е препоръчителен за поне 6 месеца, заедно с аспирин, който се продължава за цял живот, антикоагуланти (лекарства, които намаляват съсирващите свойства на кръвта – хепарин) в първите дни, бета-блокери, лекарства, които понижават холестерола и др.

Независимо от добрия начален резултат от балонната коронарна ангиопластика, при средно около 30% от случаите е възможно да се развие стеснение в същия участък до 6-ия месец след процедурата - т.н. рестеноза. Тя може да бъде лекувана чрез нова балонна коронарна ангиопластика или по-рядко - чрез аорто-коронарна "байпас" операция.

Допълнителна информация за коронарната интервенция може да получите от лекуващия Ви екип.

Когато са изминали повече от 12 часа от началото на инфаркта, когато в електрокардиограмата липсва СТ елевация, или когато са налице противопоказания за фибринолитична терапия, лечението се провежда с венозни лекарства в интензивно отделение без да се прилага венозна фибринолиза.

Ако инфарктът е голям, той може да доведе до усложнения, които могат да застрашат живота на пациента – ритъмни и проводни нарушения, сърдечна надостатъчност, рецидив на миокардна исхемия и болки в гърдите, разкъсване на миокард или на поддържащия апарат на митралната клапа.

Лечението се извършва с активното съдействие на болния и спазване на всички инструкции, дадени от лекаря, сестрата и рехабилитатора. Престоят в болницата може да бъде удължен, когато се налагат допълнетелни диагностични процедури и лечебни мерки.

Ако след инфаркта болките в гърдите продължат, може да се наложи сърдечна катетеризация, чрез която да се прецени дали да се извърши разширяване на артерия на сърцето или болния да бъде опериран – да се постави бай-пас.

След инфаркта трябва да се промени начина на живот (диетична храна, без тютюнопушене, подходящ двигателен режим, нормализиране на холестерола и кръвната захар) и непрекъснато да се приемат назначените лекарства, които намаляват вероятността от усложнения или друг инфаркт.

КП № 29 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ИЗОСТРЕНА ХРОНИЧНА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ БЕЗ МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Ревматичниболести на митралнатаклапа
Включва: състояния, класифицирани в рубрикитеI05.0 и I05.2—I05.9, уточнени или неуточненикаторевматични
***Не включва*:** състояния, уточненикатонеревматични (I34.—)

I05.0 Митрална стеноза
(Ревматична) митрална (клапна) обструкция

I05.1 Ревматичнамитралнаинсуфициенция
Ревматичнамитрална:
• недостатъчност
• регургитация

I05.2 Митрална стеноза и инсуфициенция
Митрална стеноза и недостатъчност или регургитация

Ревматичниболести на аортнатаклапа
***Не включва*:** случаи, неуточненикаторевматични (I35.—)

I06.0 Ревматичнааортна стеноза
Ревматичнааортна (клапна) обструкция

I06.1 Ревматичнааортнаинсуфициенция
Ревматичнааортна:
• недостатъчност
• регургитация

I06.2 Ревматичнааортна стеноза и инсуфициенция
Ревматичнааортна стеноза и инсуфициенция или регургитация

Болести на няколкоклапи
Включва: случаи, уточнени или неуточненикаторевматични
Не включва: ендокардит без уточняване на клапата (I38)
ревматичниболести на ендокарда без уточняване на клапата (I09.1)

I08.0 Съчетанозасягане на митралната и аортнатаклапи
Съчетанозасягане на митралната и аортнатаклапи, уточнено или неуточненокаторевматично

Другиревматичниболести на сърцето

I09.9 Ревматичнаболест на сърцето, неуточнена
Ревматични:
• кардит
• сърдечнанедостатъчност
Не включва: ревматоиден кардит (M05.3)

Хипертоничнаболест на сърцето
Включва: всякосъстояние от рубрикитеI50.—, I51.4—I51.9, дължащо се на хипертония

I11.0 Хипертоничносърцесъс (застойна) сърдечнанедостатъчност
Декомпенсиранохипертоничносърце

Съчетание на хипертоничносърце с хипертониченбъбрек
Включва: всякосъстояние от рубрикатаI11.— в съчетание с всяко състояние от

рубрикатаI12.—
болест:
• сърдечно-бъбречна
• сърдечно-съдовабъбречна

I13.0 Съчетание на хипертоничносърце с хипертониченбъбрек и със (застойна) сърдечнанедостатъчност

I13.2 Съчетание на хипертоничносърце с хипертониченбъбрек с наличие както на (застойна) сърдечнанедостатъчност, така и на бъбречнанедостатъчност

Хроничнаисхемичнаболест на сърцето

Не включва: сърдечно-съдоваболест БДУ (I51.6)

I25.3 Сърдечна аневризма
Аневризма:
•на сърдечната стена
•камерна

I25.9 Хроничнаисхемичнаболест на сърцето, неуточнена
Исхемичнаболест на сърцето (хронична) БДУ

Другиформи на белодробносърце

I27.0 Първичнабелодробнахипертония
Белодробна (артериална) хипертония (идиопатична)(първична)

I27.1 Кифосколиотичносърце

I27.8 Другиуточнениформи на белодробносърце

I27.9 Белодробносърце, неуточнено
Хроничнабелодробно-сърдечнаболест
Белодробносърце [corpulmonale] (хронично) БДУ

Другиболести на белодробнитесъдове

I28.8 Другиуточнениболести на белодробнитесъдове
Руптура
Стеноза } на белодробенсъд
Стриктура

Другиболестина перикарда

Не включва: текущи усложнения на острия инфаркт на миокарда (I23.—)
посткардиотомен синдром (I97.0)
травма на сърцето (S26.—)
болест, уточнена каторевматична (I09.2)

I31.0 Хроничнаадхезивен перикардит
Accretiocordis
Сраснал перикард
Адхезивенмедиастиноперикардит

I31.1 Хроничнаконстриктивен перикардит
Concretiocordis
Перикарднакалцификация

Неревматичнаболести на митралнатаклапа

Не включва: митрална (клапна):
• болест (I05.9)
• недостатъчност (I05.8)
• стеноза
с неуточненаетиология, но съсспоменаване на:
• болест на аортнатаклапа (I08.0)
• митрална стеноза или обструкция (I05.0)
уточнена каторевматична (I05.—)

I34.0 Митрална (клапна) инсуфициенция
Митрална (клапна):
• недостатъчност } БДУ или с уточнена етиология,
• регургитация } която е неревматична

I34.1 Митрален (клапен) пролапс
Синдром на пролабиращамитралнаклапа
Не включва: синдром на Marfan (Q87.4)

I34.2 Неревматичнамитрална (клапна) стеноза

Неревматичниболести на аортнатаклапа
Не включва: хипертрофичнасубаортна стеноза (I42.1)
с неуточненаетиология, но съсспоменаване на болест на митралнатаклапа (I08.0)
уточнена каторевматична (I06.—)

I35.0 Аортна (клапна) стеноза

I35.1 Аортна (клапна) инсуфициенция
Аортна (клапна):
- недостатъчност
- регургитация

} БДУ или с уточнена етиология, която е неревматична

I35.2 Аортна (клапна) стеноза и инсуфициенция

Неревматичниболести на трикуспидалнатаклапа
Не включва: с неуточненаетиология (I07.—)
уточнена каторевматична (I07.—)

I36.0 Неревматичнатрикуспидална (клапна) стеноза

I36.1 Неревматичнатрикуспидална (клапна) инсуфициенция
Трикуспидална (клапна):
- недостатъчност
- регургитация

} с уточнена етиология, която е неревматична

I36.2 Неревматичнатрикуспидална (клапна) стеноза и инсуфициенция

Болести на пулмоналнатаклапа
Не включва: уточненикаторевматични (I09.8)

I37.0 Стеноза на пулмоналнатаклапа

I37.1 Инсуфициенция на пулмоналнатаклапа
Пулмоналнаклапна**:**
- недостатъчност
- регургитация

} БДУ или с уточнена етиология, която не е ревматична

I37.2 Стеноза и инсуфициенция на пулмоналнатаклапа

Кардиомиопатия
Не включва: кардиомиопатия, усложняваща:
- бременност (O99.4)
- послеродов период O90.3)

исхемичнакардиомиопатия (I25.5)

I42.0 Дилататившакардиомиопатия

I42.1 Обструктивнахипертрофичнакардиомиопатия
Хипертрофичнасубаортна стеноза

I42.2 Друга хипертрофичнакардиомиопатия
Необструктивнахипертрофичнакардиомиопатия

I42.3 Ендомиокардна (еозинофилна) болест
Ендомиокардна (тропическа) фиброза
Ендокардит на Löffler

I42.4 Ендокарднафиброеластоза
Вроденакардиомиопатия

I42.5 Друга рестриктивнакардиомиопатия

I42.6 Алкохолнакардиомиопатия

Сърдечнанедостатъчност

Не включва: усложняваща:
- аборт, извънматочна или гроздовиднабременност (O00—O07, O08.8)
- акушерски операции и процедури (O75.4)

в резултат на хипертония (I11.0)
- с наличие на хипертониченбъбрек (I13.—)

катопоследица от сърдечна операция или поради наличие на клапна протеза (I97.1)
неонаталнасърдечнанедостатъчност (P29.0)

I50.0 Застойнасърдечнанедостатъчност
Конгестивнасърдечнаболест
Дяснокамернанедостатъчност (дължаща се на лявостраннасърдечнанедостатъчност)

I50.1 Лявокамернанедостатъчност
Остъротокна белитедробове
Остърбелодробеноток
} сьсспоменаване на сърдечнаболест БДУ или сърдечнанедостатъчност

Кардиална астма
Лявостраннасърдечнанедостатъчност

Постпроцедурниболести на органите на кръвообращението, некласифицираниндругаде

Не включва: следоперативен шок (T81.1)

I97.0 Посткардиотомен синдром

I97.1 Другифункционални нарушения след сърдечна операция
Сърдечнаинсуфициенция
Сърдечнанедостатъчност
} след сърдечна операция или в резултат на наличието на сърдечна протеза

Вродени аномалии на сърдечнитекамери и съобщителните отвори

Не включва: декстрокардия със situsinversus (Q89.3)
огледално разположение на предсърдията със situsinversus (Q89.3)

Q20.0 Общ артериален трункус
Персистиращtruncusarteriosus

Q20.1 Удвоен изходен отвор на дясната камера
Синдром на Taussig-Bing

Q20.2 Удвоен изходен отвор на лявата камера

Q20.3 Дискордантно свързване на камерите с артериите
Декстропозиция на аортата
Транспозиция на големите съдове (пълна)

Q20.4 Удвоен камерен входен отвор
Обща камера
Трикамерно двупредсърдно сърце
Единична камера

Q20.5 Дискордантнопредсърднокамерно свързване
Коригирана транспозиция
Лявотранспозиция
Камерна инверсия

Вродени аномалии на сърдечната преграда

Не включва: придобит сърдечен септален дефект (I51.0)

Q21.0 Междукамеренсептален дефект

Q21.1 Междупредсърденсептален дефект
Дефект на коронарния синус
Отворен или персистиращ:
- foramenovale
- ostiumsecundum дефект (тип II)

Дефект на sinusvenosus

Q21.2 Предсърднокамеренсептален дефект
Общ предсърднокамерен канал

Дефект на ендокардната възглавничка
Ostiumprimumатриосептален дефект (тип I)

Q21.3 **Тетралогия на Fallot**
Междукамеренсептален дефект със стеноза или атрезия на белодробната артерия, декстропозиция на аортата и хипертрофия на дясната камера.

Q21.4 **Аортопулмоналенсептален дефект**
Аортенсептален дефект
Аортопулмонален прозорец

Вродени аномалии на пулмоналната и трикуспидалнатаклапа

Q22.0 **Атрезия на клапата на белодробната артерия**

Q22.1 **Вродена стеноза на клапата на белодробната артерия**

Q22.2 **Вродена инсуфициенция на клапата на белодробната артерия**
Вродена регургитация на клапата на белодробната артерия

Q22.4 **Вродена стеноза на трикуспидалната клапа**
Трикуспидалнаатрезия

Q22.5 **Аномалия на Ebstein**

Q22.8 **Други вродени аномалии на трикуспидалната клапа**

Вродени аномалии на аортната и митралнатаклапа

Q23.0 **Вродена стеноза на аортната клапа**
Вродена аортна:
- атрезия
- стеноза

Не включва: вродена субаортнастеноза (Q24.4)
същата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)

Q23.1 **Вродена инсуфициенция на аортната клапа**
Бикуспиднааортна клапа
Вродена аортнаинсуфициенция

Q23.2 **Вродена митралнастеноза**
Вродена митралнаатрезия

Q23.3 **Вродена митралнаинсуфициенция**

Другивродени аномалии на сърцето
Не включва: ендокарднафиброеластоза (I42.4)

Q24.3 **Белодробна инфундибуларнастеноза**

Q24.4 **Вродена субаортнастеноза**

Q24.5 **Аномалия на коронарните съдове**
Вродена коронарна (артериална) аневризма

Вродени аномалии на големите артерии

Q25.0 **Отворен ductusarteriosus**
Отворен Боталов проток
Персистиращductusarteriosus

Q25.1 **Коарктация на аортата**
Коарктация на аортата (предуктална)(постдуктална)

Q25.2 **Атрезия на аортата**

Q25.3 **Стеноза на аортата**
Суправалвуларнааортнастеноза
Не включва: вродена аортнастеноза (Q23.0)

Q25.4 Други вродени аномалии на аортата

Липса
Аплазия
Вродена: } на аортата
- аневризма
- дилатация

Аневризма на синуса на Valsalva (руптурирала)
Двойна дъга на аортата [съдов пръстен на аортата]
Хипоплазия на аортата
Персистиращи(-а):
- извивки на аортната дъга
- дясна аортна дъга

Не включва: хипоплазия на аортата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)

Кодовете **I50.0, I50.1, I97.0 и I97.1** се вписват като основна диагноза и дефинират причината за включване на болния в тази клинична пътека. Останалите кодове на диагнози в клиничната пътека се използват като втори задължителен код за определяне причината (когато тя е известна), довела до хронична сърдечна недостатъчност.

2.3 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време
55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Включва задължително следния медико-диагностичен пакет:
Електролити
Пълна кръвна картина
Чернодробни ензими

Желязо и ЖСК(при необходимост)
Креатинин

и/или

BNP/pro-BNP

1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924	**Биохимична изследвания**
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

При необходимост:

91910-36	Клинично-химични изследвания за Желязо
91910-37	Клинично-химични изследвания за ЖСК

и/или

1934	**Други лабораторни изследвания**
91911-03	Изследване на NBP/pro – NBP

1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични процедури (91910-04/91910-13/91910-26/ 91910-27/91910-33 и/или 91911-03), 91910-36/91910-37 – при необходимост, (11700-00), (55113-00 или 55118-00-55118-00 - по преценка на лекуващия лекар само за 55118-00), (58500-00)) и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.** Когато се

налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934- Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от трите блока 1923, 1924 и 1934 и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването "Включва задължително следния медико-диагностичен пакет: Електролити; Пълна кръвна картина; Чернодробни ензими; Желязо и ЖСК (при необходимост); Креатинин и/или BNP/pro-BNP".

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по вътрешниболести или Клиника/отделение по детски болести
2. Легла за интензивно лечение в клиника/отделение покардиология, вътрешни болести или педиатрия
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф, холтер за мониториране на сърдеченритъм и АН

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

-минимален брой лекари – двама лекари със специалност по вътрешни болести или един лекар по вътрешни болести и един със специалност по кардиология/ревмокардиология;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво:лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология – минимум двама лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология;

или

в детска клиника/отделение – трима лекари, от които двама със специалност по детски болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицинска структура, осъществяваща дейност в обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение" е най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" е на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

При липса на такива звена в болницата, последнатазадължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такивазвена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение без прилагане на механична вентилация при пациенти с:

- **остра сърдечна недостатъчност II и III клас по Killip;**
- **хронична сърдечна недостатъчност III и IV функционален клас по NYHA, нелекувана до момента или неповлияваща се от прилаганата в амбулаторни условия терапия;**
- **остра или изострена хронична сърдечна недостатъчност в детска възраст.**

ЛЗ задължително осъществява ЕхоКГ и други методи на образно и друго инструментално изследване за диференциране на състоянията на сърдечна недостатъчност.

Класификация на остра СН по Killip

I. Клас - Няма белези на сърдечна недостатъчност.

II. Клас – Наличие на Т3/Т4 галоп и/или влажни хрипове в белите дробове, ангажиращи под ½ от белия дроб и/или рентгенови данни за белодробна венозна хипертония (кардиална астма).

III. Клас -Белодробен едем – наличие на влажни хрипове, ангажиращи над ½ от белия дроб и/или рентгенови данни за белодробна венозна хипертония.

IV. Клас – Кардиогенен шок.

Класификация на хронична СН по NYHA:

I - Функционален клас - без симптоми при продължителни физически усилия.

II - Функционален клас - задух,и/или умора и/или палпитации при обичайни физически усилия.

III - Функционален клас - задух и/или умора и/или палпитации при леки физически усилия, но липсват в покой.

IV - Функционален клас – оплакванията са в покой и данни за застойна СН.

Диагностични критерии за хронична СН (по Фрамингам):

Диагнозата се поставя при 2 големи, или 1 голям и 2 малки критерия.

Големи (с голяма чувствителност и специфичност):

- пароксизмален нощен задух;
- разширени шийни вени;
- кардиомегалия;
- влажни хрипове в белодробните основи;
- Т3галоп;
- ЦВН над 16см Н2О стълб;
- хепатоюгуларенрефлукс;
- загуба на повече от 4,5 кг за 5 дни при лечение с диуретик;
- тахидиспнея над 60/мин при кърмачета и деца под 3 години.

Малки (с голяма чувствителност и малка специфичност):

- отоци по глезените;
- нощна кашлица;
- хепатомегалия;
- задух при усилие;
- плеврален излив;
- тахикардия над 120/мин;
- намален с повече от1/3 витален капацитет;
- задържане или стациониране на тегловната крива при деца под 3 години.

ЕХОГРАФСКИ КРИТЕРИИ ЗА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

I. Систолна функция (предимно лява камера)

Параметър	Норма	Показател за СН
Фракция на изтласкване (EF, LVEF)	≥ 50–55%	< 40% → СН със систолна дисфункция (HFrEF)
Краен диастолен обем (LVEDV)	< 150 mL	↑ при дилатирана кардиомиопатия
Краен систолен обем (LVESV)	< 60 mL	↑ при тежка систолна дисфункция
Укъсяване на фракцията (FS)	25–45%	< 25%
Глобален надлъжен стрейн (GLS)	< -18%	> -16% → дисфункция

II. Диастолна функция (лява камера)

Диастолната СН се среща често при запазена систолна функция (HFpEF)

Параметър	Норма	Диастолна дисфункция
E/A съотношение (митрален приток)	1.0 – 1.5	<1.0 (тип I), >2.0 (тип III)
E/e' съотношение	< 8	> 14 → повишено налягане в лявото предсърдие
e' (латерален/септален)	> 10 / > 7 cm/s	< 8 cm/s (забавено релаксационно пълнене)
LA volume index	< 34 mL/m²	> 34 mL/m² (дилатация на лявото предсърдие)
TR velocity (трикуспидална регургитация)	< 2.8 m/s	> 2.8 m/s (повишено белодробно налягане)

III.Други ехокардиографски находки в полза на СН

Структурни и функционални промени	Значение
Дилатация на лява/дясна камера	Обемно претоварване, кардиомиопатии
Хипертрофия на ЛК (LVH)	При хипертония, аортна стеноза
Дискинезия / акинезия на сегменти	Исхемична болест на сърцето (ИБС)
Дилатирано ляво предсърдие	Хронично повишено налягане в ЛК
Повишено белодробно артериално налягане (PASP)	Индиректен белег за левостранна СН
Митрална/трикуспидална регургитация	Обратен поток, сърдечна ремоделация
Намалена TAPSE (<17 mm)	Систолна дисфункция на дясна камера
Плеврален излив (с перикарден излив)	При декомпенсирана СН

Класификация по EF (фракция на изтласкване):

Тип СН	EF
HFrEF (reduced EF)	< 40%
HFmrEF (mildly reduced EF)	41–49%
HFpEF (preserved EF)	≥ 50%

Референтни нива на BNP и NT-proBNP при различни степени на сърдечна недостатъчност:

NYHA клас	BNP (pg/mL)	NT-proBNP (pg/mL)	Клинично значение
Клас I	< 100	< 300	Без симптоми или леки – нормално или леко повишени
Клас II	100 – 300	300 – 900	Леки до умерени симптоми
Клас III	300 – 700	900 – 1800	Умерено до тежко нарушение на сърдечната функция

NYHA клас	BNP (pg/mL)	NT-proBNP (pg/mL)	Клинично значение
Клас IV	> 700	> 1800	Тежка сърдечна недостатъчност, често със симптоми в покой

5б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 часот началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 часот началото на хоспитализацията, а при болни със съмнение за остър коронарен синдром до 10 тата минута от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни болни - с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) - до 12 часа от началото на хоспитализацията).

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Класификация на степен на СН по ROSS - оценка при кърмачета и малки деца

Клас	Интерпретация
I	Асимптоматични
II	Умерено изразена тахипнея или изпотяване при хранене на кърмачета Диспнеяпри усилие на по-големидеца
III	Изразена тахипнея и изпотяване при хранене при кърмачета Удължено време за хранене и задръжка на тегловенприраст При по-големите деца изразена диспнея при усилие.
IV	Симптоми включващи тахипнея ,пъшкане и умора в покой.

Алгоритъм за медикаментозно лечение

Основни групи медикаменти:

- Диуретици.
- АСЕ инхибитори.
- АТ2 блокери (сартани).
- Бета-блокери.
- Дигиталис.
- Антиаритмици (при ФИ под 40% - антиаритмици III клас).
- Антикоагуланти.
- Катехоламини.
- Извънбъбречни методи за очистване на кръвта – хемодиализа с ултрафилтрация и/или спонтанна артериовенозна хемофилтрация.
- Корекция на анемия – железни препарати, кръвопреливане, еритропоетинови препарати.

Продължителността на парентералната терапия следва да бъде съобразена със тежестта на състоянието на болния, наложило хоспитализация.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

На базата на клиничната картина, инструменталните (ехокардиография, ЕКГ, Rö) и лабораторни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- Подобряване на функционалния клас и/илио владяване на симптоматиката;
- оптимизирана терапия

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология (детска кардиология/детска ревмокардиология) с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1.ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури"- бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО";

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Сърдечната недостатъчност (слабост) е състояние на невъзможност сърцето Ви да изпомпва необходимото количество кръв към органите във Вашето тяло. В резултат на това най-често се явяват задух, лесна умора, нощна кашлица, отоци по крайниците, сърцебиене, болки в гърдите при усилия и др.За кърмачетата са характерни следните симптоми: учестено дишане(тахипнея), изпотяване при хранене, ненаддаване на тегло. В по-тежките случаи се появява пъшкане в покой. За по-големите деца е характерно затруднено дишане (диспнея) при усилие.

Когато тези симптоми се развиват внезапно и бързо, може да съществува реална опасност за Вашия живот. Постъпването в болнично заведение по спешност е наложително в случаите на: гръдна болка, неповлияла се от нитроглицерин, на остро настъпило сърцебиене или невъзможност да лежите в леглото поради внезапно появил се задух.

Болнично лечение ще се наложи и в случаите, в които въпреки прилагането на нужните лекарства и спазването на съветите на Вашите лекари, състоянието Ви не се подобрява. Там най-вероятно ще Ви приложат лекаства чрез венозна канюла, ще Ви вземат кръв за изследване, ще Ви се направи рентгенов преглед, вероятно ще последват и допълнителни лечебни и диагностични действия. Всичко това е необходимо за правилната диагноза и лечение, чиято цел е запазване на Вашия живот и здраве.

Най-честите причини за развитието и прогресирането на сърдечната недостатъчност са нелекуването на артериалната хипертония (високото кръвно налягане), исхемичната болест (“гръдната жаба”), сърдечният инфаркт и сърдечните пороци, а при деца - вродени сърдечни малформации или миокардно заболяване.

След изписването Вие ще продължите да бъдете лекувани от домашния лекар и кардиолог, но много важно за Вас ще е и ограничаването на употребата на сол, спирането на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, снижаването на телесното тегло, кръвния холестерол и захар, ако са били завишени.

Заболяването Ви е хронично и ще изисква системно непрекъснато лечение с лекарства и спазване на препоръчвания от лекарите Ви режим на живот. Самопо този начин може да намалите оплакванията и удължите живота си.

КП № 30 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ИЗОСТРЕНА ХРОНИЧНА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

КП № 30.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ИЗОСТРЕНА ХРОНИЧНА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Ревматични болести на митралната клапа

Включва: състояния, класифицирани в рубриките I05.0 и I05.2—I05.9, уточнени или неуточнени като ревматични

***Не включва*:** състояния, уточнени като неревматични (I34.—)

I05.0 **Митрална стеноза**
(Ревматична) митрална (клапна) обструкция

I05.1 **Ревматична митрална инсуфициенция**
Ревматична митрална:
- недостатъчност
- регургитация

I05.2 **Митрална стеноза и инсуфициенция**
Митрална стеноза и недостатъчност или регургитация

Ревматични болести на аортната клапа

***Не включва*:** случаи, неуточнени като ревматични (I35.—)

I06.0 **Ревматична аортна стеноза**
Ревматична аортна (клапна) обструкция

I06.1 **Ревматична аортна инсуфициенция**
Ревматична аортна:
- недостатъчност
- регургитация

I06.2 **Ревматична аортна стеноза и инсуфициенция**
Ревматична аортна стеноза и инсуфициенция или регургитация

Болести на няколко клапи

Включва: случаи, уточнени или неуточнени като ревматични

Не включва: ендокардит без уточняване на клапата (I38)
ревматични болести на ендокарда без уточняване на клапата (I09.1)

I08.0 **Съчетано засягане на митралната и аортната клапи**
Съчетано засягане на митралната и аортната клапи, уточнено или неуточнено като ревматично

Други ревматични болести на сърцето

I09.9 **Ревматична болест на сърцето, неуточнена**
Ревматични:
- кардит
- сърдечна недостатъчност

Не включва: ревматоиден кардит (M05.3)

Хипертонична болест на сърцето

Включва: всяко състояние от рубриките I50.—, I51.4—I51.9, дължащо се на хипертония

I11.0 Хипертонично сърце със (застойна) сърдечна недостатъчност
Декомпенсирано хипертонично сърце

Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек

Включва: всяко състояние от рубриката I11.— в съчетание с всяко състояние от рубриката I12.—
болест:
- сърдечно-бъбречна
- сърдечно-съдова бъбречна

I13.0 Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек и със (застойна) сърдечна недостатъчност

I13.2 Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек с наличие както на (застойна) сърдечна недостатъчност, така и на бъбречна недостатъчност

Хронична исхемична болест на сърцето

Не включва: сърдечно-съдова болест БДУ (I51.6)

I25.3 Сърдечна аневризма
Аневризма:
- на сърдечната стена
- камерна

I25.9 Хронична исхемична болест на сърцето, неуточнена
Исхемична болест на сърцето (хронична) БДУ

Други форми на белодробно сърце

I27.0 Първична белодробна хипертония
Белодробна (артериална) хипертония (идиопатична)(първична)

I27.1 Кифосколиотично сърце

I27.8 Други уточнени форми на белодробно сърце

I27.9 Белодробно сърце, неуточнено
Хронична белодробно-сърдечна болест
Белодробно сърце [cor pulmonale] (хронично) БДУ

Други болести на белодробните съдове

I28.8 Други уточнени болести на белодробните съдове
Руптура
Стеноза } на белодробен съд
Стриктура

Други болести на перикарда

Не включва: текущи усложнения на острия инфаркт на миокарда (I23.—)
посткардиотомен синдром (I97.0)
травма на сърцето (S26.—)
болест, уточнена като ревматична (I09.2)

I31.0 Хроничен адхезивен перикардит
Accretio cordis
Сраснал перикард
Адхезивен медиастиноперикардит

I31.1 Хроничен констриктивен перикардит
Concretio cordis
Перикардна калцификация

Неревматични болести на митралната клапа

Не включва: митрална (клапна):
- болест (I05.9)
- недостатъчност (I05.8)
- стеноза

с неуточнена етиология, но със споменаване на:
- болест на аортната клапа (I08.0)
- митрална стеноза или обструкция (I05.0)

уточнена като ревматична (I05.—)

I34.0 Митрална (клапна) инсуфициенция
Митрална (клапна):
- недостатъчност
- регургитация

} БДУ или с уточнена етиология, която е неревматична

I34.1 Митрален (клапен) пролапс
Синдром на пролабираща митрална клапа
Не включва: синдром на Marfan (Q87.4)

I34.2 Неревматична митрална (клапна) стеноза

Неревматични болести на аортната клапа
Не включва: хипертрофична субаортна стеноза (I42.1)
с неуточнена етиология, но със споменаване на болест на митралната клапа (I08.0)
уточнена като ревматична (I06.—)

I35.0 Аортна (клапна) стеноза

I35.1 Аортна (клапна) инсуфициенция
Аортна (клапна):
- недостатъчност
- регургитация

} БДУ или с уточнена етиология, която е неревматична

I35.2 Аортна (клапна) стеноза и инсуфициенция

Неревматични болести на трикуспидалната клапа
Не включва: с неуточнена етиология (I07.—)
уточнена като ревматична (I07.—)

I36.0 Неревматична трикуспидална (клапна) стеноза

I36.1 Неревматична трикуспидална (клапна) инсуфициенция
Трикуспидална (клапна):
- недостатъчност
- регургитация

} с уточнена етиология, която е неревматична

I36.2 Неревматична трикуспидална (клапна) стеноза и инсуфициенция

Болести на пулмоналната клапа
Не включва: уточнени като ревматични (I09.8)

I37.0 Стеноза на пулмоналната клапа

I37.1 Инсуфициенция на пулмоналната клапа
Пулмонална клапна:
- недостатъчност
- регургитация

} БДУ или с уточнена етиология, която не е ревматична

I37.2 Стеноза и инсуфициенция на пулмоналната клапа

Кардиомиопатия
Не включва: кардиомиопатия, усложняваща:
- бременност (O99.4)
- послеродов период O90.3)

исхемична кардиомиопатия (I25.5)

I42.0 Дилатативна кардиомиопатия

I42.1 Обструктивна хипертрофична кардиомиопатия
Хипертрофична субаортна стеноза

I42.2 Друга хипертрофична кардиомиопатия
Необструктивна хипертрофична кардиомиопатия

I42.3 Ендомиокардна (еозинофилна) болест

Ендомиокардна (тропическа) фиброза
Ендокардит на Löffler

I42.4 Ендокардна фиброеластоза
Вродена кардиомиопатия

I42.5 Друга рестриктивна кардиомиопатия

Сърдечна недостатъчност

Не включва: усложняваща:
- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
- акушерски операции и процедури (O75.4)

в резултат на хипертония (I11.0)
- с наличие на хипертоничен бъбрек (I13.—)

като последица от сърдечна операция или поради наличие на клапна протеза (I97.1)
неонатална сърдечна недостатъчност (P29.0)

I50.0 Застойна сърдечна недостатъчност
Конгестивна сърдечна болест
Дяснокамерна недостатъчност (дължаща се на лявостранна сърдечна недостатъчност)

I50.1 Лявокамерна недостатъчност
Остър оток на белите дробове
Остър белодробен оток } със споменаване на сърдечна болест БДУ или сърдечна недостатъчност
Кардиална астма
Лявостранна сърдечна недостатъчност

Постпроцедурни болести на органите на кръвообращението, некласифицирани другаде

Не включва: следоперативен шок (T81.1)

I97.0 Посткардиотомен синдром

I97.1 Други функционални нарушения след сърдечна операция
Сърдечна инсуфициенция } след сърдечна операция или в резултат на наличието на сърдечна протеза
Сърдечна недостатъчност }

Вродени аномалии на сърдечните камери и съобщителните отвори

Не включва: декстрокардия със situs inversus (Q89.3)
огледално разположение на предсърдията със situs inversus (Q89.3)

Q20.0 Общ артериален трункус
Персистиращ truncus arteriosus

Q20.1 Удвоен изходен отвор на дясната камера
Синдром на Taussig-Bing

Q20.2 Удвоен изходен отвор на лявата камера

Q20.3 Дискордантно свързване на камерите с артериите
Декстропозиция на аортата
Транспозиция на големите съдове (пълна)

Q20.4 Удвоен камерен входен отвор
Обща камера
Трикамерно двупредсърдно сърце
Единична камера

Q20.5 Дискордантно предсърднокамерно свързване
Коригирана транспозиция
Лявотранспозиция
Камерна инверсия

Вродени аномалии на сърдечната преграда

Не включва: придобит сърдечен септален дефект (I51.0)

Q21.0 Междукамерен септален дефект

Q21.1 **Междупредсърден септален дефект**
Дефект на коронарния синус
Отворен или персистиращ:
- foramen ovale
- ostium secundum дефект (тип II)

Дефект на sinus venosus

Q21.2 **Предсърднокамерен септален дефект**
Общ предсърднокамерен канал
Дефект на ендокардната възглавничка
Ostium primum атриосептален дефект (тип I)

Q21.3 **Тетралогия на Fallot**
Междукамерен септален дефект със стеноза или атрезия на белодробната артерия, декстропозиция на аортата и хипертрофия на дясната камера.

Q21.4 **Аортопулмонален септален дефект**
Аортен септален дефект
Аортопулмонален прозорец

Вродени аномалии на пулмоналната и трикуспидалната клапа

Q22.0 **Атрезия на клапата на белодробната артерия**

Q22.1 **Вродена стеноза на клапата на белодробната артерия**

Q22.2 **Вродена инсуфициенция на клапата на белодробната артерия**
Вродена регургитация на клапата на белодробната артерия

Q22.4 **Вродена стеноза на трикуспидалната клапа**
Трикуспидална атрезия

Q22.5 **Аномалия на Ebstein**

Q22.8 **Други вродени аномалии на трикуспидалната клапа**

Вродени аномалии на аортната и митралната клапа

Q23.0 **Вродена стеноза на аортната клапа**
Вродена аортна:
- атрезия
- стеноза

Не включва: вродена субаортна стеноза (Q24.4)
същата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)

Q23.1 **Вродена инсуфициенция на аортната клапа**
Бикуспидна аортна клапа
Вродена аортна инсуфициенция

Q23.2 **Вродена митрална стеноза**
Вродена митрална атрезия

Q23.3 **Вродена митрална инсуфициенция**

Други вродени аномалии на сърцето
Не включва: ендокардна фиброеластоза (I42.4)

Q24.3 **Белодробна инфундибуларна стеноза**

Q24.4 **Вродена субаортна стеноза**

Q24.5 **Аномалия на коронарните съдове**
Вродена коронарна (артериална) аневризма

Вродени аномалии на големите артерии

Q25.0 **Отворен ductus arteriosus**
Отворен Боталов проток
Персистиращ ductus arteriosus

Q25.1 **Коарктация на аортата**
Коарктация на аортата (предуктална)(постдуктална)

Q25.2 Атрезия на аортата

Q25.3 Стеноза на аортата
Суправалвуларна аортна стеноза
Не включва: вродена аортна стеноза (Q23.0)

Q25.4 Други вродени аномалии на аортата
Липса
Аплазия
Вродена: } на аортата
• аневризма
• дилатация
Аневризма на синуса на Valsalva (руптурирала)
Двойна дъга на аортата [съдов пръстен на аортата]
Хипоплазия на аортата
Персистиращи(-а):
• извивки на аортната дъга
• дясна аортна дъга
Не включва: хипоплазия на аортата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)

Белодробен емболизъм
Включва: белодробен(-на) (артериален)(венозен):
• инфаркт
• тромбоемболизъм
• тромбоза

I26.0 Белодробна емболия със споменаване на остро белодробно сърце
Остро белодробно сърце БДУ

Кодовете **I50.0, I50.1, I97.0 и I97.1** се вписват като основна диагноза и дефинират причината за включване на болния в тази клинична пътека. Останалите кодове на диагнози в клиничната пътека се използват като втори задължителен код за определяне причината (когато тя е известна), довела до хронична сърдечна недостатъчност.

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
• използвайки:

- мапиране с цветен поток
- Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
- механично секторно сканиране
- трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време
55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Включва задъ лжително следния медико-диагностичен пакет:
Електролити
Пълна кръвна картина
Чернодробни ензими
Желязо и ЖСК(при необходимост)
КГА
Креатинин

и/или

BNP/pro-BNP

1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924	**Биохимична изследвания**
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

При необходимост

91910-36	Клинично-химични изследвания за Желязо
91910-37	Клинично-химични изследвания за ЖСК

и/или

1934	**Други лабораторни изследвания**
91911-03	Изследване на NBP/pro – NBP

1858	**Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи**
13310-00	Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
13842-00	Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове

1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Неинвазивно вентилаторно подпомагане

Bi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP]
Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP]
Непостоянна маска CPAP
Дишане с променливо позитивно налягане [IPPB]
Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV]
Неинвазивна маскова вентилация [NIMV]
Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV]

Включва: вентилационно подпомагане с:
- лицева маска
- орално парче
- назална маска (възглавнички) (канюли)
- назална, назофарингеална тръба

Не включва: такава с:
- ендотрахеална интубация (виж блок [569])
- трахеостомия (виж блок [569])

92209-00 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа

92209-01 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа

92209-02 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

Приложение на фармакотерапия	
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва:	хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които задължително (91910-04/91910-13/91910-26/91910-27/91910-33///13310-00/13311-00/13842-00/13842-01 и/или 91911-03),91910-36/91910-37- при необходимост, 11700-00, 55113-00 или 55118-00 – по преценка на лекуващия лекар само за 55118-00) и две основни терапевтични процедури, от които от кодовете за механична вентилация 13882-00 или 13882-02 или 13882-01 или 92209-00 или 92209-01 или 92209-02 е задължителен. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1858 - Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи, 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването „Включва задължително следния медико-диагностичен пакет: Електролити; Пълна кръвна картина; Чернодробни ензими; Желязо и ЖСК (при необходимост); КГА; Креатинин и/или BNP/pro-BNP“.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. КАИЛ/ОАИЛ

или Отделение за интензивно кардиологично лечение
3. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф, велоергометър, холтер за мониториране на сърдечен ритъм и АН

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- минимум трима лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицинска структура, осъществяваща дейност в обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение" най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение с прилагане на механична вентилация при пациенти с:

- **остра сърдечна недостатъчност - белодробен оток, налагаща механична вентилация;**
- **хронична сърдечна недостатъчност III и IV функционален клас по NYHA, налагаща механична вентилация;**
- **болни с тежки придружаващи заболявания, включително инфекции на дихателната система, обострящи сърдечната недостатъчност, и необходимост от приложение на механична вентилация;**
- **остра и хронична сърдечна недостатъчност в детска възраст, налагаща механична вентилация.**

ЛЗ задължително осъществява ЕхоКГ и други методи на образно и друго инструментално изследване за диференциране на състоянията на сърдечна недостатъчност.

Класификация на остра СН по Killip

- **I. Клас** - Няма белези на сърдечна недостатъчност.
- **II. Клас** – Наличие на Т3/Т4 галоп и/или влажни хрипове в белите дробове, ангажиращи под ½ от белия дроб и/или рентгенови данни за белодробна венозна хипертония (кардиална астма).
- **III. Клас** -Белодробен едем – наличие на влажни хрипове, ангажиращи над ½ от белия дроб и/или рентгенови данни за белодробна венозна хипертония.
- **IV. Клас** – Кардиогенен шок.
-

- **Класификация на хронична СН по NYHA:**

- **I - Функционален клас** - без симптоми при продължителни физически усилия.
- **II - Функционален клас** - задух,и/или умора и/или палпитации при обичайни физически усилия.
- **III - Функционален клас** - задух и/или умора и/или палпитации при леки физически усилия, но липсват в покой.
- **IV - Функционален клас** – оплакванията са в покой и данни за застойна СН.
-

- **Диагностични критерии за хронична СН (по Фрамингам):**

- Диагнозата се поставя при 2 големи, или 1 голям и 2 малки критерия.
- **Големи (с голяма чувствителност и специфичност):**
- - пароксизмален нощен задух;
- - разширени шийни вени;
- - кардиомегалия;
- - влажни хрипове в белодробните основи;
- - Т3галоп;
- - ЦВН над 16см Н2О стълб;
- - хепатоюгуларенрефлукс;
- - загуба на повече от 4,5 кг за 5 дни при лечение с диуретик;
- - тахидиспнея над 60/мин при кърмачета и деца под 3 години.
-
- **Малки (с голяма чувствителност и малка специфичност):**
- - отоци по глезените;
- - нощна кашлица;
- - хепатомегалия;
- - задух при усилие;
- - плевраленизлив;
- - тахикардия над 120/мин;
- - намален с повече от1/3 витален капацитет;
- - задържане или стациониране на тегловната крива при деца под 3 години.
-

- # ЕХОГРАФСКИ КРИТЕРИИ ЗА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

- ## I. Систолна функция (предимно лява камера)

Параметър	Норма	Показател за СН
Фракция на изтласкване (EF, LVEF)	≥ 50–55%	< 40% → СН със систолна дисфункция (HFrEF)
Краен диастолен обем (LVEDV)	< 150 mL	↑ при дилатирана кардиомиопатия
Краен систолен обем (LVESV)	< 60 mL	↑ при тежка систолна дисфункция
Укъсяване на фракцията (FS)	25–45%	< 25%
Глобален надлъжен стрейн (GLS)	< -18%	> -16% → дисфункция

-

- ## II. Диастолна функция (лява камера)
- Диастолната СН се среща често при запазена систолна функция (HFpEF)

Параметър	Норма	Диастолна дисфункция
E/A съотношение (митрален приток)	1.0 – 1.5	<1.0 (тип I), >2.0 (тип III)
E/e’ съотношение	< 8	> 14 → повишено налягане в лявото предсърдие
e’ (латерален/септален)	> 10 / > 7 cm/s	< 8 cm/s (забавено релаксационно пълнене)
LA volume index	< 34 mL/m²	> 34 mL/m² (дилатация на лявото предсърдие)
TR velocity (трикуспидална регургитация)	< 2.8 m/s	> 2.8 m/s (повишено белодробно налягане)

- ## III.Други ехокардиографски находки в полза на СН

Структурни и функционални промени	Значение
Дилатация на лява/дясна камера	Обемно претоварване, кардиомиопатии
Хипертрофия на ЛК (LVH)	При хипертония, аортна стеноза
Дискинезия / акинезия на сегменти	Исхемична болест на сърцето (ИБС)
Дилатирано ляво предсърдие	Хронично повишено налягане в ЛК
Повишено белодробно артериално налягане (PASP)	Индиректен белег за левостранна СН
Митрална/трикуспидална регургитация	Обратен поток, сърдечна ремоделация
Намалена TAPSE (<17 mm)	Систолна дисфункция на дясна камера
Плеврален излив (с перикарден излив)	При декомпенсирана СН

-
-

- Класификация по EF (фракция на изтласкване):

Тип СН	EF

Тип СН	EF
HFrEF (reduced EF)	< 40%
HFmrEF (mildly reduced EF)	41–49%
HFpEF (preserved EF)	≥ 50%

-
-
- Референтни нива на BNP и NT-proBNP при различни степени на сърдечна недостатъчност:

NYHA клас	BNP (pg/mL)	NT-proBNP (pg/mL)	Клинично значение
Клас I	< 100	< 300	Без симптоми или леки – нормално или леко повишени
Клас II	100 – 300	300 – 900	Леки до умерени симптоми
Клас III	300 – 700	900 – 1800	Умерено до тежко нарушение на сърдечната функция
Клас IV	> 700	> 1800	Тежка сърдечна недостатъчност, често със симптоми в покой

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 час от началото на хоспитализацията, а при болни със съмнение за остър коронарен синдром до 10-та минута от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни болни - с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) - до 12 часа от началото на хоспитализацията).

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Класификация на степен на СН по ROSS - оценка при кърмачета и малки деца

Клас	Интерпретация
I	Асимптоматични
II	Умерено изразена тахипнея или изпотяване при хранене на кърмачета Диспнея при усилие на по-големи деца
III	Изразена тахипнея и изпотяване при хранене при кърмачета Удължено време за хранене и задръжка на тегловен прираст При по- големите деца изразена диспнея при усилие.
IV	Симптоми включващи тахипнея ,пъшкане и умора в покой.

Алгоритъм за медикаментозно лечение

Основни групи медикаменти:

- Диуретици.
- ACE инхибитори.
- AT2 блокери (сартани).
- Бета-блокери.
- Дигиталис.
- Антиаритмици (при ФИ под 40% - антиаритмици III клас).
- Антикоагуланти.
- Катехоламини.
- Антибиотици.
- Секретолитици.
- Седатива и миорелаксанти.
- H2-блокери.
- Извънбъбречни методи за очистване на кръвта – хемодиализа с ултрафилтрация и/или спонтанна артериовенозна хемофилтрация.
- Корекция на анемия – железни препарати, кръвопреливане, еритропоетинови препарати.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

На базата на клиничната картина, инструменталните (ехокардиография, ЕКГ, RÖ) и лабораторни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- отпадане на необходимостта от механична вентилация;
- подобряване на функционалния клас и/или овладяване на симптоматиката.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури"- бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“- бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Сърдечната недостатъчност (слабост) е състояние на невъзможност сърцето да изпомпва необходимото количество кръв към органите във Вашето тяло. В резултат на това най-често се явяват задух, лесна умора, нощна кашлица, отоци по крайниците, сърцебиене, болки в гърдите при усилия и др.

За кърмачетата са характерни следните симптоми: учестено дишане (тахипнея), изпотяване при хранене, ненаддаване на тегло. В по-тежките случаи се появява пъшкане в покой. За по-големите деца е характерно затруднено дишане (диспнея) при усилие.

Когато тези симптоми се развиват внезапно и бързо, може да съществува реална опасност за Вашия живот. Постъпването в болнично заведение по спешност е наложително в случаите на: гръдна болка, неповлияла се от нитроглицерин, на остро настъпило сърцебиене или невъзможност да лежите в леглото поради внезапно появил се задух.

Болнично лечение ще се наложи и в случаите, в които въпреки прилагането на нужните лекарства и спазването на съветите на Вашите лекари, състоянието Ви не се подобрява. Там най-вероятно ще Ви приложат лекарства чрез венозна канюла, ще Ви вземат кръв за изследване, ще Ви се направи рентгенов преглед, вероятно ще последват и допълнителни лечебни и диагностични действия. Всичко това е необходимо за правилната диагноза и лечение, чиято цел е запазване на Вашия живот и здраве.

Най-честите причини за развитието и прогресирането на сърдечната недостатъчност са нелекуването на артериалната хипертония (високото кръвно налягане), исхемичната болест (гръдната жаба), сърдечният инфаркт и сърдечните пороци, а при деца - вродени сърдечни малформации или миокардно заболяване.

След изписването Вие ще продължите да бъдете лекувани от домашния лекар и кардиолог, но много важно за Вас ще е и ограничаването на употребата на сол, спирането на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, снижаването на телесното тегло, кръвния холестерол и захар, ако са били завишени.

Заболяването Ви е хронично и ще изисква системно непрекъснато лечение с лекарства и спазване на препоръчвания от лекарите Ви режим на живот. Само по този начин може да намалите оплакванията и удължите живота си.

КП № 30 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ИЗОСТРЕНА ХРОНИЧНА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

КП № 30.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ИЗОСТРЕНА ХРОНИЧНА СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Ревматични болести на митралната клапа

Включва: състояния, класифицирани в рубриките I05.0 и I05.2—I05.9, уточнени или неуточнени като ревматични

***Не включва*:** състояния, уточнени като неревматични (I34.—)

I05.0 Митрална стеноза
(Ревматична) митрална (клапна) обструкция

I05.1 Ревматична митрална инсуфициенция
Ревматична митрална:
- недостатъчност
- регургитация

I05.2 Митрална стеноза и инсуфициенция
Митрална стеноза и недостатъчност или регургитация

Ревматични болести на аортната клапа

***Не включва*:** случаи, неуточнени като ревматични (I35.—)

I06.0 Ревматична аортна стеноза
Ревматична аортна (клапна) обструкция

I06.1 Ревматична аортна инсуфициенция
Ревматична аортна:
- недостатъчност
- регургитация

I06.2 Ревматична аортна стеноза и инсуфициенция
Ревматична аортна стеноза и инсуфициенция или регургитация

Болести на няколко клапи

Включва: случаи, уточнени или неуточнени като ревматични
Не включва: ендокардит без уточняване на клапата (I38)
ревматични болести на ендокарда без уточняване на клапата (I09.1)

I08.0 Съчетано засягане на митралната и аортната клапи
Съчетано засягане на митралната и аортната клапи, уточнено или неуточнено като ревматично

Други ревматични болести на сърцето

I09.9 Ревматична болест на сърцето, неуточнена
Ревматични:
- кардит
- сърдечна недостатъчност

Не включва: ревматоиден кардит (M05.3)

Хипертонична болест на сърцето

Включва: всяко състояние от рубриките I50.—, I51.4—I51.9, дължащо се на хипертония

I11.0 Хипертонично сърце със (застойна) сърдечна недостатъчност
Декомпенсирано хипертонично сърце

Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек

Включва: всяко състояние от рубриката I11.— в съчетание с всяко състояние от рубриката I12.—
болест:
- сърдечно-бъбречна
- сърдечно-съдова бъбречна

I13.0 Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек и със (застойна) сърдечна недостатъчност

I13.2 Съчетание на хипертонично сърце с хипертоничен бъбрек с наличие както на (застойна) сърдечна недостатъчност, така и на бъбречна недостатъчност

Хронична исхемична болест на сърцето

Не включва: сърдечно-съдова болест БДУ (I51.6)

I25.3 Сърдечна аневризма
Аневризма:
- на сърдечната стена
- камерна

I25.9 Хронична исхемична болест на сърцето, неуточнена
Исхемична болест на сърцето (хронична) БДУ

Други форми на белодробно сърце

I27.0 Първична белодробна хипертония
Белодробна (артериална) хипертония (идиопатична)(първична)

I27.1 Кифосколиотично сърце

I27.8 Други уточнени форми на белодробно сърце

I27.9 Белодробно сърце, неуточнено
Хронична белодробно-сърдечна болест
Белодробно сърце [cor pulmonale] (хронично) БДУ

Други болести на белодробните съдове

I28.8 Други уточнени болести на белодробните съдове
Руптура
Стеноза } на белодробен съд
Стриктура

Други болести на перикарда

Не включва: текущи усложнения на острия инфаркт на миокарда (I23.—)
посткардиотомен синдром (I97.0)
травма на сърцето (S26.—)
болест, уточнена като ревматична (I09.2)

I31.0 Хроничен адхезивен перикардит
Accretio cordis
Сраснал перикард
Адхезивен медиастиноперикардит

I31.1 Хроничен констриктивен перикардит
Concretio cordis
Перикардна калцификация

Неревматични болести на митралната клапа

Не включва: митрална (клапна):
- болест (I05.9)
- недостатъчност (I05.8)
- стеноза

с неуточнена етиология, но със споменаване на:
• болест на аортната клапа (I08.0)
• митрална стеноза или обструкция (I05.0)
уточнена като ревматична (I05.—)

I34.0 Митрална (клапна) инсуфициенция
Митрална (клапна):
• недостатъчност } БДУ или с уточнена етиология,
• регургитация } която е неревматична

I34.1 Митрален (клапен) пролапс
Синдром на пролабираща митрална клапа
Не включва: синдром на Marfan (Q87.4)

I34.2 Неревматична митрална (клапна) стеноза

Неревматични болести на аортната клапа
Не включва: хипертрофична субаортна стеноза (I42.1)
с неуточнена етиология, но със споменаване на болест на митралната клапа (I08.0)
уточнена като ревматична (I06.—)

I35.0 Аортна (клапна) стеноза

I35.1 Аортна (клапна) инсуфициенция
Аортна (клапна):
• недостатъчност } БДУ или с уточнена етиология,
• регургитация } която е неревматична

I35.2 Аортна (клапна) стеноза и инсуфициенция

Неревматични болести на трикуспидалната клапа
Не включва: с неуточнена етиология (I07.—)
уточнена като ревматична (I07.—)

I36.0 Неревматична трикуспидална (клапна) стеноза

I36.1 Неревматична трикуспидална (клапна) инсуфициенция
Трикуспидална (клапна):
• недостатъчност } с уточнена етиология,
• регургитация } която е неревматична

I36.2 Неревматична трикуспидална (клапна) стеноза и инсуфициенция

Болести на пулмоналната клапа
Не включва: уточнени като ревматични (I09.8)

I37.0 Стеноза на пулмоналната клапа

I37.1 Инсуфициенция на пулмоналната клапа
Пулмонална клапна:
• недостатъчност } БДУ или с уточнена етиология,
• регургитация } която не е ревматична

I37.2 Стеноза и инсуфициенция на пулмоналната клапа

Кардиомиопатия
Не включва: кардиомиопатия, усложняваща:
• бременност (O99.4)
• послеродов период O90.3)
исхемична кардиомиопатия (I25.5)

I42.0 Дилатативна кардиомиопатия

I42.1 Обструктивна хипертрофична кардиомиопатия
Хипертрофична субаортна стеноза

I42.2 Друга хипертрофична кардиомиопатия
Необструктивна хипертрофична кардиомиопатия

I42.3 Ендомиокардна (еозинофилна) болест

Ендомиокардна (тропическа) фиброза
Ендокардит на Löffler

I42.4 Ендокардна фиброеластоза
Вродена кардиомиопатия

I42.5 Друга рестриктивна кардиомиопатия

Сърдечна недостатъчност

Не включва: усложняваща:
- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
- акушерски операции и процедури (O75.4)

в резултат на хипертония (I11.0)
- с наличие на хипертоничен бъбрек (I13.—)

като последица от сърдечна операция или поради наличие на клапна протеза (I97.1)
неонатална сърдечна недостатъчност (P29.0)

I50.0 Застойна сърдечна недостатъчност
Конгестивна сърдечна болест
Дяснокамерна недостатъчност (дължаща се на лявостранна сърдечна недостатъчност)

I50.1 Лявокамерна недостатъчност
Остър оток на белите дробове
Остър белодробен оток } със споменаване на сърдечна болест БДУ или сърдечна недостатъчност
Кардиална астма
Лявостранна сърдечна недостатъчност

Постпроцедурни болести на органите на кръвообращението, некласифицирани другаде

Не включва: следоперативен шок (T81.1)

I97.0 Посткардиотомен синдром

I97.1 Други функционални нарушения след сърдечна операция
Сърдечна инсуфициенция } след сърдечна операция или в резултат на наличието на сърдечна протеза
Сърдечна недостатъчност }

Вродени аномалии на сърдечните камери и съобщителните отвори

Не включва: декстрокардия със situs inversus (Q89.3)
огледално разположение на предсърдията със situs inversus (Q89.3)

Q20.0 Общ артериален трункус
Персистиращ truncus arteriosus

Q20.1 Удвоен изходен отвор на дясната камера
Синдром на Taussig-Bing

Q20.2 Удвоен изходен отвор на лявата камера

Q20.3 Дискордантно свързване на камерите с артериите
Декстропозиция на аортата
Транспозиция на големите съдове (пълна)

Q20.4 Удвоен камерен входен отвор
Обща камера
Трикамерно двупредсърдно сърце
Единична камера

Q20.5 Дискордантно предсърднокамерно свързване
Коригирана транспозиция
Лявотранспозиция
Камерна инверсия

Вродени аномалии на сърдечната преграда

Не включва: придобит сърдечен септален дефект (I51.0)

Q21.0 Междукамерен септален дефект

Q21.1 **Междупредсърден септален дефект**
Дефект на коронарния синус
Отворен или персистиращ:
- foramen ovale
- ostium secundum дефект (тип II)

Дефект на sinus venosus

Q21.2 **Предсърднокамерен септален дефект**
Общ предсърднокамерен канал
Дефект на ендокардната възглавничка
Ostium primum атриосептален дефект (тип I)

Q21.3 **Тетралогия на Fallot**
Междукамерен септален дефект със стеноза или атрезия на белодробната артерия, декстропозиция на аортата и хипертрофия на дясната камера.

Q21.4 **Аортопулмонален септален дефект**
Аортен септален дефект
Аортопулмонален прозорец

Вродени аномалии на пулмоналната и трикуспидалната клапа

Q22.0 **Атрезия на клапата на белодробната артерия**

Q22.1 **Вродена стеноза на клапата на белодробната артерия**

Q22.2 **Вродена инсуфициенция на клапата на белодробната артерия**
Вродена регургитация на клапата на белодробната артерия

Q22.4 **Вродена стеноза на трикуспидалната клапа**
Трикуспидална атрезия

Q22.5 **Аномалия на Ebstein**

Q22.8 **Други вродени аномалии на трикуспидалната клапа**

Вродени аномалии на аортната и митралната клапа

Q23.0 **Вродена стеноза на аортната клапа**
Вродена аортна:
- атрезия
- стеноза

Не включва: вродена субаортна стеноза (Q24.4)
същата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)

Q23.1 **Вродена инсуфициенция на аортната клапа**
Бикуспидна аортна клапа
Вродена аортна инсуфициенция

Q23.2 **Вродена митрална стеноза**
Вродена митрална атрезия

Q23.3 **Вродена митрална инсуфициенция**

Други вродени аномалии на сърцето
Не включва: ендокардна фиброеластоза (I42.4)

Q24.3 **Белодробна инфундибуларна стеноза**

Q24.4 **Вродена субаортна стеноза**

Q24.5 **Аномалия на коронарните съдове**
Вродена коронарна (артериална) аневризма

Вродени аномалии на големите артерии

Q25.0 **Отворен ductus arteriosus**
Отворен Боталов проток
Персистиращ ductus arteriosus

Q25.1 **Коарктация на аортата**
Коарктация на аортата (предуктална)(постдуктална)

Q25.2 **Атрезия на аортата**

Q25.3 **Стеноза на аортата**
Суправалвуларна аортна стеноза
Не включва: вродена аортна стеноза (Q23.0)

Q25.4 **Други вродени аномалии на аортата**
Липса
Аплазия
Вродена: } на аортата
• аневризма
• дилатация
Аневризма на синуса на Valsalva (руптурирала)
Двойна дъга на аортата [съдов пръстен на аортата]
Хипоплазия на аортата
Персистиращи(-а):
• извивки на аортната дъга
• дясна аортна дъга
Не включва: хипоплазия на аортата при синдром на хипопластичното ляво сърце (Q23.4)

Белодробен емболизъм
Включва: белодробен(-на) (артериален)(венозен):
• инфаркт
• тромбоемболизъм
• тромбоза

I26.0 **Белодробна емболия със споменаване на остро белодробно сърце**
Остро белодробно сърце БДУ

Кодовете **I50.0, I50.1, I97.0 и I97.1** се вписват като основна диагноза и дефинират причината за включване на болния в тази клинична пътека. Останалите кодове на диагнози в клиничната пътека се използват като втори задължителен код за определяне причината (когато тя е известна), довела до хронична сърдечна недостатъчност.

2.2 І 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
• използвайки:

• мапиране с цветен поток
• Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
• механично секторно сканиране
• трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време
55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Включва задъ лжително следния медико-диагностичен пакет:
Електролити
Пълна кръвна картина
Чернодробни ензими
Желязо и ЖСК(при необходимост)
КГА
Креатинин

и/или

BNP/pro-BNP

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

При необходимост:

91910-36 Клинично-химични изследвания за Желязо

91910-37 Клинично-химични изследвания за ЖСК

и/или

1934 Други лабораторни изследвания

91911-03 Изследване на NBP/pro – NBP

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Неинвазивно вентилаторно подпомагане

Bi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP]
Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP]
Непостоянна маска CPAP
Дишане с променливо позитивно налягане [IPPB]
Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV]
Неинвазивна маскова вентилация [NIMV]
Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV]

Включва: вентилационно подпомагане с:
- лицева маска
- орално парче
- назална маска (възглавнички) (канюли)
- назална, назофарингеална тръба

Не включва: такава с:
- ендотрахеална интубация (виж блок [569])
- трахеостомия (виж блок [569])

92209-00 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа

92209-01 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа

92209-02 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

Приложение на фармакотерапия	
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва:	хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които едната е задължително (91910-04/91910-13/91910-26/91910-27/91910-33///13310-00/13311-00/13842-00/13842-01 и/или 91911-03),91910-36/91910-37- при необходимост, 11700-00, 55113-00 или 55118-00 и две основни терапевтични процедури, от които кодът за механична вентилация 13882-00 или 13882-02 или 13882-01 е задължителен. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1858 - Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи, 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират необходимите кодове от блока, като същевременно се изпълнява изискването „Включва задължително следния медико-диагностичен пакет: Електролити; Пълна кръвна картина; Чернодробни ензими; Желязо и ЖСК (при необходимост); КГА; Креатинин и/или BNP/pro-BNP“.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинските специалности "Педиатрия" и "Детска кардиология", осъществявани най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по детски болести

2. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация или Детско интензивно отделение
3. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф, велоергометър, холтер за мониториране на сърдечен ритъм и АН

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима лекари със специалност по детски болести, от които поне един със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология;
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицинска структура, осъществяваща дейност в обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение" най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти, с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение с прилагане на механична вентилация при пациенти с:

- **остра сърдечна недостатъчност - белодробен оток, налагаща механична вентилация;**
- **хронична сърдечна недостатъчност III и IV функционален клас по NYHA, налагаща механична вентилация;**
- **болни с тежки придружаващи заболявания, включително инфекции на дихателната система, обострящи сърдечната недостатъчност, и необходимост от приложение на механична вентилация;**
- **остра и хронична сърдечна недостатъчност в детска възраст, налагаща механична вентилация.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 час от началото на хоспитализацията, а при болни със съмнение за остър коронарен синдром до 10-та минута от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни болни - с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) - до 12 часа от началото на хоспитализацията).

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Класификация на степен на СН по ROSS - оценка при кърмачета и малки деца

Клас	**Интерпретация**
I	Асимптоматични
II	Умерено изразена тахипнея или изпотяване при хранене на кърмачета Диспнея при усилие на по-големи деца
III	Изразена тахипнея и изпотяване при хранене при кърмачета Удължено време за хранене и задръжка на тегловен прираст При по- големите деца изразена диспнея при усилие.
IV	Симптоми включващи тахипнея ,пъшкане и умора в покой.

Алгоритъм за медикаментозно лечение

Основни групи медикаменти:

- Диуретици.
- ACE инхибитори.
- AT2 блокери (сартани).
- Бета-блокери.
- Дигиталис.
- Антиаритмици (при ФИ под 40% - антиаритмици III клас).
- Антикоагуланти.
- Катехоламини.
- Антибиотици.
- Секретолитици.
- Седатива и миорелаксанти.
- H2-блокери.
- Извънбъбречни методи за очистване на кръвта – хемодиализа с ултрафилтрация и/или спонтанна артериовенозна хемофилтрация.
- Корекция на анемия – железни препарати, кръвопреливане, еритропоетинови препарати.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

На базата на клиничната картина, инструменталните (ехокардиография, ЕКГ, RÖ) и лабораторни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- отпадане на необходимостта от механична вентилация;
- подобряване на функционалния клас и/или овладяване на симптоматиката.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури"- бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури"- бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Сърдечната недостатъчност (слабост) е състояние на невъзможност сърцето да изпомпва необходимото количество кръв към органите във Вашето тяло. В резултат на това най-често се явяват задух, лесна умора, нощна кашлица, отоци по крайниците, сърцебиене, болки в гърдите при усилия и др.

За кърмачетата са характерни следните симптоми: учестено дишане (тахипнея), изпотяване при хранене, ненаддаване на тегло. В по-тежките случаи се появява пъшкане в покой. За по-големите деца е характерно затруднено дишане (диспнея) при усилие.

Когато тези симптоми се развиват внезапно и бързо, може да съществува реална опасност за Вашия живот. Постъпването в болнично заведение по спешност е наложително в случаите на: гръдна болка, неповлияла се от нитроглицерин, на остро настъпило сърцебиене или невъзможност да лежите в леглото поради внезапно появил се задух.

Болнично лечение ще се наложи и в случаите, в които въпреки прилагането на нужните лекарства и спазването на съветите на Вашите лекари, състоянието Ви не се

подобрява. Там най-вероятно ще Ви приложат лекарства чрез венозна канюла, ще Ви вземат кръв за изследване, ще Ви се направи рентгенов преглед, вероятно ще последват и допълнителни лечебни и диагностични действия. Всичко това е необходимо за правилната диагноза и лечение, чиято цел е запазване на Вашия живот и здраве.

Най-честите причини за развитието и прогресирането на сърдечната недостатъчност са нелекуването на артериалната хипертония (високото кръвно налягане), исхемичната болест (гръдната жаба), сърдечният инфаркт и сърдечните пороци, а при деца - вродени сърдечни малформации или миокардно заболяване.

След изписването Вие ще продължите да бъдете лекувани от домашния лекар и кардиолог, но много важно за Вас ще е и ограничаването на употребата на сол, спирането на тютюнопушенето, злоупотребата с алкохол, снижаването на телесното тегло, кръвния холестерол и захар, ако са били завишени.

Заболяването Ви е хронично и ще изисква системно непрекъснато лечение с лекарства и спазване на препоръчвания от лекарите Ви режим на живот. Само по този начин може да намалите оплакванията и удължите живота си.

КП № 31 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ

КП № 31.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 28 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

B37.6† Кандидозен ендокардит (I39.8*)

Остър и подостър ендокардит

Не включва: остър ревматичен ендокардит (I01.1)
ендокардит БДУ (I38)

I33.0 Остър и подостър инфекциозен ендокардит

Ендокардит (остър)(подостър):
- бактериален
- инфекциозен БДУ
- лента
- злокачествен
- септичен
- улцерозен

При необходимост от идентифициране на инфекциозния причинител се използва допълнителен код (B95—B97).

Ендокардит и увреждания на сърдечните клапи при болести, класифицирани другаде

Включва: увреждане на ендокарда при:
- кандидозна инфекция (B37.6†)
- гонококова инфекция (A54.8†)
- болест на Libman - Sacks (M32.1†)
- менингококова инфекция (A39.5†)
- ревматоиден артрит (M05.3†)
- сифилис (A52.0†)
- туберкулоза (A18.8†)
- коремен тиф (A01.0†)

I39.0* Увреждания на митралната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.1* Увреждания на аортната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.2* Увреждания на трикуспидалната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.3* Увреждания на пулмоналната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.4* Увреждания на няколко клапи при болести, класифицирани другаде

I39.8* Ендокардит без уточняване на засегнатата клапа при болести, класифицирани другаде

Кодовете от рубриката I39, обозначени със знака (*) не могат да се използват самостоятелно като водещи диагнози. Те се явяват допълнителни диагнози към водещите, означени със знака (†) към същата рубрика.

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

Включва следния медико-диагностичен пакет
ПКК
Електролити – Na, K
Хемостазеологичен статус

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар

91910-08 Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар

91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

1924 Биохимична изследвания

91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва:	хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури и две основни терапевтични процедури, едната от които е 96199-02. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания и 1924 – Биохимични изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока, с изключение на тези по преценка и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването: Включва следния медико-диагностичен пакет: ПКК; Електролити – Na, K; Хемостазеологичен статус.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При насочване на пациента за спешно кардиохирургично лечение, минималният болничен престой може да бъде по-малък от 28 дни. В такъв случай пътеката се счита за завършена при изпълнени минимум две основни диагностични (55113-00 или 55118-00 и 91937-02) и две основни терапевтични процедури, от които едната е 96199-02 – инжекция на антибиотик.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. КАИЛ/ОАИЛ или

Отделение за интензивно кардиологично лечение
3. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф, велоергометър, холтер за мониториране на сърдечен ритъм и АН

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- минимум трима лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на експертно ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ сертификат за експертно ниво по ехокардиография.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицинска структура, осъществяваща дейност в обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение" най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение при пациенти с:

- **болни с клинични, микробиологични и ехографски данни за инфекциозен ендокардит;**
- **рецидив на заболяването след проведено оптимално лечение;**
- **болни с интраоперативни данни за инфекциозен ендокардит - за продължаване на лечението.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен рием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 час от началото на хоспитализацията, а при болни със съмнение за остър коронарен синдром до 10-тата минута от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни болни - с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) - до 12 часа от началото на хоспитализацията).

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Терапевтичен режим при нативен ендокардит, причинен от пеницилин-чувствителни Streptococci viridans или Streptococci bovis (МИК ≤0,125 мкг/мл)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Benzylpenicillin *или* Ceftriaxon	12-20 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 4 или 6 еднакви дози 2,0 г веднъж дневно ИВ или ИМ	4 4	Предпочитан при повечето пациенти >65 год. и при пациенти с нарушена функция на VIII ЧМН или нарушена бъбречна функция
Benzylpenicillin *плюс* Gentamicin	12-20 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 4 или 6 еднакви дози 1 мг/кг ИМ или ИВ на всеки 8 часа	2 2	Серумната концентрация на Gentamicin, изследвана 1 час след 20-30 мин. ИВ инфузия или ИМ инжекция е желателно да бъде 3 мкг/мл; минималната концентрация трябва да бъде <1 мкг/мл. Дозирането в мг/кг се извършва въз основа на "идеалното" тегло при пациенти със затлъстяване
Vancomycin HCl	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, ако серумните нива не се мониторират	4	Лечението с Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета-лактами; максималните (пиковите) серумни концентрации на Vancomycin се получават 1 час след приключване на инфузията и трябва да бъдат в диапазона 30-

			45 мкг/мл при двукратно приложение. Дозирането в мг/кг се извършва въз основа на "идеалното" тегло при пациенти със затлъстяване

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* Препоръчаните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно; ИМ – интрамускулно.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Терапевтичен режим при нативен ендокардит, причинен от щамове Streptococci viridans и *Streptococci bovis*, относително резистентни към пеницилин (МИК >0,125 мкг/мл, но <0,5 мкг/мл)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Benzylpenicillin	20-24 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 4 или 6 еднакви дози	4	При пациенти със свръх-чувствителност към пеницилин, която <u>не е</u> от бърз тип, той може да бъде заменен с Cefazolin или друг цефалоспорин от I генерация
Или Ceftriaxone (при алергия към Penicillin)	2гр./24 часа веднъж дневно ИВ или ИМ.	4	
плюс Gentamicin	3 мг/кг/24ч и.в. разделен на 2 или 3 еднакви дози, последвано от Ceftriaxone 2гр./24часа ИВ или ИМ за следващите 2 седмици.	2 2	
Vancomycin HCl	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не-повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторират	4	Лечение с Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета-лактами

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* Препоръчаните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно; ИМ – интрамускулно.

За прецизиране на дозата – вижте коментара в *Приложение 1.*

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от относително резистентни стрептококи (МИК 0,125 - 2 мг/лт)

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Benzylpenicillin	24 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 6 еднакви дози	4-6	4-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите <3 мес.;
плюс Gentamicin	3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 еднакви дози	2	

Или Amoxicillin плюс Gentamicin	200мг/кг/24 часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози. (педиатрични дози 300мг/кг/ 24часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози) 3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 еднакви дози	4-6 4-6 2	6-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите > 3 мес.
При алергия към В-лактамни антибиотици Vancomycin HCl плюс Gentamicin	30 мг/кг/24 часа, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, ако серумните нива не се мониторират 3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 еднакви дози	4-6 2	Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета- лактами; цефалоспорините не са подходяща алтернатива при пациенти, алергични към пеницилин, а при ентерококов ендокардит не са показани.

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ.

* Антибиотичните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

За прецизиране на дозата – вижте коментара в *Приложение 1*.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3-А (1 и 2)

Стратегия за избор на терапия на ентерококов ендокардит

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 – А (1)

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Enterococci*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Amoxicillin *плюс* Gentamicin	200мг/кг/24часа ИВ разделен на 4 или 6 еднакви дози 3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 еднакви дози	4-6 4-6	4-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите <3 мес.;
Amoxicillin *плюс* Gentamicin	Педиатрични дози : 300мг/кг/24 часа ИВ разделен на 4 или 6 еднакви дози 3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 3 еднакви дози	4-6 4-6	6-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите > 3 мес.
ИЛИ			

Ampicillin *плюс* Gentamicin	200мг/кг/24 часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози. Както в предходното	4-6 4-6	
Ampicillin *плюс* Gentamicin	Педиатрични дози : 300мг/кг/ 24часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози Както в предходното	4-6	
ИЛИ			
Vancomycin HCl *плюс* Gentamicin	30 мг/кг/24 часа, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, ако серумните нива не се мониторират 3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 еднакви дози	6 6	Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета- лактами; цефалоспорините не са подходяща алтернатива при пациенти, алергични към пеницилин.
Vancomycin HCl *плюс* Gentamicin	Педиатрични дози : 40мг/кг/ 24часа и.в. разделен на 2 или 3 еднакви дози Както в предходното	6 6	

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 – А (2)

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Enterococci*

А. При високо ниво на резистентност към gentamicin (МИК>500mg/L): ако ентерококите са чувствителни на streptomycin, да се замени Ggentamicin със Streptomycin в доза 15мг/кг/24часа разделена на 2 еднакви приема. В противен случай, използвайте по-продължително приложение на В-лактамен антибиотик. Комбинация от ampicillin със ceftriaxone напоследък се препоръчва за Gentamicin –резистентни E. faecalis.

Б. В-лактамна резистентност: Ако микроорганизма е с В-лактамазна продукция, заменете Ampicillin с Ampicillin–sulbactam или Amoxicillin с Amoxicillin–clavulanate. Ако се налага промяна използайте режимите с Vancomycin HCl.

В. **При мултирезистентност към аминоглюкозидни, В-лактамни антибиотици и Vancomycin HCl: се препоръчват следните алтернативи: Linezolid 2 x 600 мг/24 часа ИВ или през устата за не по-малко от 8 седмици (при мониториране за хематологична токсичност) или Quinupristin–dafopristin 3 x 7.5 мг/кг/24часа за най-малко 8 седмици. Други възможности са: В лактамни комбинации включващи imipenem + ampicillin или ceftriaxone + ampicillin за най малко 8 седмици.**

Г. Шест седмично медикаментозно лечение се препоръчва при пациенти със симптоматика повече от 3 месеца или при протезен ендокардит.

Д. Мониторирайте серумните нива на аминоглюкозидите и бъбречната функция.

Е. Педиатричните дози не бива да превишават дозировките за възрастни.

Ж.При пациенти с алергия към В-лактамни антибиотици на лечение с Vancomycin HCl, да се мониторират серумните нива.

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

I. Идеалното лечение включва медикамент, атакуващ бактериалната клетъчна стена *плюс* ефективен аминогликозид с цел постигане на бактерициден синергизъм.

II. Антибиотик, атакуващ бактериалната клетъчна стена:

А. Определете МИК на ампицилин и ванкомицин; направете тест за продукция на бета-лактамаза (нитроцефинов тест).

Б. Ако ентерококът е чувствителен, както на ампицилин, така и на ванкомицин, изберете ампицилин.

В. Ако ентерококът е резистентен на ампицилин (МИК ≥16 мкг/мл), изберете ванкомицин.

Г. Ако се установи, че ентерококът произвежда бета-лактамаза, изберете ванкомицин или евентуално ампицилин-сулбактам.

Д. Ако изолираният ентерокок е резистентен, както на ампицилин, така и на ванкомицин (МИК ≥16 мкг/мл), изберете евентуално тейкопланин.

Е. Ако изолираният ентерокок е резистентен на ампицилин и високо-резистентен, както на ванкомицин, така и на тейкопланин (МИК ≥256 мкг/мл), вижте т. IV.

III. Аминогликозид, който се комбинира с антибиотик, атакуващ бактериалната клетъчна стена (т. II):

А. При отсъствие на високи нива на резистентност на изолирания ентерокок към стрептомицин (МИК <2000 мкг/мл) или гентамицин (МИК <500-2000 мкг/мл), изберете гентамицин или стрептомицин.

Б. При високи нива на резистентност на изолирания ентерокок към гентамицин (МИК >500-2000 мкг/мл) го тестувайте за чувствителност към стрептомицин. При отсъствие на високо ниво на резистентност към стрептомицин, изберете стрептомицин.

В. При високи нива на резистентност на изолирания ентерокок, както към гентамицин, така и към стрептомицин, назначаването им отпада; приложете удължен курс на лечение с антибиотик, атакуващ бактериалната клетъчна стена (8-12 седмици).

IV. Алтернативни режими и подходи.

А. Детайлно разглеждане на възможностите за лечение с ампицилин, ванкомицин (или тейкопланин) и гентамицин (или стрептомицин, въз основа на липсата на високо ниво на резистентност)

Б. Лечението с флуорквинолони, рифампин или триметоприм-сулфаметоксазол е със съмнителна ефективност.

В. Обсъждане на супресивна терапия с хлорамфеникол или тетрациклинов препарат и хирургично лечение.

Г. Обсъждане на терапия с Quinupristin&Dalfopristin при изолиран причинител на ендокардита чувствителен към тях *Enterococcus faecium*.

Д. Монотерапия (т. III В) и хирургично лечение.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Staphylococci, при отсъствие на протезен материал (клапна протеза)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност	Коментар
Метицилин-чувствителни Staphylococci			
При пациенти без алергия към			

бета-лактами Oxacillin (*или* Flucloxacillin) + Gentamicin	12,0 г/24часа ИВ разделен на 4 -6 приема. 3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4-6 седм. 3-5 дена	Ползата от прибавяне на аминогликозиди не е доказана.
Метицилин-резистентни Staphylococci			
При пациенти с алергия към бета-лактами или ***Methicillin резистентни стафилококи*** Vancomycin ***+ Gentamicin***	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторират. 3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4-6 седм. 3-5 дена	Цефалоспорините трябва да бъдат избягвани при пациенти със свръхчувствителност от бърз тип към пеницилин.

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* За лечение на ендокардит, причинен от пеницилин-чувствителни Staphylococci (МИК ≤0,1 мкг/мл), вместо оксацилин (или флуклоксацилин), може да се приложи Benzylpenicillin в режим, еднакъв с този при високочувствителни Streptococci viridans за 4-6 седм. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Staphylococci, при наличие на клапна протеза или друг протезен материал*

Антибиотик	**Доза и начин на приложение**	**Продължителност (седм.)**	**Коментар**
Метицилин-чувствителни Staphylococci			
Oxacillin (*или* Flucloxacillin)	12,0 г/24часа ИВ разделен на 4 -6 приема.	≥6	
плюс Rifampin	1200 мг /24 часа ИВ или пер ос разделен на 2 приема.	≥6	Rifampin повишава количеството Acenocumarol, необходимо за оптимална антитромбозна терапия.
и плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	2	
Метицилин-резистентни Staphylococci			
Vancomycin	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторират.	≥6	При пациенти, алергични към бета-лактами да се прилагат цефалоспорини от I генерация или Vancomycin. Цефалоспорините

плюс Rifampin	1200 мг /24 часа ИВ или пер ос разделен на 2 приема.	≥6	трябва да бъдат избягвани при пациенти със свръхчувствителност от бърз тип към пеницилин или при метицилин-резистентни стафилококи
и плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	2	

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* Посочените дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

За прецизиране на дозата – вижте коментара в *Приложение 1*.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от микроорганизми от групата HACEK (*Haemophilus parainfluenzae, Haemophilus aphrophilus, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Cardiobacterium hominis, Eikenella corrodens* и *Kingella kingae*)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Ceftriaxone	2,0 г веднъж дневно ИВ	4	Може да бъде заменен с Cefotaxime или друг цефалоспорин от III генерация.
Ampicillin	12 г/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 6 еднакви дози	4	
плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4	

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ.

* Препоръчаните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

При пациенти, които не понасят лечение с бета-лактами, се препоръчва лечение с триметоприм-сулфаметоксазол, флуороквинолони или азтреонам.

Ampicillin не трябва да се прилага при положителни лабораторни (микробиологични) тестове за производство на бета-лактамаза.

За прецизиране на лечението – вижте коментара на *Приложение 1*.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Терапевтични режими при инфекциозен ендокардит, причинен от други микроорганизми*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)
ENTEROBACTERIACEAE		
Cefotaxim	8 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	4-6
или Imipenem	4 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	4-6
или Aztreonam	8 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	4-6
плюс Gentamicin	1,7 мг/кг ИВ през 8 часа	4-6
PSEUDOMONAS AERUGINOSA		

Piperacillin *или* Ceftazidime *или* Imipenem *или* Aztreonam *плюс* Tobramycin	18 г/24 ч ИВ, разделен на 6 еднакви дози 6 г/24 ч ИВ, разделен на 3 еднакви дози 2-4 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози 8 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози 1,7 мг/кг ИВ през 8 часа	6 6 6 6 6
FUNGI		
Amphotericin B *плюс* Flucytosine	1 мг/кг/24 ч ИВ 150 мг/кг/24 ч пер ос, разделен на 4 еднакви дози	6-8 6-8

* Дозите са за възрастни пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно.

Или друг цефалоспорин от III генерация.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

ПРАКТИЧЕСКИ ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ СИГУРЕН ИЛИ ВЕРОЯТЕН ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ ПРЕДИ ИЗОЛИРАНЕ НА МИКРОБНИЯ ПРИЧИНИТЕЛ ИЛИ ПРИ НЕГАТИВНИ ХЕМОКУЛТУРИ, КОГАТО ЛИПСВАТ ДАННИ, НАСОЧВАЩИ КЪМ ИЛИ СЪМНИТЕЛНИ ЗА СПЕЦИФИЧЕН ЕТИОЛОГИЧЕН ПРИЧИНИТЕЛ*

Антибиотик	**Доза и начин на приложение**	**Продължителност (седм.)**
Нативен ендокардит (отсъствие на (клапно-) протезен материал)		
Ampicillin-Sulbactam	12 г/24 часа ИВ разпределен в 4 еднакви дози	4-6
или Amoxicillin-Clavulanate	12 г/24 часа ИВ разпределен в 4 еднакви дози	4-6
плюс Gentamicin При пациенти алергични към В-лактамни антибиотици	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4-6
Vancomycin *плюс* Gentamicin плюс Ciprofloxacin	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторират. 3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема. 1000мг/24часа орално разделен на 2 приема или 800мг/24часа ИВ разделен на 2 приема	4-6 4-6 4-6
(Клапно-) протезен ендокардит < 12 месеца след хирургия.		

Vancomycin	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторират.	4-6
плюс Rifampin	1200 мг /24 часа пер ос разделен на 2 приема.	2
и плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	2
(Клапно-) протезен ендокардит > 12 месеца след хирургия. Лечението е като при ИЕ на нативните клапи		

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ.

Указания за спешно и неотложно оперативно лечение на ИЕ на нативни митрална и/или аортна клапи - виж Приложение № 9:

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9

Препоръки: индикации за хирургия при ИЕ на нативни митрална и/или аортна клапи.	Време за операция	Клас	Ниво
А – Сърдечна недостатъчност			
ИЕ на аортната или митралната клапа с високостепенна регургитация или клапна обструкция причиняващи рефрактерен белодробен едем или кардиогенен шок.	Спешен	I	B
ИЕ на Аортна или митрална клапа с фистула в сърдечна камера или перикард предизвикващи рефрактерен белодробен оток или шок.	Спешен	I	B
ИЕ на Аортна или митрална клапа с тежка остра регургитация или клапна обструкция и персистираща сърдечна недостатъчност или ЕхоКГ белези на лош хемодинамичен толеранс (ранно митрално затваряне или пулмонална хипертония)	Спешен	I	B
ИЕ на Аортна или митрална клапа с високостепенна регургитация, но без сърдечна недостатъчност.	Планов	IIa	B
Б - Неконтролирана инфекция			
Локално неконтролирана инфекция (абсцес, фалшива аневризма, фистула и нарастваща вегетация)	Спешен	I	B
Персистиращ фебрилитет и позитивни хемокултури за 5-7 дни.	Спешен	I	B
Инфекция причинена от фунги или резистентни на АБ лечение микроорганизми.	Неотложен/Планов	I	B
В – Профилактика на емболии			
ИЕ на аортната или митралната клапа с вегетации (>10мм) с последващ един или няколко емболични инцидента, въпреки обоснованата антибиотична терапия.	Спешен	I	B
ИЕ на аортната или митралната клапа с вегетации (>10мм) и други предиктори за усложнено протичане (сърдечна недостатъчност, персистираща инфекция, абсцеси)	Спешен	I	C
Изолирани големи вегетации (>15мм)	Спешен	IIв	c

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

Използвано съкращение ИЕ – Инфекциозен ендокардит.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

ДИАГНОСТИЧНИ КРИТЕРИИ ЗА ИЕ:

Големи критерии:

1. Положителни хемокултури:
   - типични за ИЕ микроорганизми в две отделни хемокултури;
   - трайно положителни хемокултури (трайна бактериемия), която се дефинира по следния начин: изолиране на причинител от хемокултури, взети през интервал > 12 часа или три положителни хемокултури, когато първата и последната са взети през интервал > 1 час
2. Данни за засягане на ендокарда:
   - положителна ехокардиограма;
   - новоустановена клапна регургитация (засилване или промяна в характеристиката на предшестващ сърдечен шум не са достатъчен критерий)

Малки критерии:

3. Предиспозиция: предлазполагащи сърдечни състояния или венозна наркомания.
4. Фебрилитет ≥ 38,0º С.
5. Съдови феномени: артериален макроемболизъм, септични белодробни инфаркти, микотична аневризма, интракраниална хеморагия, конюнктвални кръвоизливи, лезии на Janeway.
6. Имунологични феномени: гломерулонефрит, възли на Osler, петна на Roth, ревматоиден фактор.
7. Микробиологични данни: положителни хемокултури или серологични данни за активна инфекция с микроорганизми, за които се знае, че предизвикват ИЕ.
8. Ехокардиограма, насочваща към ИЕ, но непокриваща големите критерии.

СИГУРНА ДИАГНОЗА ИЕ

ПАТОЛОГИЧНИ КРИТЕРИИ:

Микроорганизми: установени във вегетация или в емболизирала вегетация или във вътресърдечен абсцес,

или

Патологична лезия: наличие на вегетация или вътресърдечен абсцес, потвърдени хистологично и имащи характеристика на активен ендокардит.

КЛИНИЧНИ КРИТЕРИИ (наличие на):

Два големи критерия

или

Един голям и два малки критерия

или

Пет малки критерия.

Състояния, при които се препоръчва профилактика на ИЕ:

Високо рискови:

Клапни протези, прекаран бактериален ендокардит, сложни цианотични ВСМ, хирургично конструирани системно-белодробни шънтове или кондюити.

Умерено рискови:

Повечето други ВСМ, придобити клапни пороци, хипертрофична КМП, пролапс на М клапа с клапна регургитация и/или задебеляване на платната.

Профилактиката се провежда при стоматологични процедури, съпроводени с нарушаване целостта на лигавицата, при операции на респираторния (тонзиладеноидектомия, бронхоскопия), гастро-интестиналния или урогениталния тракт (цистоскопия, операции на простатата и уретрата).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Болният се изписва след провеждане на пълния антибиотичен курс и стабилизиране на хемодинамиката. Задължително преди изписването се взема кръв за контролни хемокултури.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- стабилна хемодинамика, с проведен контрол на хемодинамичните показатели, в деня преди дехоспитализацията.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури"- бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури"- бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ

Заболяването инфекциозен ендокардит представлява възпаление на вътрешната обвивка на сърдечните кухини и сърдечните клапи, което се причинява от микроорганизми, попаднали в кръвта без видими за Вас причини или при различни (стоматологични и други) манипулации и операции и засяга най-често хора, които имат предшестващи сърдечни заболявания (сърдечен порок). То изисква продължително лечение с венозни антибиотици, което задължително се осъществява в болница.

Клинично се проявява с повишена температура, която може да продължи дълго време и за която често първоначално не може да се намери обяснение.

Често заболяването протича с усложнения като сърдечна недостатъчност, периферни емболии (вкл. мозъчен инсулт), нарушения на сърдечния ритъм, анемия, общоинтоксикационни прояви. Понякога, въпреки правилно проведеното лечение, заболяването води до сериозно увреждане на засегнатите сърдечни клапи и необходимост от оперативно лечение (изрязване на болната сърдечна клапа и клапно протезиране – подмяната й с изкуствена клапа).

За правилното осъществяване на основното лечение често е необходимо поставянето на централен венозен катетър, който периодично се подменя. Централният венозен катетър (път) представлява тънка пластмасова тръбичка, която се поставя по следния начин:

След щателно почистване и дезинфекциране на кожата се прави местно обезболяване на кожата и подкожието. Със специална игла (както при правене на венозна инжекция) се пунктира (пробожда) голяма вена. След влизане във вената, през отвора на иглата се поставя гъвкаво тънко жило (водач), по което, след изваждане на иглата, се въвежда самият катетър. Водачът също се изважда. Външният край на катетъра, който се фиксира с хирургичен конец, е пригоден за свързване с кранче, което заедно с него се фиксира върху кожата с лепенка. Манипулацията се извършва при спазване на правилата за стерилност. Противопоказания: практически няма.

Инфекциозният ендокардит е сериозно заболяване, което често протича усложнено, налага продължителен болничен престой и изисква активното сътрудничество на пациента.

След изписването от болница Вие ще трябва да посещавате редовно Вашия ОПЛ и кардиолог и да спазвате препоръките, които те Ви дадат.

По-подробна информация ще получите от лекуващия си екип.

КП № 31 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ

КП № 31.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 28 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

B37.6† Кандидозен ендокардит (I39.8*)

Остър и подостър ендокардит

Не включва: остър ревматичен ендокардит (I01.1)
ендокардит БДУ (I38)

I33.0 Остър и подостър инфекциозен ендокардит

Ендокардит (остър)(подостър):
- бактериален
- инфекциозен БДУ
- лента
- злокачествен
- септичен
- улцерозен

При необходимост от идентифициране на инфекциозния причинител се използва допълнителен код (B95—B97).

Ендокардит и увреждания на сърдечните клапи при болести, класифицирани другаде

Включва: увреждане на ендокарда при:
- кандидозна инфекция (B37.6†)
- гонококова инфекция (A54.8†)
- болест на Libman - Sacks (M32.1†)
- менингококова инфекция (A39.5†)
- ревматоиден артрит (M05.3†)
- сифилис (A52.0†)
- туберкулоза (A18.8†)
- коремен тиф (A01.0†)

I39.0* Увреждания на митралната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.1* Увреждания на аортната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.2* Увреждания на трикуспидалната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.3* Увреждания на пулмоналната клапа при болести, класифицирани другаде

I39.4* Увреждания на няколко клапи при болести, класифицирани другаде

I39.8* Ендокардит без уточняване на засегнатата клапа при болести, класифицирани другаде

Кодовете от рубриката I39, обозначени със знака (*) не могат да се използват самостоятелно като водещи диагнози. Те се явяват допълнителни диагнози към водещите, означени със знака (†) към същата рубрика.

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

Включва следния медико-диагностичен пакет
ПКК
Електролити – Na, K
Хемостазеологичен статус

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите– по преценка на лекуващия лекар

91910-08 Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар

91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

1924 Биохимична изследвания

91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури и две основни терапевтични процедури, едната от които е 96199-02. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания и 1924 – Биохимични изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока, с изключение на тези по преценка и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването: Включва следния медико-диагностичен пакет: ПКК; Електролити – Na, K; Хемостазеологичен статус.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При насочване на пациента за спешно кардиохирургично лечение, минималният болничен престой може да бъде по-малък от 28 дни. В такъв случай пътеката се счита за завършена при изпълнени минимум две основни диагностични 55113-00 или 55118-00 и 91937-02 и две основни терапевтични процедури, от които едната е 96199-02 – инжекция на антибиотик.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия" и "Детска кардиология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по детски болести
2. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация

или Детско интензивно отделение
3. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф, велоергометър, холтер за мониториране на сърдечен ритъм и АН

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима лекари със специалност по детски болести, от които поне един със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицинска структура, осъществяваща дейност в обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение" най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение при пациенти с:

- **болни с клинични, микробиологични и ехографски данни за инфекциозен ендокардит;**
- **рецидив на заболяването след проведено оптимално лечение;**
- **болни с интраоперативни данни за инфекциозен ендокардит - за продължаване на лечението.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен рием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 час от началото на хоспитализацията, а при болни със съмнение за остър коронарен синдром до 10-тата минута от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни болни - с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) - до 12 часа от началото на хоспитализацията).

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Терапевтичен режим при нативен ендокардит, причинен от пеницилин-чувствителни Streptococci viridans или Streptococci bovis (МИК ≤0,125 мкг/мл)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Benzylpenicillin *или* Ceftriaxon	12-20 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 4 или 6 еднакви дози 2,0 г веднъж дневно ИВ или ИМ	4 4	Предпочитан при повечето пациенти >65 год. и при пациенти с нарушена функция на VIII ЧМН или нарушена бъбречна функция
Benzylpenicillin *плюс* Gentamicin	12-20 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 4 или 6 еднакви дози 1 мг/кг ИМ или ИВ на всеки 8 часа	2 2	Серумната концентрация на Gentamicin, изследвана 1 час след 20-30 мин. ИВ инфузия или ИМ инжекция е желателно да бъде 3 мкг/мл; минималната концентрация трябва да бъде <1 мкг/мл. Дозирането в мг/кг се извършва въз основа на "идеалното" тегло при пациенти със затлъстяване
Vancomycin HCl	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, ако серумните нива не се мониторират	4	Лечението с Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета-лактами; максималните (пиковите) серумни концентрации на Vancomycin се получават 1 час след приключване на инфузията и трябва да бъдат в диапазона 30-

			45 мкг/мл при двукратно приложение. Дозирането в мг/кг се извършва въз основа на "идеалното" тегло при пациенти със затлъстяване

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* Препоръчаните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно; ИМ – интрамускулно.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Терапевтичен режим при нативен ендокардит, причинен от щамове Streptococci viridans и *Streptococci bovis*, относително резистентни към пеницилин (МИК >0,125 мкг/мл, но <0,5 мкг/мл)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Benzylpenicillin	20-24 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 4 или 6 еднакви дози	4	При пациенти със свръх-чувствителност към пеницилин, която <u>не е</u> от бърз тип, той може да бъде заменен с Cefazolin или друг цефалоспорин от I генерация
Или Ceftriaxone (при алергия към Penicillin)	2гр./24 часа веднъж дневно ИВ или ИМ.	4	
плюс Gentamicin	3 мг/кг/24ч и.в. разделен на 2 или 3 еднакви дози, последвано от Ceftriaxone 2гр./24часа ИВ или ИМ за следващите 2 седмици.	2 2	
Vancomycin HCl	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не-повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторират	4	Лечение с Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета-лактами

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* Препоръчаните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно; ИМ – интрамускулно.

За прецизиране на дозата – вижте коментара в *Приложение 1.*

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от относително резистентни стрептококи (МИК 0,125 - 2 мг/лт)

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Benzylpenicillin	24 млн. Е/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 6 еднакви дози	4-6	4-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите <3 мес.;
плюс Gentamicin	3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 еднакви дози	2	

Или Amoxicillin плюс Gentamicin	200мг/кг/24 часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози. (педиатрични дози 300мг/кг/ 24часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози) 3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 еднакви дози	4-6 4-6 2	6-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите > 3 мес.
При алергия към В-лактамни антибиотици Vancomycin HCl плюс Gentamicin	30 мг/кг/24 часа, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, ако серумните нива не се мониторират 3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 еднакви дози	4-6 2	Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета- лактами; цефалоспорините не са подходяща алтернатива при пациенти, алергични към пеницилин, а при ентерококов ендокардит не са показани.

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ.

* Антибиотичните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

За прецизиране на дозата – вижте коментара в *Приложение 1*.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3-А (1 и 2)

Стратегия за избор на терапия на ентерококов ендокардит

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 – А (1)

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Enterococci*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Amoxicillin *плюс* Gentamicin	200мг/кг/24часа ИВ разделен на 4 или 6 еднакви дози 3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 еднакви дози	4-6 4-6	4-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите <3 мес.;
Amoxicillin *плюс* Gentamicin	Педиатрични дози : 300мг/кг/24 часа ИВ разделен на 4 или 6 еднакви дози 3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 3 еднакви дози	4-6 4-6	6-седмично лечение се препоръчва при пациенти с давност на симптомите > 3 мес.
ИЛИ			

Ampicillin *плюс* Gentamicin Ampicillin *плюс* Gentamicin	200мг/кг/24 часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози. Както в предходното Педиатрични дози : 300мг/кг/ 24часа и.в. разделен на 4 или 6 еднакви дози Както в предходното	4-6 4-6 4-6	
ИЛИ			
Vancomycin HCl *плюс* Gentamicin Vancomycin HCl *плюс* Gentamicin	30 мг/кг/24 часа, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, ако серумните нива не се мониторират 3 мг/кг ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 еднакви дози Педиатрични дози : 40мг/кг/ 24часа и.в. разделен на 2 или 3 еднакви дози Както в предходното	6 6 6 6	Vancomycin се препоръчва при пациенти, алергични към бета- лактами; цефалоспорините не са подходяща алтернатива при пациенти, алергични към пеницилин.

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ 3 – А (2)

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Enterococci*

А. При високо ниво на резистентност към gentamicin (МИК>500mg/L): ако ентерококите са чувствителни на streptomycin, да се замени Ggentamicin със Streptomycin в доза 15мг/кг/24часа разделена на 2 еднакви приема. В противен случай, използвайте по-продължително приложение на В-лактамен антибиотик. Комбинация от ampicillin със ceftriaxone напоследък се препоръчва за Gentamicin –резистентни E. faecalis.

Б. В-лактамна резистентност: Ако микроорганизма е с В-лактамазна продукция, заменете Ampicillin с Ampicillin–sulbactam или Amoxicillin с Amoxicillin–clavulanate. Ако се налага промяна използайте режимите с Vancomycin HCl.

В. **При мултирезистентност към аминоглюкозидни, В-лактамни антибиотици и Vancomycin HCl: се препоръчват следните алтернативи: Linezolid 2 x 600 мг/24 часа ИВ или през устата за не по-малко от 8 седмици (при мониториране за хематологична токсичност) или Quinupristin–dafopristin 3 x 7.5 мг/кг/24часа за най-малко 8 седмици. Други възможности са: В лактамни комбинации включващи imipenem + ampicillin или ceftriaxone + ampicillin за най малко 8 седмици.**

Г. Шест седмично медикаментозно лечение се препоръчва при пациенти със симптоматика повече от 3 месеца или при протезен ендокардит.

Д. Мониторирайте серумните нива на аминоглюкозидите и бъбречната функция.

Е. Педиатричните дози не бива да превишават дозировките за възрастни.

Ж.При пациенти с алергия към В-лактамни антибиотици на лечение с Vancomycin HCl, да се мониторират серумните нива.

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

I. Идеалното лечение включва медикамент, атакуващ бактериалната клетъчна стена *плюс* ефективен аминогликозид с цел постигане на бактерициден синергизъм.

II. Антибиотик, атакуващ бактериалната клетъчна стена:

А. Определете МИК на ампицилин и ванкомицин; направете тест за продукция на бета-лактамаза (нитроцефинов тест).

Б. Ако ентерококът е чувствителен, както на ампицилин, така и на ванкомицин, изберете ампицилин.

В. Ако ентерококът е резистентен на ампицилин (МИК ≥16 мкг/мл), изберете ванкомицин.

Г. Ако се установи, че ентерококът произвежда бета-лактамаза, изберете ванкомицин или евентуално ампицилин-сулбактам.

Д. Ако изолираният ентерокок е резистентен, както на ампицилин, така и на ванкомицин (МИК ≥16 мкг/мл), изберете евентуално тейкопланин.

Е. Ако изолираният ентерокок е резистентен на ампицилин и високо-резистентен, както на ванкомицин, така и на тейкопланин (МИК ≥256 мкг/мл), вижте т. IV.

III. Аминогликозид, който се комбинира с антибиотик, атакуващ бактериалната клетъчна стена (т. II):

А. При отсъствие на високи нива на резистентност на изолирания ентерокок към стрептомицин (МИК <2000 мкг/мл) или гентамицин (МИК <500-2000 мкг/мл), изберете гентамицин или стрептомицин.

Б. При високи нива на резистентност на изолирания ентерокок към гентамицин (МИК >500-2000 мкг/мл) го тестувайте за чувствителност към стрептомицин. При отсъствие на високо ниво на резистентност към стрептомицин, изберете стрептомицин.

В. При високи нива на резистентност на изолирания ентерокок, както към гентамицин, така и към стрептомицин, назначаването им отпада; приложете удължен курс на лечение с антибиотик, атакуващ бактериалната клетъчна стена (8-12 седмици).

IV. Алтернативни режими и подходи.

А. Детайлно разглеждане на възможностите за лечение с ампицилин, ванкомицин (или тейкопланин) и гентамицин (или стрептомицин, въз основа на липсата на високо ниво на резистентност)

Б. Лечението с флуорквинолони, рифампин или триметоприм-сулфаметоксазол е със съмнителна ефективност.

В. Обсъждане на супресивна терапия с хлорамфеникол или тетрациклинов препарат и хирургично лечение.

Г. Обсъждане на терапия с Quinupristin&Dalfopristin при изолиран причинител на ендокардита чувствителен към тях *Enterococcus faecium*.

Д. Монотерапия (т. III В) и хирургично лечение.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Staphylococci, при отсъствие на протезен материал (клапна протеза)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност	Коментар
Метицилин-чувствителни Staphylococci			
При пациенти без алергия към			

бета-лактами Oxacillin (*или* Flucloxacillin) + Gentamicin	12,0 г/24часа ИВ разделен на 4 -6 приема. 3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4-6 седм. 3-5 дена	Ползата от прибавяне на аминогликозиди не е доказана.
Метицилин-резистентни Staphylococci			
При пациенти с алергия към бета-лактами или ***Methicillin резистентни стафилококи*** Vancomycin ***+ Gentamicin***	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторират. 3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4-6 седм. 3-5 дена	Цефалоспорините трябва да бъдат избягвани при пациенти със свръхчувствителност от бърз тип към пеницилин.

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* За лечение на ендокардит, причинен от пеницилин-чувствителни Staphylococci (МИК ≤0,1 мкг/мл), вместо оксацилин (или флуклоксацилин), може да се приложи Benzylpenicillin в режим, еднакъв с този при високочувствителни Streptococci viridans за 4-6 седм. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от Staphylococci, при наличие на клапна протеза или друг протезен материал*

Антибиотик	**Доза и начин на приложение**	**Продължителност (седм.)**	**Коментар**
Метицилин-чувствителни Staphylococci			
Oxacillin (*или* Flucloxacillin)	12,0 г/24часа ИВ разделен на 4 -6 приема.	≥6	
плюс Rifampin *и плюс* Gentamicin	1200 мг /24 часа ИВ или пер ос разделен на 2 приема. 3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	≥6 2	Rifampin повишава количеството Acenocumarol, необходимо за оптимална антитромбозна терапия.
Метицилин-резистентни Staphylococci			
Vancomycin	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторират.	≥6	При пациенти, алергични към бета-лактами да се прилагат цефалоспорини от I генерация или Vancomycin. Цефалоспорините

плюс Rifampin	1200 мг /24 часа ИВ или пер ос разделен на 2 приема.	≥6	трябва да бъдат избягвани при пациенти със свръхчувствителност от бърз тип към пеницилин или при метицилин-резистентни стафилококи
и плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	2	

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

* Посочените дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

За прецизиране на дозата – вижте коментара в *Приложение 1*.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

Терапевтичен режим при ендокардит, причинен от микроорганизми от групата HACEK (*Haemophilus parainfluenzae, Haemophilus aphrophilus, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Cardiobacterium hominis, Eikenella corrodens* и *Kingella kingae*)*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)	Коментар
Ceftriaxone	2,0 г веднъж дневно ИВ	4	Може да бъде заменен с Cefotaxime или друг цефалоспорин от III генерация.
Ampicillin	12 г/24 часа ИВ в непрекъсната инфузия или разделен на 6 еднакви дози	4	
плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	4	

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ.

* Препоръчаните дози са за пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно, ИМ – интрамускулно.

При пациенти, които не понасят лечение с бета-лактами, се препоръчва лечение с триметоприм-сулфаметоксазол, флуороквинолони или азтреонам.

Ampicillin не трябва да се прилага при положителни лабораторни (микробиологични) тестове за производство на бета-лактамаза.

За прецизиране на лечението – вижте коментара на *Приложение 1*.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

Терапевтични режими при инфекциозен ендокардит, причинен от други микроорганизми*

Антибиотик	Доза и начин на приложение	Продължителност (седм.)
ENTEROBACTERIACEAE		
Cefotaxim	8 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	4-6
или Imipenem	4 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	4-6
или Aztreonam	8 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози	4-6
плюс Gentamicin	1,7 мг/кг ИВ през 8 часа	4-6
PSEUDOMONAS AERUGINOSA		

Piperacillin *или* Ceftazidime *или* Imipenem *или* Aztreonam *плюс* Tobramycin	18 г/24 ч ИВ, разделен на 6 еднакви дози 6 г/24 ч ИВ, разделен на 3 еднакви дози 2-4 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози 8 г/24 ч ИВ, разделен на 4 еднакви дози 1,7 мг/кг ИВ през 8 часа	6 6 6 6 6
FUNGI		
Amphotericin B *плюс* Flucytosine	1 мг/кг/24 ч ИВ 150 мг/кг/24 ч пер ос, разделен на 4 еднакви дози	6-8 6-8

* Дозите са за възрастни пациенти с нормална бъбречна функция. ИВ означава интравенозно.

Или друг цефалоспорин от III генерация.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

ПРАКТИЧЕСКИ ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ СИГУРЕН ИЛИ ВЕРОЯТЕН ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ ПРЕДИ ИЗОЛИРАНЕ НА МИКРОБНИЯ ПРИЧИНИТЕЛ ИЛИ ПРИ НЕГАТИВНИ ХЕМОКУЛТУРИ, КОГАТО ЛИПСВАТ ДАННИ, НАСОЧВАЩИ КЪМ ИЛИ СЪМНИТЕЛНИ ЗА СПЕЦИФИЧЕН ЕТИОЛОГИЧЕН ПРИЧИНИТЕЛ*

Антибиотик	**Доза и начин на приложение**	**Продължителност (седм.)**
Нативен ендокардит (отсъствие на (клапно-) протезен материал)		
Ampicillin-Sulbactam или Amoxicillin-Clavulanate *плюс* Gentamicin При пациенти алергични към В-лактамни антибиотици Vancomycin *плюс* Gentamicin плюс Ciprofloxacin	12 г/24 часа ИВ разпределен в 4 еднакви дози 12 г/24 часа ИВ разпределен в 4 еднакви дози 3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема. 30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторират. 3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема. 1000мг/24часа орално разделен на 2 приема или 800мг/24часа ИВ разделен на 2 приема	4-6 4-6 4-6 4-6 4-6 4-6
(Клапно-) протезен ендокардит < 12 месеца след хирургия.		

Vancomycin	30 мг/кг/24 часа ИВ, разделен на две еднакви дози, но не повече от 2,0 г/24 часа, когато серумните нива не се мониторират.	4-6
плюс Rifampin	1200 мг /24 часа пер ос разделен на 2 приема.	2
и плюс Gentamicin	3 мг/кг/24 часа ИМ или ИВ разделен на 2 или 3 приема.	2
(Клапно-) протезен ендокардит > 12 месеца след хирургия. Лечението е като при ИЕ на нативните клапи		

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ.

Указания за спешно и неотложно оперативно лечение на ИЕ на нативни митрална и/или аортна клапи - виж Приложение № 9:

ПРИЛОЖЕНИЕ № 9

Препоръки: индикации за хирургия при ИЕ на нативни митрална и/или аортна клапи.	Време за операция	Клас	Ниво
А – Сърдечна недостатъчност			
ИЕ на аортната или митралната клапа с високостепенна регургитация или клапна обструкция причиняващи рефрактерен белодробен едем или кардиогенен шок.	Спешен	I	B
ИЕ на Аортна или митрална клапа с фистула в сърдечна камера или перикард предизвикващи рефрактерен белодробен оток или шок.	Спешен	I	B
ИЕ на Аортна или митрална клапа с тежка остра регургитация или клапна обструкция и персистираща сърдечна недостатъчност или ЕхоКГ белези на лош хемодинамичен толеранс (ранно митрално затваряне или пулмонална хипертония)	Спешен	I	B
ИЕ на Аортна или митрална клапа с високостепенна регургитация, но без сърдечна недостатъчност.	Планов	IIa	B
Б - Неконтролирана инфекция			
Локално неконтролирана инфекция (абсцес, фалшива аневризма, фистула и нарастваща вегетация)	Спешен	I	B
Персистиращ фебрилитет и позитивни хемокултури за 5-7 дни.	Спешен	I	B
Инфекция причинена от фунги или резистентни на АБ лечение микроорганизми.	Неотложен/Планов	I	B
В – Профилактика на емболии			
ИЕ на аортната или митралната клапа с вегетации (>10мм) с последващ един или няколко емболични инцидента, въпреки обоснованата антибиотична терапия.	Спешен	I	B
ИЕ на аортната или митралната клапа с вегетации (>10мм) и други предиктори за усложнено протичане (сърдечна недостатъчност, персистираща инфекция, абсцеси)	Спешен	I	C
Изолирани големи вегетации (>15мм)	Спешен	IIв	c

Таблицата е съставена съобразно препоръките на европейското кардиологично дружество за лечение на ИЕ

Използвано съкращение ИЕ – Инфекциозен ендокардит.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

ДИАГНОСТИЧНИ КРИТЕРИИ ЗА ИЕ:

Големи критерии:

1. Положителни хемокултури:
   - типични за ИЕ микроорганизми в две отделни хемокултури;
   - трайно положителни хемокултури (трайна бактериемия), която се дефинира по следния начин: изолиране на причинител от хемокултури, взети през интервал > 12 часа или три положителни хемокултури, когато първата и последната са взети през интервал > 1 час
2. Данни за засягане на ендокарда:
   - положителна ехокардиограма;
   - новоустановена клапна регургитация (засилване или промяна в характеристиката на предшестващ сърдечен шум не са достатъчен критерий)

Малки критерии:

3. Предиспозиция: предлазполагащи сърдечни състояния или венозна наркомания.
4. Фебрилитет ≥ 38,0º С.
5. Съдови феномени: артериален макроемболизъм, септични белодробни инфаркти, микотична аневризма, интракраниална хеморагия, конюнктвални кръвоизливи, лезии на Janeway.
6. Имунологични феномени: гломерулонефрит, възли на Osler, петна на Roth, ревматоиден фактор.
7. Микробиологични данни: положителни хемокултури или серологични данни за активна инфекция с микроорганизми, за които се знае, че предизвикват ИЕ.
8. Ехокардиограма, насочваща към ИЕ, но непокриваща големите критерии.

СИГУРНА ДИАГНОЗА ИЕ

ПАТОЛОГИЧНИ КРИТЕРИИ:

Микроорганизми: установени във вегетация или в емболизирала вегетация или във вътресърдечен абсцес,

или

Патологична лезия: наличие на вегетация или вътресърдечен абсцес, потвърдени хистологично и имащи характеристика на активен ендокардит.

КЛИНИЧНИ КРИТЕРИИ (наличие на):

Два големи критерия

или

Един голям и два малки критерия

или

Пет малки критерия.

Състояния, при които се препоръчва профилактика на ИЕ:

Високо рискови:

Клапни протези, прекаран бактериален ендокардит, сложни цианотични ВСМ, хирургично конструирани системно-белодробни шънтове или кондюити.

Умерено рискови:

Повечето други ВСМ, придобити клапни пороци, хипертрофична КМП, пролапс на М клапа с клапна регургитация и/или задебеляване на платната.

Профилактиката се провежда при стоматологични процедури, съпроводени с нарушаване целостта на лигавицата, при операции на респираторния (тонзиладеноидектомия, бронхоскопия), гастро-интестиналния или урогениталния тракт (цистоскопия, операции на простатата и уретрата).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Болният се изписва след провеждане на пълния антибиотичен курс и стабилизиране на хемодинамиката. Задължително преди изписването се взема кръв за контролни хемокултури.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- стабилна хемодинамика, с проведен контрол на хемодинамичните показатели, в деня преди дехоспитализацията.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури"- бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури"- бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ИНФЕКЦИОЗЕН ЕНДОКАРДИТ

Заболяването инфекциозен ендокардит представлява възпаление на вътрешната обвивка на сърдечните кухини и сърдечните клапи, което се причинява от микроорганизми, попаднали в кръвта без видими за Вас причини или при различни (стоматологични и други) манипулации и операции и засяга най-често хора, които имат предшестващи сърдечни заболявания (сърдечен порок). То изисква продължително лечение с венозни антибиотици, което задължително се осъществява в болница.

Клинично се проявява с повишена температура, която може да продължи дълго време и за която често първоначално не може да се намери обяснение.

Често заболяването протича с усложнения като сърдечна недостатъчност, периферни емболии (вкл. мозъчен инсулт), нарушения на сърдечния ритъм, анемия, общоинтоксикационни прояви. Понякога, въпреки правилно проведеното лечение, заболяването води до сериозно увреждане на засегнатите сърдечни клапи и необходимост от оперативно лечение (изрязване на болната сърдечна клапа и клапно протезиране – подмяната й с изкуствена клапа).

За правилното осъществяване на основното лечение често е необходимо поставянето на централен венозен катетър, който периодично се подменя. Централният венозен катетър (път) представлява тънка пластмасова тръбичка, която се поставя по следния начин:

След щателно почистване и дезинфекциране на кожата се прави местно обезболяване на кожата и подкожието. Със специална игла (както при правене на венозна инжекция) се пунктира (пробожда) голяма вена. След влизане във вената, през отвора на иглата се поставя гъвкаво тънко жило (водач), по което, след изваждане на иглата, се въвежда самият катетър. Водачът също се изважда. Външният край на катетъра, който се фиксира с хирургичен конец, е пригоден за свързване с кранче, което заедно с него се фиксира върху кожата с лепенка. Манипулацията се извършва при спазване на правилата за стерилност. Противопоказания: практически няма.

Инфекциозният ендокардит е сериозно заболяване, което често протича усложнено, налага продължителен болничен престой и изисква активното сътрудничество на пациента.

След изписването от болница Вие ще трябва да посещавате редовно Вашия ОПЛ и кардиолог и да спазвате препоръките, които те Ви дадат.

По-подробна информация ще получите от лекуващия си екип.

КП № 32 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МИОКАРДА И ПЕРИКАРДА

КП № 32.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МИОКАРДА И ПЕРИКАРДА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър перикардит
Включва: остър перикарден излив
Не включва: ревматичен перикардит (остър) (I01.0)

I30.0 Остър неспецифичен идиопатичен перикардит

I30.1 Инфекциозен перикардит
Перикардит:
- пневмококов
- гноен
- стафилококов
- стрептококов
- вирусен

Пиоперикардит

При необходимост от идентифициране на инфекциозния причинител се използва допълнителен код (B95—B97).

I30.8 Други форми на остър перикардит

Други болести на перикарда
Не включва: текущи усложнения на острия инфаркт на миокарда (I23.—)
посткардиотомен синдром (I97.0)
травма на сърцето (S26.—)
болест, уточнена каторевматична (I09.2)

I31.0 Хроничен адхезивен перикардит
Accretiocordis
Сраснал перикард
Адхезивенмедиастиноперикардит

I31.1 Хрониченконстриктивен перикардит
Concretiocordis
Перикардна калцификация

I31.2 Хемоперикард

I31.3 Перикарден излив (невъзпалителен)
Хилоперикард

I31.9 Болест на перикарда, неуточнена
Сърдечна тампонада
Перикардит (хроничен) БДУ

Перикардит при болести, класифицирани другаде

I32.0* Перикардит при бактериални болести, класифицирани другаде
Перикардит:
- гонококов (A54.8†)
- менингококов (A39.5†)
- сифилитичен (A52.0†)
- туберкулозен (A18.8†)

I32.1* **Перикардит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде**

I32.8* **Перикардит при други болести, класифицирани другаде**
Перикардит (при):
- ревматоиден (M32.1†)
- системен лупусеритематодес (M32.1†)
- уремичен (N18.8†)

Остър миокардит

I40.0 **Инфекциозен миокардит**
Септичен миокардит
При необходимост от идентифициране на инфекциозния причинител се използва допълнителен код (B95—B97).

I40.1 **Изолиран миокардит**

I40.8 **Други видове остър миокардит**

Миокардит при болести, класифицирани другаде

I41.8* **Миокардит при други болести, класифицирани другаде**
Ревматоиден миокардит (M05.3†)
Саркоидозен миокардит (D86.8†)

Кардиомиопатия
Не включва: кардиомиопатия, усложняваща:
- бременност (O99.4)
- послеродов период O90.3)

Исхемична кардиомиопатия (I25.5)

I42.0 **Дилатативна кардиомиопатия**

I42.1 **Обструктивна хипертрофична кардиомиопатия**
Хипертрофична субаорна стеноза

I42.2 **Друга хипертрофична кардиомиопатия**
Необструктивна хипертрофична кардиомиопатия

I42.3 **Ендомиокардна (еозинофилна) болест**
Ендомиокардна (тропическа) фиброза
Ендокардит на Löffler

I42.4 **Ендокардна фиброеластоза**
Вродена кардиомиопатия

I42.5 **Друга рестриктивна кардиомиопатия**

I42.7 **Кардиомиопатия, причинена от лекарства и други външни фактори**
При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код на външни причини (клас XX).

Кодовете от рубриката I32 и I41, обозначени със знака (*) не могат да се използват самостоятелно като водещи диагнози. Те се явяват допълнителни диагнози към водещите, означени със знака (†) към същата рубрика

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време
55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1926 Микробиологични изследвания

92184-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за бактериална намазка

92184-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

1927 Морфологични изследвания

92184-06 Микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба за хистология

92184-05 Микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и храчка за клетъчен блок

91928-00 Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от храчка

92184-07 Друго морфологично изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и храчка

Включва следния медико-диагностичен пакет:
Пълна кръвна картина
Биохимични показатели-креатинин, трансаминази
Серологични изследвания – при необходимост

1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите– по преценка на лекуващия лекар
1924	**Биохимична изследвания**
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Креатинкиназа (КК)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
При необходимост:	
1929	**Вирусологични изследвания**
91922-00	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
91922-01	Серологично изследване на IgM антитела за рубеола
	Включва: при бременни
91922-02	Серологично изследване на IgM антитела за морбили
	Включва: при бременни
91922-03	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатит А вирус
91922-04	Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус
91922-05	Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела и HBeAg на хепатитен В вирус
91922-06	Серологично изследване на антитела срещу хепатитен С вирус
91922-07	Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)
91923-10	Изследване за Chlamydia
91913-00	Серологично изследване на кръв за Васерман
91913-02	Серологично изследване за сифилис
91911-00	Вземане на биологичен материал за серологични и вирусологични изследвания
91911-19	Други вирусологични изследвания
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Дренаж на сърце	
38359-00	Перикардиоцентеза

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични процедури, от които едната е задължително 11700-00; 55113-00 или 55118-00– по преценка на лекуващия лекар само за 55118-00; 91910-04, 91910-05, 91910-19, 91910-26, 91910-27, 91910-28, 91910-33, при необходимост - 91922-00, 91922-01,

91922-02, 91922-03, 91922-04, 91922-05, 91922-06, 91922-07, 91923-10, 91913-00, 91913-02, 91911-00, 91911-19, и една основна терапевтична процедура. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1929 - Вирусологични изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването,: Включва следния медико-диагностичен пакет: Пълна кръвна картина; Биохимични показатели-креатинин, трансаминази; Серологични изследвания – при необходимост.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология ".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология
2. КАИЛ/ОАИЛ или Отделение за интензивно кардиологично лечение
3. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- минимум трима лекари със специалност по кардиология/ревмокардиология;

- в отделение за кардиологично интензивно лечение - задължително поддържане на 24 часова готовност за прием и лечение на пациенти – минимум 6 лекари със специалност по

кардиология/ревмокардиология. По изключение се допуска 50% от лекарите да са започнали специализацията си по кардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво:лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицинска структура, осъществяваща дейност в обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение" най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

При липса на такива звена в болницата, последнатазадължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такивазвена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение при пациенти с:

- клинични, рентгенологични и ехографски данни за перикарденизлив;
- клинични, рентгенологични и ехографски данни за миокардит;
- клинични, рентгенологични и ехографски данни за кардиомиопатия (КМП);
- рецидив на заболяването (миокардит, перикардит, КМП) след проведено оптимално лечение.

ЛЗ задължително осъществява ЕхоКГ и други методи на образно и друго инструментално изследване за диференциране на състоянията.

Функционална класификация на NYHA (New York Heart Association):

Клас	**Описание**
Клас I	Без ограничения на физическата активност; обичайната активност не причинява симптоми
Клас II	Леки ограничения; симптоми при по-усилена физическа активност
Клас III	Значителни ограничения; симптоми при по-малка физическа активност

Клас	Описание
Клас IV	Симптоми в покой; всяка активност причинява дискомфорт

Допълнителни критерии за тежест:

- **Фракция на изтласкване (EF)** на лявата камера (нормално > 55%)
- Наличие на **задръжка на течности**, оток
- Ниво на **BNP/NT-proBNP** (маркери за сърдечна недостатъчност)
- Честота на **аритмии**
- Преживяемост и нужда от **хоспитализации**

2. Перикардни заболявания (Перикардит, Перикарден излив, Констриктивен перикардит)

Критерии за тежест:

Степен	Характеристики
Лека	Леко възпаление на перикарда, минимални симптоми, без перикарден излив или с малък излив
Умерена	Симптоми като болка в гърдите, умерен излив, ЕКГ промени, лека сърдечна дисфункция
Тежка	Голям перикарден излив, признаци на сърдечна тампонада, хемодинамична нестабилност, или констрикция на сърцето

Степента на тежест при заболявания на миокарда и перикарда се определя **индивидуално** и често изисква мултидисциплинарен подход: кардиологичен преглед, ехокардиография, ЕКГ, лабораторни и образни изследвания.

Референтни нива на BNP и NT-proBNP при различни степени на сърдечна недостатъчност:

NYHA клас	BNP (pg/mL)	NT-proBNP (pg/mL)	Клинично значение
Клас I	< 100	< 300	Без симптоми или леки – нормално или леко повишени
Клас II	100 – 300	300 – 900	Леки до умерени симптоми
Клас III	300 – 700	900 – 1800	Умерено до тежко нарушение на сърдечната функция
Клас IV	> 700	> 1800	Тежка сърдечна недостатъчност, често със симптоми в покой

Стойностите варират според възрастта, бъбречната функция и други съпътстващи заболявания.

NT-proBNP се повишава и при хронична бъбречна недостатъчност, дори при липса на сърдечна недостатъчност.

При **остра сърдечна недостатъчност**, стойностите могат да са значително по-високи (NT-proBNP > 5000 pg/mL).

За **изключване на сърдечна недостатъчност** при остри симптоми:

- BNP < 100 pg/mL
- NT-proBNP < 300 pg/mL → много ниска вероятност за СН

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 час от началото на хоспитализацията, а при болни със съмнение за остър коронарен синдром до-10 тата минута от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни болни - с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) - до 12 часа от началото на хоспитализацията).

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Лечение на перикарден излив

При клинични и ехокардиографски данни за сърдечна претампонада/тампонада пациентите постъпват в структура за интензивно лечение, където се започват при необходимост кардио-пулмонална ресусцитация, включваща интубация, сърдечна дефибрилация, вливания за поддържане на съдовия обем и подпомагащи сърдечната функция кардиоинотропни препарати.

При необходимост се извършва спешна перикардиоцентеза. Последната се извършва със субскифоиден достъп под непрекъснат ЕКГ и хемодинамичен контрол и при готовност за започване на животоспасяващо лечение. Манипулацията се извършва след подготовка на кожата с необходимата асептика, след локална анестезия с лидокаин с дълга 20 см игла, към която е поставено трипътно кранче и спринцовка, съдържаща 1% лидокаин. След евакуацията се осъществява задължително лабораторно, микробиологично и цитологично изследване на получения пунктат.

При клинични и ехокардиографски данни за перикарденизлив без тампонада се назначават изследвания, целящи уточняване етиологията на перикардния излив – туберкулинов кожен тест, хемокултури, култури от фаринкс и фецес за микробиологично и вирусологично изследване, при съответното съмнение – антистрептолизинов титър, TSH, T3, T4, антинуклеарни антитела. Лечението се осъществява в зависимост от подлежащото основно заболяване.

<u>Консервативното лечение на вирусните и бактериални перикардити включва:</u>

Основни медикаменти:

1. НСПВС.

2. Colchicine- добавя се към НСПВС или като монотерапия; като начално лечение, за профилактика на рецидивиращ перикардит.

3. Кортикостероиди – при липсващ терапевтичен ефект от прилаганото лечение. Използват се в умерени дози – 20 – 30 mg с постепенно излизане. При продължителна употреба на КС към тях се включват НСПВС по време на излизането, след което и от тях се излиза постепенно.

4. Антибиотици – при предполагаема или доказана бактериална етиология и съобразена с микробиологичната чувствителност.

5. Туберкулостатици – при доказана специфична етиология; липсващ терапевтичен отговор от прилаганите лекарствени средства и схеми.

Към лечението с туберкулостатици се добавят – хепатопротектори, Vit. B complex. Лечението с туберкулостатици продължава 2 месеца, след което се провежда 3 пъти седмично до 8 (10 – 12) месеца. Незадължително могат да се добавят КС в умерени дози (20 mg) за около 1 – 2 – 3 месеца с постепенно намаляване на дозата.

Лечение на перимиокардит /миокардит /кардиомиопатия

Лечението е предимно симптоматично (на застойната /хиподебитна симптоматика, ритъмно-проводните нарушения), като в някои случаи се налагат допълнителни инвазивни изследвания и оперативна намеса.

Основните групи медикаменти са както следва:

- дигиталисови и допаминови препарати;
- нитрати;
- бета блокери;
- инхибитори на ангиотензин-конвертиращия ензим;
- диуретици;
- калциеви антагонисти;
- антикоагуланти;
- антиаритмици;
- антибиотици.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя съобразно клиничната картина, ЕКГ, ехографски, микробиологични/вирусологични/ и имунологични данни.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- уточняване на заболяването;
- овладяване на симптоматиката;
- оптимизиране на системна терапия и съставяне на план за по-нататъшно поведение;
- обратно развитие на клинични, рентгенологични и/или ехографски данни спрямо данните от съответната находка при хоспитализация.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална

квалификация по ехокардиография, остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1.ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури"- бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МИОКАРДА И ПЕРИКАРДА

Заболяванията на миокарда и перикарда се срещат във всяка възраст от периода на новороденото до дълбока старост. Те се дължат на различни фактори: възпалителни, вирусни и бактериални заболявания, засягащи целия организъм или повече или по-малко избирателно сърцето, вредно въздействие на химични и физически агенти на околната среда, на наследствени или метаболитни нарушения. Протичането обичайно е тежко и нерядко с появата на клинични симптоми, влошаващи рязко качеството на живота и дори застрашаващи живота на пациента.

Острият перикардит протича с постепенно или по-бързо образуване на течност между обвивките на сърцето, и в зависимост от количеството на събраната течност, може да се предизвика животозастрашаващо състояние (тампонада), налагащо спешни медикаментозни процедури. Освен появилата се болка, свързана с дишането и положението на тялото, налице е силен задух и значително ускорена сърдечна дейност, намаляване на количеството отделена урина.

Когато след простудно заболяване, грип или грипоподобно заболяване оплакванията продължават, температурата се понижава, но не се нормализира, необходима е повторна консултация при ОПЛ за допълнителни изследвания. Те целят изясняването на причината за появата на перикарденизлив и включват тестове за изключване на туберкулоза, някои вирусологични, имунологични и микробиологични изследвания. Когато има събрана течност в перикардната торбичка, която не намалява от провежданото лечение се прибягва до отстраняването ѝ с изтегляне чрез хирургичен достъп – пункция или дрениране. Заболяването приключва с пълно излекуване и по-рядко може да рецидивира, което налага контролиране при ОПЛ най-малко 6 месеца.

По-рядко може да се наблюдава включване на сърдечния мускул във възпалителния процес (**миокардит като самостоятелно заболяване или в хода на перикардита**). В тези случаи водещи в клиничната картина са изявите на сърдечна недостатъчност – задух, лесна

уморяемост или нарушение в сърдечния ритъм – аритмии. Лечението цели овладяването на симптомите на сърдечна недостатъчност, ритъмните и проводни нарушения.

Кардиомиопатиите са група заболявания на сърдечния мускул с неизвестна (идиопатични) или позната етиология, които водят до сърдечна дисфункция. Съвременната медицина в някои случаи може да предложи ефективно лечение, водещо до подобряване качеството на живот и редуциране на клиничните симптоми. В други случаи, както е например при някои от случаите на хипертрофична кардиомиопатия, съвременна алтернатива за по-продължително преживяване е интервенционално или оперативното лечение. Лечението е трудно и продължително, налагат се чести хоспитализации, продължително амбулаторно лечение и проследяване.

КП № 32 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МИОКАРДА И ПЕРИКАРДА

КП № 32.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МИОКАРДА И ПЕРИКАРДА ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър перикардит
Включва: остър перикарден излив
Не включва: ревматичен перикардит (остър) (I01.0)

I30.0 Остър неспецифичен идиопатичен перикардит

I30.1 Инфекциозен перикардит
Перикардит:
- пневмококов
- гноен
- стафилококов
- стрептококов
- вирусен

Пиоперикардит

При необходимост от идентифициране на инфекциозния причинител се използва допълнителен код (B95—B97).

I30.8 Други форми на остър перикардит

Други болести на перикарда
Не включва: текущи усложнения на острия инфаркт на миокарда (I23.—)
посткардиотомен синдром (I97.0)
травма на сърцето (S26.—)
болест, уточнена каторевматична (I09.2)

I31.0 Хроничен адхезивен перикардит
Accretiocordis
Сраснал перикард
Адхезивенмедиастиноперикардит

I31.1 Хрониченконстриктивен перикардит
Concretiocordis
Перикардна калцификация

I31.2 Хемоперикард

I31.3 Перикарден излив (невъзпалителен)
Хилоперикард

I31.9 Болест на перикарда, неуточнена
Сърдечна тампонада
Перикардит (хроничен) БДУ

Перикардит при болести, класифицирани другаде

I32.0* Перикардит при бактериални болести, класифицирани другаде
Перикардит:
- гонококов (A54.8†)
- менингококов (A39.5†)
- сифилитичен (A52.0†)
- туберкулозен (A18.8†)

I32.1* **Перикардит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде**

I32.8* **Перикардит при други болести, класифицирани другаде**
Перикардит (при):
- ревматоиден (M32.1†)
- системен лупусеритематодес (M32.1†)
- уремичен (N18.8†)

Остър миокардит

I40.0 **Инфекциозен миокардит**
Септичен миокардит
При необходимост от идентифициране на инфекциозния причинител се използва допълнителен код (B95—B97).

I40.1 **Изолиран миокардит**

I40.8 **Други видове остър миокардит**

Миокардит при болести, класифицирани другаде

I41.8* **Миокардит при други болести, класифицирани другаде**
Ревматоиден миокардит (M05.3†)
Саркоидозен миокардит (D86.8†)

Кардиомиопатия
Не включва: кардиомиопатия, усложняваща:
- бременност (O99.4)
- послеродов период O90.3)

Исхемична кардиомиопатия (I25.5)

I42.0 **Дилатативна кардиомиопатия**

I42.1 **Обструктивна хипертрофична кардиомиопатия**
Хипертрофична субаорна стеноза

I42.2 **Друга хипертрофична кардиомиопатия**
Необструктивна хипертрофична кардиомиопатия

I42.3 **Ендомиокардна (еозинофилна) болест**
Ендомиокардна (тропическа) фиброза
Ендокардит на Löffler

I42.4 **Ендокардна фиброеластоза**
Вродена кардиомиопатия

I42.5 **Друга рестриктивна кардиомиопатия**

I42.7 **Кардиомиопатия, причинена от лекарства и други външни фактори**
При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код на външни причини (клас XX).

Кодовете от рубриката I32 и I41, обозначени със знака (*) не могат да се използват самостоятелно като водещи диагнози. Те се явяват допълнителни диагнози към водещите, означени със знака (†) към същата рубрика

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време
55118-00 Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1926 Микробиологични изследвания

92184-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за бактериална намазка

92184-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

1927 Морфологични изследвания

92184-06 Микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба за хистология

92184-05 Микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и храчка за клетъчен блок

91928-00 Цитологично изследване на две проби от цитонамазка от храчка

92184-07 Друго морфологично изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и храчка

Включва следния медико-диагностичен пакет:
Пълна кръвна картина
Биохимични показатели-креатинин, трансаминази
Серологични изследвания – при необходимост

1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите– по преценка на лекуващия лекар
1924	**Биохимична изследвания**
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Креатинкиназа (КК)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

При необходимост:

1929	**Вирусологични изследвания**
91922-00	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
91922-01	Серологично изследване на IgM антитела за рубеола
	Включва: при бременни
91922-02	Серологично изследване на IgM антитела за морбили
	Включва: при бременни
91922-03	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатит А вирус
91922-04	Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус
91922-05	Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела и HBeAg на хепатитен В вирус
91922-06	Серологично изследване на антитела срещу хепатитен С вирус
91922-07	Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)
91923-10	Изследване за Chlamydia
91913-00	Серологично изследване на кръв за Васерман
91913-02	Серологично изследване за сифилис
91911-00	Вземане на биологичен материал за серологични и вирусологични изследвания
91911-19	Други вирусологични изследвания
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Дренаж на сърце	
38359-00	Перикардиоцентеза
Приложение на фармакотерапия	

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични процедури, от които едната е задължително 11700-00; (55113-00 или 55118-00); (91910-04, 91910-05, 91910-19, 91910-26, 91910-27, 91910-28, 91910-33, при необходимост - 91922-00, 91922-01, 91922-02, 91922-03, 91922-04, 91922-05, 91922-06, 91922-07, 91923-10, 91913-00, 91913-02, 91911-00, 91911-19), и една основна терапевтична процедура. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1929 - Вирусологични изследвания, се

извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването: Включва следния медико-диагностичен пакет: Пълна кръвна картина; Биохимични показатели-креатинин, трансаминази; Серологични изследвания – при необходимост.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия" и "Детска кардиология", осъществявани най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по детски болести
2. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация или Детско интензивно отделение
3. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима лекари със специалност по детски болести, от които поне един със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво:лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицинска структура, осъществяваща дейност в обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение" най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите.

При липса на такива звена в болницата, последнатазадължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такивазвена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение при пациенти с:

- клинични, рентгенологични и ехографски данни за перикарденизлив;
- клинични, рентгенологични и ехографски данни за миокардит;
- клинични, рентгенологични и ехографски данни за кардиомиопатия (КМП);
- рецидив на заболяването (миокардит, перикардит, КМП) след проведено оптимално лечение.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 час от началото на хоспитализацията, а при болни със съмнение за остър коронарен синдром до-10 тата минута от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни болни - с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) - до 12 часа от началото на хоспитализацията).

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Лечение на перикарден излив

При клинични и ехокардиографски данни за сърдечна претампонада/тампонада пациентите постъпват в структура за интензивно лечение, където се започват при

необходимост кардио-пулмонална ресусцитация, включваща интубация, сърдечна дефибрилация, вливания за поддържане на съдовия обем и подпомагащи сърдечната функция кардиоинотропни препарати.

При необходимост се извършва спешна перикардиоцентеза. Последната се извършва със субскифоиден достъп под непрекъснат ЕКГ и хемодинамичен контрол и при готовност за започване на животоспасяващо лечение. Манипулацията се извършва след подготовка на кожата с необходимата асептика, след локална анестезия с лидокаин с дълга 20 см игла, към която е поставено трипътно кранче и спринцовка, съдържаща 1% лидокаин. След евакуацията се осъществява задължително лабораторно, микробиологично и цитологично изследване на получения пунктат.

При клинични и ехокардиографски данни за перикарденизлив без тампонада се назначават изследвания, целящи уточняване етиологията на перикардния излив – туберкулинов кожен тест, хемокултури, култури от фаринкс и фецес за микробиологично и вирусологично изследване, при съответното съмнение – антистрептолизинов титър, TSH, T3, T4, антинуклеарни антитела. Лечението се осъществява в зависимост от подлежащото основно заболяване.

Консервативното лечение на вирусните и бактериални перикардити включва:

Основни медикаменти:

1. НСПВС.

2. Colchicine- добавя се към НСПВС или като монотерапия; като начално лечение, за профилактика на рецидивиращ перикардит.

3. Кортикостероиди – при липсващ терапевтичен ефект от прилаганото лечение. Използват се в умерени дози – 20 – 30 mg с постепенно излизане. При продължителна употреба на КС към тях се включват НСПВС по време на излизането, след което и от тях се излиза постепенно.

4. Антибиотици – при предполагаема или доказана бактериална етиология и съобразена с микробиологичната чувствителност.

5. Туберкулостатици – при доказана специфична етиология; липсващ терапевтичен отговор от прилаганите лекарствени средства и схеми.

Към лечението с туберкулостатици се добавят – хепатопротектори, Vit. B complex. Лечението с туберкулостатици продължава 2 месеца, след което се провежда 3 пъти седмично до 8 (10 – 12) месеца. Незадължително могат да се добавят КС в умерени дози (20 mg) за около 1 – 2 – 3 месеца с постепенно намаляване на дозата.

Лечение на перимиокардит /миокардит /кардиомиопатия

Лечението е предимно симптоматично (на застойната /хиподебитна симптоматика, ритъмно-проводните нарушения), като в някои случаи се налагат допълнителни инвазивни изследвания и оперативна намеса.

Основните групи медикаменти са както следва:

- дигиталисови и допаминови препарати;
- нитрати;
- бета блокери;
- инхибитори на ангиотензин-конвертиращия ензим;
- диуретици;
- калциеви антагонисти;
- антикоагуланти;
- антиаритмици;
- антибиотици.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя съобразно клиничната картина, ЕКГ, ехографски, микробиологични/вирусологични/ и имунологични данни.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- уточняване на заболяването;
- овладяване на симптоматиката;
- оптимизиране на системна терапия и съставяне на план за по-нататъшно поведение;
- обратно развитие на клинични, рентгенологични и/или ехографски данни спрямо данните от съответната находка при хоспитализация.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография, остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1.ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури"- бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МИОКАРДА И ПЕРИКАРДА

Заболяванията на миокарда и перикарда се срещат във всяка възраст от периода на новороденото до дълбока старост. Те се дължат на различни фактори: възпалителни, вирусни и бактериални заболявания, засягащи целия организъм или повече или по-малко избирателно сърцето, вредно въздействие на химични и физически агенти на околната среда, на наследствени или метаболитни нарушения. Протичането обичайно е тежко и

нерядко с появата на клинични симптоми, влошаващи рязко качеството на живота и дори застрашаващи живота на пациента.

Острият перикардит протича с постепенно или по-бързо образуване на течност между обвивките на сърцето, и в зависимост от количеството на събраната течност, може да се предизвика животозастрашаващо състояние (тампонада), налагащо спешни медикаментозни процедури. Освен появилата се болка, свързана с дишането и положението на тялото, налице е силен задух и значително ускорена сърдечна дейност, намаляване на количеството отделена урина.

Когато след простудно заболяване, грип или грипоподобно заболяване оплакванията продължават, температурата се понижава, но не се нормализира, необходима е повторна консултация при ОПЛ за допълнителни изследвания. Те целят изясняването на причината за появата на перикарденизлив и включват тестове за изключване на туберкулоза, някои вирусологични, имунологични и микробиологични изследвания. Когато има събрана течност в перикардната торбичка, която не намалява от провежданото лечение се прибягва до отстраняването ѝ с изтегляне чрез хирургичен достъп – пункция или дрениране. Заболяването приключва с пълно излекуване и по-рядко може да рецидивира, което налага контролиране при ОПЛ най-малко 6 месеца.

По-рядко може да се наблюдава включване на сърдечния мускул във възпалителния процес (**миокардит като самостоятелно заболяване или в хода на перикардита**). В тези случаи водещи в клиничната картина са изявите на сърдечна недостатъчност – задух, лесна уморяемост или нарушение в сърдечния ритъм – аритмии. Лечението цели овладяването на симптомите на сърдечна недостатъчност, ритъмните и проводни нарушения.

Кардиомиопатиите са група заболявания на сърдечния мускул с неизвестна (идиопатични) или позната етиология, които водят до сърдечна дисфункция. Съвременната медицина в някои случаи може да предложи ефективно лечение, водещо до подобряване качеството на живот и редуциране на клиничните симптоми. В други случаи, както е например при някои от случаите на хипертрофична кардиомиопатия, съвременна алтернатива за по-продължително преживяване е интервенционално или оперативното лечение. Лечението е трудно и продължително, налагат се чести хоспитализации, продължително амбулаторно лечение и проследяване.

КП № 33 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА РИТЪМНИ И ПРОВОДНИ НАРУШЕНИЯ

1. Минимален болничен престой - 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Разстройства на вегететивната [автономната] нервна система

Не включва: разстройство на вегетативната нервна система, предизвикано от алкохол (G31.2)

G90.0 Идиопатична периферна вегетативна невропатия
Синкоп, свързан с раздразване на каротидния синус

Атриовентрикуларен блок и ляв бедрен блок

I44.1 Атриовентрикуларен блок, втора степен
Атриовентрикуларен блок, тип I и II
Блок на Mobitz, тип I и II
Втора степен атриовентрикуларен блок, тип I и II
Блок на Wenckebach

I44.2 Атриовентрикуларен блок, пълен
Пълен сърдечен блок БДУ
Трета степен атриовентрикуларен блок

Други проводни нарушения

I45.2 Бифасцикуларен блок

I45.3 Трифасцикуларен блок

I45.5 Друг уточнен сърдечен блок
Синоатриален блок
Синоаурикуларен блок
Не включва: сърдечен блок БДУ (I45.9)

I45.6 Синдром на преждевременно възбуждане
Абнормно атриовентрикуларно възбуждане
Атриовентрикуларно провеждане:
- ускорено
- по допълнителен път
- с преждевременно възбуждане

Синдром на Lown-Ganong-Levine
Синдром на Wolff-Parkinson-White

I45.8 Други уточнени проводни нарушения
Атриовентрикуларна [AV] дисоциация
Интерферентна дисоциация

I45.9 Проводно нарушение, неуточнено
Сърдечен блок БДУ
Синдром на Morgagni - Adams - Stokes (MAS - синдром)

Спиране на сърцето

Не включва: кардиогенен шок (R57.0)
усложняващо:
- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
- акушерски операции и процедури (O75.4)

I46.0 Спиране на сърцето с успешно възстановяване на сърдечната дейност

I46.1 Внезапна сърдечна смърт, описана така

Не включва: внезапна смърт:
- БДУ (R96.—)
- при:
  - проводно нарушение (I44—I45)
  - инфаркт на миокарда (I21—I22)

I46.9 Спиране на сърцето, неуточнено

Пароксизмална тахикардия

Не включва: усложняваща:
- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
- акушерски операции и процедури (O75.4)

тахикардия БДУ (R00.0)

I47.1 Надкамерна тахикардия

Пароксизмална тахикардия:
- предсърдна
- атриовентрикуларна [AV]
- от атриовентрикуларното съединение
- нодална

I47.2 Камерна тахикардия

I48 Предсърдно мъждене и трептене

Други сърдечни аритмии

Не включва: брадикардия БДУ (R00.1)
усложняващи:
- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
- акушерски операции и процедури (O75.4)

ритъмни сърдечни нарушения на новородено (P29.1)

I49.0 Камерно мъждене и трептене

I49.5 Синдром на болния синусов възел

Тахи(кардия)-бради(кардия) синдром

R55 Припадък [синкоп] и колапс

Кратковременна загуба на съзнанието и зрението

Загуба на съзнанието

Не включва: невроциркулаторна астения (F45.3)
ортостатична хипотония (I95.1)
- неврогенна (G90.3)

шок:
- БДУ (R57.9)
- кардиогенен (R57.0)
- усложняващ или съпровождащ:
- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.3)
- раждане и родоразрешаване (O75.1)
- следоперационен (T81.1)

пристъп на Stokes-Adams (I45.9)
припадък:
- синокаротиден (G90.0)
  - топлинен (T67.1)
  - психогенен (F48.8)

безсъзнателно състояние БДУ (R40.2)

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време
55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор

Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода

11708-00 Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

11709-00 Амбулаторен непрекъснат холтер електрокардиографски запис

Включва: с използване на система, способна на сравняване и пълно откриване на запис

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Включва задължително следния медико-диагностичен пакет:
ПКК
креатинин
Електролити
Скорост на гломерулна филтрация (eGFR); TSH – по преценка

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

По преценка:

91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди

91910-39 Клинично-химични изследвания за магнезий

По преценка:

1931 Хормонални изследвания

91925-01 Изследване на хормон TSH

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарден пейсмейкър

Не включва: изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода

38256-00 Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие

38256-01 Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

	• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва:	хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92052-00	Кардиопулмонална ресуситация
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
13400-00	Кардиовезия Дефибрилация Сърдечен електрошок Възстановяване на сърдечен ритъм чрез електростимулация *Не включва*: съпътстващо при кардиохирургия – пропусни кода
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92055-00	Друга конверсия на сърдечен ритъм
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92053-00	Затворен гръден сърдечен масаж Сърдечен масаж БДУ Външен ръчен сърдечен масаж
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92054-00	Стимулация на каротиден синус
Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92055-00	Друга конверсия на сърдечен ритъм

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури (11709-00) или (11700-00); (55113-00 или 55118-00); (91910-04, 91910-13, 91910-33, 91910-38 – по преценка, 91910-39 по преценка, 91925-01 – при необходимост), и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.** Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1931-Хормонални изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от трите блока, с изключение на тези по преценка и при необходимост и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването: Включва задължително следния медико-диагностичен пакет: ПКК; креатинин; Електролити; Скорост на гломерулна филтрация (eGFR), TSH – по преценка.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При всички пациенти над 18 г. възраст, при които е назначен нов орален антикоагулант (NOAC), задължително се изследва скорост на гломерулна филтрация (eGFR) за оценка на бъбречната функция.

При необходимост и след преценка от лекуващия екип се прилага временна кардиостимулация. При код 38256-00 или 38256-01 „Поставяне на временна трансвенозна пейсмейкърна система“, лечебното заведение се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бланка №7 МЗ-НЗОК) и “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура”. Серийният номер на опаковката се записва във “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура” в графата „фабричен номер”. Опаковката се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол. **Задължително се прави рентгенография или запис от катетеризационната процедура на пациента за верифициране позицията на електрода. Неразделна част от ИЗ на пациента става “ ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА” за временен кардиостимулатор, както и рентгенографията или дигитален запис (CD) от катетеризационната процедура.**

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", медицинската специалност "Педиатрия" и "Детска кардиология", осъществявани най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по вътрешни болести или детски болести
2. Легла за интензивно лечение в клиника/отделение по вътрешни болести или детски болести
3. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност, извършваща КГА
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф, велоергометър, холтер за мониториране на сърдечен ритъм и АН

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари със специалност по вътрешни болести, от които един със специалност по кардиология/ревмокардиология;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение-

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология – минимум двама лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология;

или

в детска клиника/отделение – двама със специалност по детски болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицинска структура, осъществяваща дейност в обхвата на медицинската специалност "Анестезия и интензивно лечение" най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Осигуряване на 24-часова връзка и достъп до медицински структури, осъществяващи дейност в обхвата на медицинските специалности "Кардиология", "Кардиохирургия" и "Съдова хирургия" на трето ниво на компетентност, съгласно приложимите медицински стандарти с цел осъществяване на максимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите

При липса на такива звена в болницата, последната задължително осигурява предварително достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа **актуален.**

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение при пациенти с:

- **пристъпно предсърдно мъждене/трептене с давност до 48 часа, с оглед регуларизация;**
- **надкамерни пароксизмални тахикардии, предсърдно мъждене, предсърдно трептене, камерни тахиаритмии (без камерни екстрасистоли), AV блок II и III степен, синоатриален блок и синус арест, с регистрирани камерни паузи над 2000 м/сек, както и други аритмии, които водят до хемодинамична нестабилност (хипотония, остра сърдечна недостатъчност - хиподебитна или застойна), изразена субективна симптоматика, неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) и/или до миокардна исхемия и/или некроза;**
- **симптоматични брадикардии и проводни нарушения (синкопи, MAC синдром);**
- **планово кардиоверзио при предсърдно мъждене/трептене;**

- **за диагностично и терапевтично уточняване при често рецидивиращи камерни/надкамерни аритмии и симптоматични брадикардии.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 час от началото на хоспитализацията, а при болни със съмнение за остър коронарен синдром до 10-тата минута от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни болни - с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) - до 12 часа от началото на хоспитализацията.

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

<u>Надкамерни тахикардии</u>

Лечение на пароксизмална надкамерна тахикардия

Прекъсване на пристъп при стабилна хемодинамика:

Покой, седиране**,** вагусови прийоми. При липса на ефект се прави опит за възстановяване на синусов ритъм с един от следните медикаменти:

Adenosine - средство на избор при пароксизмална AV-тахикардия. Прилага се i.v. болус под мониторен контрол и само в болнична обстановка!

или

Са-антагонист – IV клас - не трябва да се използва Verapamil при диагностично неуточнена тахикардия с широки камерни комплекси!

или

Бета-блокер бавно i.v.

или

бета-блокер - бавно i.v.

или

Антиаритмичен медикамент III клас бавно i.v.

или

дигиталисов препарат по схема при деца до 2 години.

Прекъсване на пристъп при нестабилна хемодинамика:

Електрокардиоверзио 50-360 J.

Противорецидивно лечение: (per os): показано при чести > 5 пристъпа годишно и/или протичащи с тежки хемодинамични нарушения и/или с изразена субективна симптоматика тахикардии: бета-блокер; антиаритмичен медикамент III клас. Своевременно следва да се обсъди възможността за извършване на радиофреквентна аблация.

Ритъмни нарушения при WPW – синдром:

При тахикардиите, асоциирани с WPW-синдром провеждането по допълнителната връзка се потиска най-ефективно с медикаменти от клас IC и III.

Овладяване на пристъп от WPW-тахикардия при стабилна хемодинамика:

антиаритмичен медикамент III клас - бавно i.v.

или

бета-блокер – бавно i.v.

Овладяване на пристъп от WPW-тахикардия при нестабилна хемодинамика:

Електрокардиоверзио 50-360J.

Противорецидивно лечение (per os): показано при чести > 5 пристъпа годишно и/или протичащи с тежки хемодинамични нарушения и/или с изразена субективна симптоматика тахикардии: бета-блокер; антиаритмичен медикамент III клас. Своевременно следва да се обсъди възможността за извършване на радиофреквентна аблация.

Предсърдна автоматична тахикардия с AV-блок (ПАТ с блок)

Може да се срещне в хода на хронични белодробни заболявания или да е израз на дигиталисова интоксикация. Изисква диференциална диагноза с предсърдното трептене, тъй като терапевтичният подход е различен!

***Лечение*:** незабавно трябва да се спре лечението с дигиталис. По-нататъшното му приложение може да доведе до задълбочаване на AV-блока и екстремно забавяне на камерната честота.

Предсърдно трептене и предсърдно мъждене

Изискване: При пациентите с неклапно предсърдно мъждене или предсърдно трептене (пароксизмално, персистиращо или перманентно) се изчисляват задължително CHA2DS2-VASc скор (за определяне на степента на емболичен риск), съгласно табл. 1 и HAS-BLED (за определяне риска от кървене), съгласно табл. 2.

- Пациентите с рискова оценка по CHA2DS2-VASc скор от 2 и повече точки са с висок емболичен риск.
- Пациентите с рискова оценка по CHA2DS2-VASc скор от 1 точка са с интермедиерен емболичен риск.
- Пациентите с рискова оценка по CHA2DS2-VASc скор от 0 точки са с нисък емболичен риск

  - При CHA2DS2-VASc скор = 0 пациентът остава без антитромбозна терапия
  - при CHA2DS2-VASc скор = 1 се прави избор между антикоагулантна терапия и без антитромбозна терапия, като се предпочита антикоагулантната терапия, съобразно риска от кървене
  - при CHA2DS2-VASc скор ≥ 2 пациентът е показан за продължително лечение с антикоагуланти

Оценките на CHA2DS2-VASc скор и HAS-BLED скор се прилагат в История на заболяване на пациента са задължителни.

Таблица 1 - CHA2DS2-VASc скор за определяне на степента на емболичен риск при пациенти с неклапно предсърдно мъждене – изчислява се като сума

Рисков фактор	Точки	Точки за пациента
Сърдечна недостатъчност/ЛК дисфункция (ФИ < 40%)	**+1**	
Артериална хипертония	**+1**	
Възраст ≥75 години	**+2**	
Захарен диабет	**+1**	
Инсулт / ПНМК / системна тромбемболия	**+2**	
Съдово заболяване (инфаркт, аортна плака, периферно-съдова болест)	**+1**	

Възраст 65–74 години	**+1**	
Женски пол	**+1**	
Общо (сума от точките)	**0–9**	

Таблица 2 - HAS-BLED скор за определяне риска от кървене при пациенти с предсърдно мъждене – изчислява се като сума

Клинична характеристика	**Точки**	**Точки за пациента**
Хипертония (Hypertension) (САН >160 mmHg)	**1**	
Анормална (Abnormal) бъбречна или чернодробна функция	**1 + 1**	
Инсулт (Stroke)	**1**	
Кървене (Bleeding)	**1**	
Лабилен (Labile) INR	**1**	
Напреднала възраст (Elderly) (>65 години)	**1**	
Медикаменти – антитромбоцитни (Drugs) или алкохол	**1 + 1**	
Общо (сума от точките)	**0–9**	

Предсърдно трептене

В зависимост от давността на аритмията, лечението има за задача да възстанови синусов ритъм или да контролира честотата на камерния отговор.

При давност на аритмията под 48 часа опитът за възстановяване на синусов ритъм е свързан с нисък ембологенен риск и влиза в съображение.

При ***стабилна хемодинамика*** овладяването на пристъпа може да се осъществи със следните медикаменти:

- бета-блокер или антиаритмичен медикамент III клас.

При **нестабилна хемодинамика** или неподдаващо се на медикаментозно лечение предсърдно трептене – електрокардиоверзио 50-360 J. То може да бъде средство на първи избор и при стабилна хемодинамика по преценка на лекуващия лекар и давност на аритмията по-малка от 48 часа.

Противорецидивната терапия е съобразена с наличието и вида на подлежащо сърдечно заболяване. Следва своевременно да се обсъди възможността за радиофреквентна аблация.

Предсърдно мъждене (ПМ)

При пристъпно ПМ с давност до 48 часа и стабилна хемодинамика може да се пристъпи към опит за възстановяване на синусов ритъм след оценка на емболичния риск, отразена в История на заболяването.

Медикаменти за възстановяване на синусов ритъм, съобразно наличието и тежестта на подлежащото сърдечно заболяване. Алтернатива на медикаментите може да бъде синхронизираната електрокардиоверзия.

При ПМ с давност > 48 часа задължително се провежда:

- оценка на емболичния риск, съобразно табл. 1, отразена в История на заболяването;
- ефективна антикоагулантна терапия с индиректен антикоагулант в продължение на 3 седмици (поддържане на INR в стойности между 2,0 и 3,0);
- контрол на камерната честота до 60 - 80/мин в покой и < 110/мин при леки физически натоварвания с бета-блокер, Са-антагонист от верапамилов тип или дигиталис;
- задължително се извършва трансезофагеална ЕхоКГ, която да изключи възможен ембологенен източник от сърцето и големите съдове, в планов порядък се прави опит за възстановяване на синусов ритъм чрез медикаментозно или електрическо кардиоверзио;
- при възстановен синусов ритъм антикоагулантното лечение трябва да продължи поне още 3 (4) седмици или по-дълго, съобразно оценката на емболичния риск;
- уточнява се необходимостта от поддържащото антиаритмично и антикоагулантно лечение при всеки конкретен пациент.

Противорецидивно лечение на ПМ: бета-блокери, дигиталисови препарати и/или Са-антагонист от верапамилов тип (в зависимост от подлежащото сърдечно заболяване). Антиаритмична профилактика не се налага при първи пристъп от предсърдно мъждене. Verapamil и дигиталис не се прилагат при предсърдно мъждене и WPW- синдром!

При пациенти с висок емболичен риск или при риск от проаритмии, както и при пациенти с висока вероятност за рецидив на аритмията следва да се обсъди започването на дългосрочно лечение за контрол на камерната честота, съчетано с дългосрочно антикоагулантно лечение.

Камерни аритмии

Камерни тахикардии

Прекъсване на пристъп от мономорфна камерна тахикардия:

При **нестабилна хемодинамика** и/или **висока камерна честота > 180/мин:** спешно електрокардиоверзио със 50-360 J.

При **стабилна хемодинамика** и **камерна честота < 180/мин:** медикаментозно прекъсване на пристъпа.

При липса на ефект:

Електрокардиоверзио;

Супресивен камерен пейсинг.

Прекъсване на пристъп от камерна тахикардия с удължен QT-интервал > 0,44 sec (тип Torsades de Pointes):

Магнезиев сулфат 2 g i.v. за 2-3 min с последваща инфузия в доза 2-20 mg/min за 24 часа.

Инфузия с Калиев хлорид.

Временен пейсинг.

При вродена форма на удължен QT-интервал със синкопална симптоматика:

Бета-блокер.

Кардиовертер-дефибрилатор.

Лечение на сърдечен арест (cardiac arrest)

При **безпулсова електрическа активност (електромеханична дисоциация, ЕМД)** - лечението се състои в непрекъсната кардиопулмонална ресусцитация (КПР) и отстраняване на причините, довели до ЕМД.

Непрекъсната КПР.

Интубация с апаратна вентилация.

Вливания на течности (0,9% натриев хлорид, рингеров разтвор и др.) до коригиране на евентуалната хиповолемия.

Отстраняване на коригируемите причини.

Електрическа дефибрилация или електрокардиостимулация.

Медикаментозно лечение (атропин, адреналин, натриев бикарбонат и др).

КПР се прекъсва, когато в продължение на около 30 минути не се възстанови спонтанно дишане и сърдечна дейност, съзнанието е дълбоко нарушено, зениците са трайно разширени и не реагират на светлина.

Брадикардии

Принципно лечение на брадикардиите:

При поява на симптоматика в резултат на брадикардии, първоначално се започва медикаментозно лечение.

Ако въпреки това не се постигне оптимално ускоряване на СЧ, то трябва да се постави временен кардиостимулатор до овладяване на острото състояние.

През следващите часове до дни трябва да се обсъди необходимостта от имплантирането на постоянен кардиостимулатор.

Медикаментозно лечение: Atropinum sulfuricum 0,5-1 mg i.v.

Индикации за имплантиране на временен електрокардиостимулатор:

- Високостепенна симптоматична синусова брадикардия.
- Пълен A-V блок с камерна честота под 40 уд в мин. с МАС синдром.
- Пълен A-V блок с изразена брадикардия, с хемодинамична значимост.
- Сърдечен арест.
- Сърдечни паузи над 3 сек с МАС синдром.
- Тахи-бради синдром с МАС синдром.
- Погасяване на медиаментозно резистентни камерни или надкамерни тахикардии.
- Симптоматична брадиаритмия при предсърдно мъждене.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина и ЕКГ.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- стабилизиране на хемодинамиката;
- възстановен синусов ритъм или нормализирана сърдечна честота при предсърдно мъждене/трептене;
- овладяване на симптоматиката;
- уточняване на терапията.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография, остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата в отговор на постоянната и/или временна кардиостимулация:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане . . код на държава

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

....

име на лечебното заведение

....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. . .

Амбулаторна процедура ..... №. . .

Клинична процедура ..... №. . .

Диагноза: .....МКБ10 . . . .

дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година Пациент: ..... (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

Обща стойност:							

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

РИТЪМНИ И ПРОВОДНИ НАРУШЕНИЯ

Нарушенията на сърдечния ритъм могат да се проявят във всяка възраст от периода на новороденото до края на живота. Някои от тях могат да са напълно асимптомни и да се открият случайно. Други влошават значимо качеството на живота, имат инвалидизиращ ефект или могат да са причина за внезапна смърт. В над 50 % не се открива предизвикваща причина. В останалите случаи те са израз на вродено или придобито сърдечно заболяване, вкл. след сърдечна операция или да са израз на заболяване на други органи и системи. Когато няма изразена симптоматика или симптоми, заплашващи живота, ритъмните и проводните нарушения могат да се изясняват и лекуват успешно амбулаторно. В противен случай се налага планова или спешна хоспитализация.

Възстановяването на нормалния ритъм се постига по медикаментозен или електрически път. Ако се наложи възстановяване на сърдечния ритъм с електрически ток манипулацията се извършва под обща анестезия след предварителна подготовка (планово) или в условия на спешност (спешно). При предсърдно мъждене и предсърдно трептене (чести нарушения на сърдечния ритъм) се налага продължителна антикоагулантна терапия със съответен лабораторен контрол.

Когато са налице проводни нарушения (бавен пулс) може да се наложи поставянето на трансвенозен временен и/ или постоянен кардиостимулатор (малък електронен уред, който стимулира сърцето да се съкращава с необходимата честота).

След изписване от болницата обикновено се налага продължително приемане на медикаментозно лечение и евентуално на други медикаменти насочени срещу възвръщане на ритъмно-проводното нарушение или настъпилите усложнения. В избрани случаи, при които медикаментозното лечение не е достатъчно ефективно, могат да се обсъдят индикациите за интервенционално лечение – имплантиране на кардиостимулатор, кардиовертер-дефибрилатор, електрофизиологично изследване и радиофреквентна аблация.

Всички въпроси, които имате относно Вашето заболяване и неговото лечение, може да зададете на лекуващия си лекар.

КП №34 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

I10 **Есенциална [първична] хипертония**
Висококръвноналягане
Хипертония
(артериална)(доброкачествена)(есенциална)(малигнена)(първична)(системна)
Не включва: с включване на съдовете на:
- мозъка (I60—I69)
- окото (H35.0)

Вторична хипертония
Не включва: с включване на съдовете на:
- мозъка (I60—I69)
- окото (H35.0)

I15.0 **Бъбречно-съдовахипертония**

I15.1 **Хипертония, дължаща се на другибъбречни нарушения**

I15.2 **Хипертония, дължаща се на ендокринни нарушения**

Вродени аномалии на големите артерии

Q25.1 **Коарктациянааортата**
Коарктация на аортата (предуктална)(постдуктална)

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарнаямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб

медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Интравенознапиелография [IVP]

Инфузионнапиелография

Включва: предварителен общ план
томография

58706-00 Интравенознапиелография

Ретроградна рентгенография на отделителна система

58721-00 Ретроградна микционна цистоуретрография

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до кристаилиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и
  - мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
    - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Артериография

59970-03 Периферна артериография

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време
55118-00 Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена каваинфериор и илиачни вени

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове

Включва: дуплекс ултразвук на:
- аорта
- илиачни съдове
- вена каваинфериор

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

11712-00 Кардиоваскуларен стрес тест
Двустъпков тест на Master
Многоканално ЕКГ мониториране и запис по време на упражнения или фармакологичен стрес
Thallium стрес тест

Включва: непрекъснато мониториране на кръвно налягане
измерване при упражнения с:
- колело
- изкачване на стълбичка
- тредмил

запис на други параметри
ЕКГ при почивка

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор

Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода

11708-00 Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни код

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

Включва задължително следния медико-диагностичен пакет:
Електролити
Пълна кръвна картина
Чернодробни ензими
Липидограма– LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди
Креатинин
Хормонални изследвания, доказващи произхода на хипертонията

1923	ХЕМАТОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924	БИОХИМИЧНА ИЗСЛЕДВАНИЯ
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-21	Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол
91910-22	Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол
91910-23	Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35	Клинично-химични изследвания за Фосфати

Хормонални изследвания, доказващи произхода на хипертонията:

1931	ХОРМОНАЛНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ
91925-09	Изследване на хормон fT3
91925-00	Изследване на хормон fT4
91925-01	Изследване на хормон TSH
91925-02	Изследване за антитела срещу Тиреоидната пероксидаза – Anti-TPO
91925-03	Изследване на хормон LH
91925-04	Изследване на хормон FSH
91925-05	Изследване на хормон Prolactin
91925-06	Изследване на хормон Estradiol
91925-07	Изследване на хормон Testosteron
91925-08	Изследване на хормон Progesteron
91925-10	Изследване на Anti - Tg (Тиреоглобулинови антитела)
91925-11	Изследване на TSHR - AB (TSH рецепторни антитела)
91925-12	Изследване на PTH
91925-13	Изследване на 17 OHP (17- Хидроксипрогестерон)
91925-14	Изследване на Инхибин В
91925-15	Изследване на Антимюлеров хормон
91925-16	Изследване на Ренин
91925-17	Изследване на Биохимичен скрининг за синдром на Даун
91925-18	Изследване на Прокалцитонин (PCT)
91925-19	Други хормонални изследвания

Бъбречни нуклеарно медицински изследвания	
61386-00	Ренално изследване

Базово бъбречно изследване
Включва: компютърен анализ
вливания
бъбречни изображения
Не включва: такова на бъбречна кора (61386-01, 61387-00 [2008])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.** Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1931 – Хормонални изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока 1923 и 1924 и се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването "Включва задължително следния медико-диагностичен пакет: Електролити; Пълна кръвна картина; Чернодробни ензими; Липидограма– LDL, HDL, фракции на холестерола и триглицериди; Креатинин; Хормонални изследвания от блок 1931, доказващи произхода на хипертонията – по преценка".

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделениеот обхвата на медицинската специалност "Педиатрия" и "Детска кардиология", осъществявани най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по детски болести
2. Клиничналаборатория с II ниво на компетентност
3. Образна диагностика
4. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф, холтер за мониториране на сърдеченритъм и АН

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Радиоизотопна лаборатория
2. КТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност (за КТ – минимум 16-детекторен)
3. Имунологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима лекари със специалност по детски болести, от които поне един със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика и консервативно лечение при пациенти с:

- **хипертонична криза с рязко и внезапно покачване на артериалното налягане, с наличие на субективни оплаквания от главоболие, гадене, повръщане, зрителни нарушения, болки в сърдечната област, задух, нарушения в съзнанието, гърчове и кома;**
- **артериална хипертония (АХ) - умерена и тежка или с органни изменения - рефрактерна на провежданата в амбулаторни условия медикаментозна терапия.**

2. Етиологично уточняване и определяне на терапевтичното поведение при новооткрита умерена и тежка хипертония ? Р95, съобразно стойности на

артериалното налягане (mm Hg) на базата на ръст при деца на възраст от 6 до 15 години.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 час от началото на хоспитализацията, а при болни със съмнение за остър коронарен синдром до 10-тата минута от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни – с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) пациенти - до 12 часа от началото на хоспитализацията)

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Стойности на артериалното налягане (mm Hg) на базата на ръст при деца на възраст от 6 до 15 години.

Ръст (см.)	Артериала хипотония ≤ P_5	Нормални стойности на артериалното налягане			Артериална хипертония ≥ P_{95}
		ниско за ръста P_5-P_{10}	средно за ръста P_{10}-P_{90}	високо за ръста P_{90}-P_{95}	
Момчета					
121-125	80/37	80-81/38-39	81-107/40-46	108-116/67-68	117/69
126-130	79/40	80-81/41-48	82-109/49-69	110-114/70-76	115/77
131-135	82/40	83-84/41-49	85-108/50-69	109-111/70-71	112/72
136-140	88/52	89-90/53-55	90-116/56-72	117-119/73-79	120/80
141-145	87/45	88-90/46-54	91-111/55-69	111-112/70-76	112/77
146-150	90/47	91-92/48-56	93-117/57-76	118-119/77-79	120/80
151-155	90/50	91-96/51-54	97-121/55-71	122-125/72-77	126/78
156-160	90/50	91-96/51-57	97-123/58-79	124-127/79-80	128/80
161-165	101/57	101-102/56-58	103-126/59-79	127-134/79-80	135/80
Момичета					
121-125	75/38	76-80/38-39	81-105/40-65	106-109/66-69	110/70
126-130	79/40	80-82/41-46	83-108/47-69	109-114/70-71	115/72
131-135	82/45	83-84/46-51	85-107/52-69	108-110/69-70	111/70
136-140	85/40	86-89/41-51	90-114/52-69	115-119/70-76	120/77
141-145	90/50	90-91/51-54	92-116/55-69	117-119/70-79	120/80
146-150	90/43	90-91/44-49	91-119/50-74	120-127/75-79	128/80
151-155	89/50	90-93/51-54	94-118/55-76	119-122/77-79	123/80
156-160	90/50	91-92/51-56	93-121/57-79	122-123/79-80	124/80
161-165	97/57	97-98/57-58	98-124/58-79	125-130/80-81	131/82

Нива на АН споредвъзрастта при 90-ти персантил за ръст за определяне степента на хипертонията

	САН mmHg			*ДАН mmHg*		
възраст	*90-ти персантил*	*95-ти персантил*	*99-ти персантил*	*90-ти персантил*	*95-ти персантил*	*99-ти персантил*

1 год.	102	106	113	53	58	66
2 год.	105	109	117	58	63	71
3 год.	108	112	119	63	67	75
4 год.	110	114	121	66	71	78
5 год.	111	115	123	69	74	81
6 год.	113	117	124	72	76	84
7 год.	114	118	125	74	78	86
8 год.	115	119	127	75	79	87
9 год.	117	121	128	76	81	88
10 год.	119	122	130	77	81	89
11 год.	120	124	132	78	82	90
12 год.	123	127	134	78	82	90
13 год.	125	129	136	79	83	91
14 год.	128	132	139	79	84	92
15 год.	130	134	142	80	85	93
16 год.	133	137	144	82	86	94
17 год.	135	139	146	84	88	96

Лечението на АХ зависи от степента на хипертонията и промените в таргетните органи при:

I степен АХ (Р95 – Р99) – хигиенно- диетичен режим или монотерапия.

I степен АХ с наличие на симптоматика, промени в таргетните органи и съчетание със захарен диабет I или II тип – хигиенно-диетичен режим и монотерапия.

Употреба на един от хипотензивните препарати, най-подходящи в детска възраст:

Бета-блокери - пропранолол или атенолол в малки до умерени дози. Никога не се прекъсват рязко. Неподходящи при астматици, хиперхолестеролемия, захарен диабет и ритъмно-проводни нарушения (синусова брадикардия и атриовентрикуларни блокове).

АСЕ-инхибитори - II и III поколение - подходящи при ренопаренхимни АХ, ПАХ и при съпътстваща захарна болест първи тип. Неподходящи при стеноза на единствена бъбречна артерия или двустранна стеноза на бъбречните артерии.

Калциеви антагонисти –никардипин, нифедипин с пролонгирано действие и дилтиазем - подходящи за всякакъв тип АХ.

Централни симпатикусовиагонисти- клонидин- подходящ при високостепенни и неповлияващи се от други медикаменти АХ.

Алфа 1-блокери - празозин, доксазозинмезилат- при високостепенна АХ.

Диуретици – при затлъстявани или в комбинация с хипотензивен препарат

II степен АХ (над Р99) - комбинация от два или повече хипотензивни препарата, симптоматично лечение при вторична хипертония.

ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ХИПЕРТОНИЧНА КРИЗА

Дефиниция

Хипертоничната криза е състояние на рязко и внезапно покачване на артериалното налягане с не по-малко от 25 % от предхождащо средно артериално налягане, с наличие на субективни оплаквания от: главоболие, гадене, повръщане, зрителни нарушения, болки в сърдечната област, задух, нарушения в съзнанието, гърчове, кома.

Поведение

I. Терапевтичен подход – незабавен.

II. Диагностичен подход - на втори план.

Терапевтичен подход

Незаплашващи живота(леки)	Заплашващи живота(тежки)
Няма промени в таргетни органи (ЕКГ, очни дъна, урина) - без отклонения	Има промени в таргетни органи (ЕКГ, очни дъна, урина) - наличие на патологични изменения
Перорално: 1. Captopril 2. Nifedipin - depot 3. Бензодиазепини 4. Clonidin	Парентерално - Enalaprilat - Natriumnitroprusside - Nitroglycerin - Labetalol - Furosemide - Diazoxide -Мониториране на АН, ЕКГ, дишане

Особености:

- при мозъчен кръвоизлив не се дава нифедипин;

- при хипертонична криза с белодробен оток не се дава β-блокер; подходящ е фуроземид.

Скорост на снижение на АН:

- първите 2 часа - понижение с 25 % на средното артериално налягане(АН) в сравнение с изходното;

- следващите 22 часа - понижение с още 25% от средното АН в сравнение с изходното;

- следващия втори ден - останалите 50% от средното АН.

Не се цели нормализиране на АН веднага.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната картина, динамиката на АН, лабораторните изследвания, електрокардиограмата, ехокардиографията и инструменталните изследвания на отделителната система.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- овладяване на клиничната симптоматика и оптимизиране стойностите на АН;
- уточняване наличие на подлежащо заболяване;
- определяне на хигиенно-диетичния режим и терапевтичната схема.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1.ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ №4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Повишеното кръвно налягане се среща не само у възрастните, а и при децата.

То може да бъде временно повишенои/или да бъде начало на хипертонична болест, която ще се изяви по-късно в живота. То може да се дължи в някои от случаите на сериозно заболяване: бъбречно, сърдечно, ендокринно, нервно или на някои от отравянията. Повишен риск от развитие на високо кръвно налягане имат децата на родители с хипертонична болест и исхемична болест на сърцето.

Децата с временно или трайно повишение на кръвното налягане са обикновено видимо здрави, в добро общо състояние, без оплаквания. Тяхното откриване в повечето случаи става при профилактичен преглед.

Това невинно на пръв поглед отклонение в кръвното налягане у децата може да доведе до сериозни сърдечно-съдови заболявания по-късно в живота, затова е необходимо от рано да се вземат мерки за откриването му.

Медикаментозното лечение се определя само от лекар! Вземането на лекарства по съвети на близки, лекувани за хипертония, носи рискове и е абсолютно забранено.

Какво трябва да се направи за ранното диагностициране на ПАХ (първична артериална хипертония) у Вашето дете?

Артериалните хипертонии протичат безсимптомно или малосимптомно в детската възраст. Ето защо Вашият личен лекар или детски лекар трябва ежегодно един път в годината да измерва артериалното налягане на Вашето дете. При предшестващи прекарани заболявания на бъбреците, сърцето, ендокринните жлези или ставите, е подходящо целенасочено да се измерва и АН при контролните прегледи. При наличие на оплаквания от често главоболие, кръвотечение от носа, болки в сърдечната област и наднормено тегло също е необходимо измерване на АН по време на оплакванията. Ако във Вашите фамилии (родове) има много роднини с високо кръвно налягане, мозъчни сърдечни удари, е добре Вие самите да потърсите личния си лекар да измери кръвното налягане. При установяване на повишено кръвно налягане, детето Ви трябва да бъде консултирано с детски лекар и детски кардиолог. При задържане на повишено кръвно налягане е необходимо постъпване в детска кардиологична клиника.

Защо е необходимо постъпването на Вашето дете?

В болницата се извършва измерване на кръвното налягане 3 дни подред, през 3 часа през деня. Така се дава възможност за характеризиране на вида на хипертонията и дали тя е резултат на семейната Ви предразположеност към високо кръвно налягане или е резултат от някакво друго заболяване на бъбреците, сърцето или жлезите с вътрешна секреция. Едновременно с проследяването на кръвното налягане, ще бъдат извършени и други изследвания на кръвта и урината, които ще потвърдят или отхвърлят наличието на друго заболяване, свързано с високото кръвно налягане.

Вземането на кръв от вената се прави с еднократни игли и спринцовки и не е опасно за здравето. Ще бъдат проведени и изследвания с ултразвукови апарати на бъбреците, сърцето и жлезите. Трябва да знаете, че изследването с ултразвук е напълно безвредно за човешкия организъм. При необходимост ще бъдат проведени и рентгенови изследвания, при които се употребяват безвредни дози на рентгеново облъчване.

В края на болничното изследване лекарят ще придобие цялостна картина за здравното състояние на Вашето дете и ще може да постави диагноза, свързана с повишеното кръвно налягане. Това ще позволи да се проведе най-правилното лечение. След изписването Вие ще трябва да провеждате редовни контролни прегледи при детския лекар или детския кардиолог на всеки три месеца.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното здравословно състояние на детето Ви.

КП № 35 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХИПОКСЕМИЧНИ СЪСТОЯНИЯ ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вродени аномалии на сърдечните камери и съобщителните отвори
Не включва: декстрокардия със situsinversus (Q89.3)
огледално разположение на предсърдията със situsinversus (Q89.3)

Q20.0 Общ артериален трункус
Персистиращtruncusarteriosus

Q20.1 Удвоен изходен отвор на дясната камера
Синдром на Taussig-Bing

Q20.2 Удвоен изходен отвор на лявата камера

Q20.3 Дискордантно свързване на камерите с артериите
Декстропозиция на аортата
Транспозиция на големите съдове (пълна)

Q20.4 Удвоен камерен входен отвор
Обща камера
Трикамерно двупредсърдно сърце
Единична камера

Q20.5 Дискордантнопредсърднокамерно свързване
Коригирана транспозиция
Лявотранспозиция
Камерна инверсия

Q20.6 Изомерия на предсърдните уши
Изомерия на предсърдните уши с аспления или полиспления

Q20.8 Други вродени аномалии на сърдечните камери и съобщителните отвори

Вродени аномалии на сърдечната преграда
Не включва: придобит сърдечен септален дефект (I51.0)

Q21.0 Междукамеренсептален дефект

Q21.1 Междупредсърденсептален дефект
Дефект на коронарния синус
Отворен или персистиращ:
- foramenovale
- ostiumsecundum дефект (тип II)

Дефект на sinusvenosus

Q21.2 Предсърднокамеренсептален дефект
Общ предсърднокамерен канал
Дефект на ендокардната възглавничка
Ostiumprimumатриосептален дефект (тип I)

Q21.3 Тетралогия на Fallot
Междукамеренсептален дефект със стеноза или атрезия на белодробната артерия, декстропозиция на аортата и хипертрофия на дясната камера.

Q21.4 Аортопулмоналенсептален дефект
Аортенсептален дефект
Аортопулмонален прозорец

Q21.8 Други вродени аномалии на сърдечната преграда
Синдром на Eisenmenger
Пенталогия на Fallot

Вродени аномалии на пулмоналната и трикуспидалнатакалапа

Q22.0 Атрезия на клапата на белодробната артерия

Q22.1 Вродена стеноза на клапата на белодробната артерия

Q22.2 Вродена инсуфициенция на клапата на белодробната артерия
Вродена регургитация на клапата на белодробната артерия

Q22.3 Други вродени аномалии на клапата на белодробната артерия
Вродена аномалия на клапата на белодробната артерия БДУ

Q22.4 Вродена стеноза на трикуспидалната клапа
Трикуспидалнаатрезия

Q22.5 Аномалия на Ebstein

Q22.6 Синдром на хипопластичното дясно сърце

Q22.8 Други вродени аномалии на трикуспидалната клапа

Други вродени аномалии на сърцето
Не включва: ендокарднафиброеластоза (I42.4)

Q24.0 Dextrocardia
Не включва: декстрокардия със situsinversus (Q89.3)
изомерия на предсърдното ухо (с аспления или полиспления) (Q20.6)
огледално разположение на предсърдията със situsinversus (Q89.3)

Q24.1 Laevocardia

Q24.2 Трипредсърдно сърце

Q24.3 Белодробна инфундибуларнастеноза

Q24.4 Вродена субаортнастеноза

Q24.5 Аномалия на коронарните съдове
Вродена коронарна (артериална) аневризма

Q24.6 Вроден сърдечен блок

Q24.8 Други уточнени вродени аномалии на сърцето
Вроден(-а):
- дивертикул на лявата камера
- аномалия на:
  - миокарда
  - перикарда

Неправилно положение на сърцето
Болест на Uhl

Вродени аномалии на големите артерии

Q25.2 Атрезия на аортата

Вродени аномалии на големите вени

Q26.2 Тотално аномално вливане на белодробните вени

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:

- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Друго измерване на дихателна функция

11503-10 Измерване на газова обмяна

Включва задължително следния медико-диагностичен пакет:
Електролити
Пълна кръвна картина
Чернодробни ензими
Желязо и ЖСК, КГА

1923 ХЕМАТОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 БИОХИМИЧНА ИЗСЛЕДВАНИЯ

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций

91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати– по преценка на лекуващия лекар

91910-36 Клинично-химични изследвания за Желязо

91910-37 Клинично-химични изследвания за ЖСК

91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди – по преценка на лекуващия лекар

91910-39 Клинично-химични изследвания за магнезий– по преценка на лекуващия лекар

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия	
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва:	хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва:	хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.** Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1858- Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока 1923 и 1924, с изключение на тези по преценка се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването: Включва задължително следния медико-диагностичен пакет: Електролити; Пълна кръвна картина; Чернодробни ензими; Желязо и ЖСК, КГА.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделениеот обхвата на медицинската специалност "Педиатрия" и "Детска кардиология", осъществявани най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по детски болести
2. Легла за интензивно лечение в клиника/отделение по детски болести
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по детска кардиология – минимум двама лекари със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология;

или

в детска клиника/отделение – трима лекари, от които двама със специалност по детски болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и консервативно лечение при:

- **деца с цианотични ВСМ в състояние на хипоксемична криза: артериална хипоксемия с ацидоза (pH под 7.30, BE под -5), налагащи корекция;**
- **новородени с цианотични ВСМ;**
- **деца с цианотични ВСМ и остро настъпили усложнения: съдово-мозъчен инцидент, мозъчен абсцес, венозна тромбоза;**
- **деца с неоперабилни цианотични ВСМ или с невъзможност за извършване на радикална корекция в краен стадий на артериална хипоксемия (SaO2 под 50 %).**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 час от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни пациенти - с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) - до 12 часа от началото на хоспитализацията).

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Цианотичните вродени кардиопатии най-често подлежат на оперативно лечение (помощна или радикална корекция), след уточняване на диагнозата. Често обаче се налага отлагане на специфични диагностични или терапевтични процедури, поради сложност на кардиопатията, допълнителни заболявания, остри инфекции, възраст на детето или възникнали усложнения.

При наличие на тежка артериална хипоксемия (хипоксемична криза) по спешност се поставя интравенозна линия, изследва се КАС и в зависимост от резултатите се провежда съответно лечение:

- кислородотерапия;
- корекция на ацидоза;
- прилагане на транквилизатори;
- антикоагуланти или антиагреганти – при нарушена хемостаза.

При наличие на анемия, същата се третира в зависимост от тежестта й (кръвопреливане, прилагане на железен препарат интравенозно или пер ос).

При пациенти с предхождаща операция и остро настъпила хипоксемия се правят допълнителни изследвания - рентген, ехография с доплер, скенер и други, за установяване на проходимост на анастомозата и отхвърляне на съпътстващи усложнения.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Диагнозата се поставя съобразно клиничната картина, ЕхоКГ и извършените лабораторни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Детето се дехоспитализира, когато в резултат на клиничното наблюдение и проведените терапевтични действия е настъпило стабилизиране на състоянието, коригирани са отклоненията от жизнените показатели и са овладени острите симптоми.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Честотата на **вродените сърдечни малформации (ВСМ)** е около 7% живородени деца. В около ¼ от случаите децата са с цианоза (посиняване) на кожата и лигавиците поради смесването на артериална и венозна кръв. Цианотичните ВСМ представляват разнообразна група от сложни, комплексни кардиопатии.

Ако имате дете с цианотична ВСМ то трябва да бъде настанено в специализирана детска клиника /отделение, където с помощта на съвременни изследвания ще се уточни вида на ВСМ и ще се определи понататъшното поведение. В първите дни от живота е важно да се прецени как детето ще се адаптира и ще понесе сложната вродена аномалия и дали ще се наложи още в тази възраст извършването на сложни изследвания и/или операция.

При отглеждането на детето у дома могат да настъпят усложнения, които налагат спешно приемане в болница. Такова състояние е *хипоксемичната криза*. Тя се дължи на остро намаляване на притока на кислород към мозъка, вследствие на физически усилия, неспокойствие остро заболяване. Децата стават с интензивно син цвят на кожата (засилва се цианозата), неспокойни, дишат шумно и учестено и не могат да бъдат успокоени по обичайния начин.

Ако настъпи такова състояние при Вашето дете, то по спешност трябва да бъде настанено в интензивно отделение. Там то ще остане без майка си. Ще се дадат медикаменти за успокояване, ще се направят специални кръвни изследвания, ще се постави система за венозно вливане на необходимите лекарства. След овладяване на острото състояние ще се уточни причината за възникването му. Вие трябва да контактувате с Вашия лекуващ лекар, който подробно ще Ви обясни вида на заболяването на Вашето дете и плана за поведение и лечение.

КП № 36 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БЕЛОДРОБЕН ТРОМБОЕМБОЛИЗЪМ БЕЗ ФИБРИНОЛИТИК

1. Минимален болничен престой – 4 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Белодробен емболизъм

Включва: белодробен(-на) (артериален)(венозен):
- инфаркт
- тромбоемболизъм
- тромбоза

I26.0 **Белодробнаемболиясъсспоменаване на остро белодробносърце**
Остро белодробносърце БДУ

I26.9 **Белодробнаемболия без споменаване на остро белодробносърце**
Белодробенемболизъм БДУ

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Томография

60100-00 Томография

Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966])
такава с:
- холецистография (58924-00 [1976])
- венозна пиелография (58706-00 [1978])

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Дуплекс ултразвук на други съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места
Дуплекс ултразвук на съдове БДУ
Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

Ултразвук на други места

90908-00 Ултразвук на друго място

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

Включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания:
Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, аРТТ;
Биохимични изследвания – чернодробни ензими, креатинин, кръвна захар, фибриноген; КК, тропонин I;
D – димер тест – по преценка

1923 ХЕМАТОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (АРТТ)

91910-11 Изследване на фибриноген

1924 БИОХИМИЧНА ИЗСЛЕДВАНИЯ

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-28 Креатинкиназа (КК)

1934 Други лабораторни изследвания

91911-02 Количествено изследване на тропонин I

91911-04 Изследване на D – димер тест – по преценка

Изследване на белодробна перфузия или вентилация

Включва: планарен образ
компютър томография с единична фотонна емисия [SPECT]

61328-00 Изследване на белодробна перфузия

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължителнопозитивноналяганеприобдишване [CPAP] с ендотрахеалнатръба – трахеостомия
Променливазадължителнавентилация [IMV]
Инвазивнавентилация
Механичнавентилация
Налягане с позитивенекспираторенкрай
Вентилация с подпомагащоналягане [PSV]
Синхроннапроменливазадължителнавентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистиранодишане
механичнавентилация с:
• ендотрахеалнатръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучванеенаинтубиран (ендотрахеалнатръба, трахеостомия) пациент с някакъвметод

Кодирайсъщокогато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Невключва: продължителнавентилация с негативноналягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливопозитивноналягане [IPPB] (вижблок [570])
вентилация с променливопозитивноналягане [IPPV] (вижблок [570])
неинвазивноподпомаганенадишане (вижблок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на

	химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант *Виж допълнителни знаци* *Кодирай също когато е направена:* • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва:* хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум четири основни диагностични процедури, от които задължително: (58500-00); (55113-00 или 55118-00); (13842-00), и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.** Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934 - Други лабораторни изследвания, се извършват и кодират необходимите кодове от блока, като същевременно се изпълнява изискването: Включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания: Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, аРТТ; Биохимични изследвания – чернодробни ензими, креатинин, кръвна захар, фибриноген; КК, тропонин I; D – димер тест – по преценка.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия" и "Детска кардиология", осъществявани най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по детски болести
2. КАИЛ/ОАИЛ или Легла за интензивно лечение към съответните клиники/отделения
3. Клинична лаборатория, с възможност за изследване на КГА и коагулация
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф
6. Кабинет по доплеровасонография на периферносъдове

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

-двама лекари със специалност по вътрешни болести, от които един със специалност по кардиология/ревмокардиология или един лекар със специалност по пневмология и фтизиатрия;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво:лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима със специалност по детски болести и поне един лекар със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология или лекар със специалност по детска пневмология и фтизиатрия;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво:лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За договориране на клиничната пътека, е необходимо лечебното заведение да разполага на територията си с **лекар, с опит и квалификация в областта на доплеровата сонография и съответната апаратура**.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика на пациенти със:

- масивна форма на белодробен тромбоемболизъм, протичаща със синдромите на ОДН и остро белодробно сърце;
- немасивна и субмасивна форма на БТЕ - със или без белодробен инфаркт;
- рецидивиращ БТЕ с данни за нов рецидив;
- антикоагулантно лечение без приложение на фибринолитик.

5б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 час от началото на хоспитализацията, а при болни със съмнение за остър коронарен синдром до 10-тата минута от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография при хемодинамично стабилни болни се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни болни - с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) - до 12 часа от началото на хоспитализацията).

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ НА ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА Е СЪОБРАЗНО ПРИЕТ КОНСЕНСУС НА БЪЛГАРСКОТО ДРУЖЕСТВО ПО БЕЛОДРОБНИ БОЛЕСТИ И БЪЛГАРСКОТО НАЦИОНАЛНО ДРУЖЕСТВО ПО КАРДИОЛОГИЯ

Немасивна и субмасивнаи рецидивиращи форми на БТЕ

Антикоагулантна терапия с хепарин, начален болус 80 U/kg, (5000 – 10 000 U), с последващаинфузия на 18 U/kg/час, контрол на аПТТ след 6 часа. Дозата се коригира така, че да се постигне удължаване на аПТТ 1.5 – 2.5 пъти. След седмия ден се оставя само кумаринов препарат. Тези стойности се поддържат в хода на системната антикоагулация, която продължава 6-9 и повече месеца, ако се касае за рецидив или не могат да се отстранят предразполагащите фактори, довели до емболизма.

Алтернатива на венозния хепарин са фракционированитехепарини (със съответната регистрация в ИАЛ) – двукратно дневно, с предимството, че не се изисква лабораторен контрол или подкожен хепарин, който обаче налага лабораторен контрол. Показани са при не-масивна БТЕ.

При рецидиви, дължащи се на периферна дълбока венозна тромбоза, се прилагат механични средства, имплантирани във вена кава, както и в случаите на противопоказания за антикоагулантно лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

На базата на клиничната картина и проведените лабораторни и инструментални изследвания **при задължително изпълнение на някой от следните критерии:**

- остро развитие на диспнея/тахипнея, плеврална болка и артериална хипоксемия, със или без кръвохрачене или синкоп, в съчетание с ехокардиографски данни за деснокамерна дисфункция при документирани рискови фактори за БТЕ;

- липса на друго състояние (задължително условие), което да обясни клиничните прояви и промените в КГА, ЕКГ или ехокардиографските данни за деснокамернадисфункция;

- при липса на ехокардиографски данни за деснокамернадисфункция (немасивна форма на БТЕ) или за ДВТ от сонографията – перфузионнатасцинтиграфия на белите дробове с висока вероятност за БТЕ е основание за диагнозата.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- установяване на топичната и по възможност на етиологичната диагноза;
- стабилизиране на общото състояние;
- овладяна клинична симптоматика и при възможност уточнена причина;
- оптимизирана терапия.

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография, остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Белодробният тромбемболизъм е остро запушване на част от артериите на белия дроб с тромб или ембол, който най-често изхожда от тромбоза (запушване) на дълбоките вени на долни крайници. Белодробният тромбемболизъм е сериозно заболяване, което причинява увреждане на участъка от белия дроб с нарушено кръвоснабдяване (белодробен инфаркт), недостатъчно ниво на кислорода в кръвта и увреди на други органи и системи поради намаление на кислородната доставка в тях. Ако белодробната тромбемболия засегне големи съдове на белия дроб, съществува реална опасност за Вашия живот.

Постъпването в болнично заведение при всички форми на белодробна емболия по спешност е наложително. Там най-вероятно ще Ви приложат лекарства чрез венознаканюла, ще Ви вземат кръв за изследване, вкл. артериална, ще Ви се направи рентгенов преглед и ЕКГ, ще се наложи кислородотерапия, вероятно щепоследватдопълнителнилечебни и диагностични действия. Болестта изисква прилагане на противосъсирващи препарати в постоянни вливания, спазване на постелен режим и осигуряванена дефекация без усилия. Ако сте имали в миналото кръвоизливи от храносмилателната система, уведомете лекуващия Ви лекар незабавно.

В някои случаи се прилага фибринолитична терапия – венозно лекарство, което „разтваря" наличните тромби и намалява шанса за нови епизоди на белодробен тромбемболизъм. Приложението му е свързано с повишен риск от кървене, има строги противопоказания и налага чест лабораторен контрол на показателите на кръвосъсирването.

При тежка дихателна недостатъчност може да се наложи интубация (поставяне на тръба в трахеята) и изкуствена вентилация за няколко дни. Често се налага антибиотично лечение.

След изписването Вие ще продължите да бъдете лекувани от домашния лекар, кардиолог, пулмолог и при необходимост - съдов хирург. Прилагането на антикоагуланти е обичайно при такова заболяване, то е продължително - от 9 месеца до години наред и изисква контрол на протромбиновото време или индекс. Винаги, когато включвате нови медикаменти по повод други заболявания, съобщавайте на лекарите за приема им, поради възможни лекарствени взаимодействия. Системният и добре дозиран антикоагулант ще Ви предпази от нови пристъпи на белодробен тромбемболизъм.

По-подробна информация за Вашето заболяване ще получите от лекуващия си екип.

КП № 37 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БЕЛОДРОБЕН ТРОМБОЕМБОЛИЗЪМ С ФИБРИНОЛИТИК

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Белодробен емболизъм

Включва: белодробен(-на) (артериален)(венозен):
- инфаркт
- тромбоемболизъм
- тромбоза

I26.0 **Белодробна емболия със споменаване на остро белодробно сърце**
Остро белодробно сърце БДУ

I26.9 **Белодробна емболия без споменаване на остро белодробно сърце**
Белодробен емболизъм БДУ

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Томография

60100-00 Томография

Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966])
такава с:
- холецистография (58924-00 [1976])
- венозна пиелография (58706-00 [1978])

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

Дуплекс ултразвук на други съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места
Дуплекс ултразвук на съдове БДУ
Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

Ултразвук на други места

90908-00 Ултразвук на друго място

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

Включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания:
Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, аРТТ;
Биохимични изследвания – чернодробни ензими, креатинин, кръвна захар, фибриноген; КК, тропонин I;
D – димер тест – по преценка

1923 ХЕМАТОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите– по преценка на лекуващия лекар

91910-08 Изследване на време на кървене

91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

91910-11 Изследване на фибриноген

1924 БИОХИМИЧНА ИЗСЛЕДВАНИЯ

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

1934 Други лабораторни изследвания

91911-02 Количествено изследване на тропонин I

91911-04 Изследване на D – димер тест - по преценка

Изследване на белодробна перфузия или вентилация

Включва: планарен образ
компютър томография с единична фотонна емисия [SPECT]

61328-00 Изследване на белодробна перфузия

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължителнопозитивноналяганеприобдишване [CPAP] с ендотрахеалнатръба – трахеостомия
Променливазадължителнавентилация [IMV]
Инвазивнавентилация
Механичнавентилация
Налягане с позитивенекспираторенкрай
Вентилация с подпомагащоналягане [PSV]
Синхроннапроменливазадължителнавентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистиранодишане
механичнавентилация с:
• ендотрахеалнатръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучваненаинтубиран (ендотрахеалнатръба, трахеостомия) пациент с някакъвметод

Кодирайсъщокогато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Невключва: продължителнавентилация с негативноналягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливопозитивноналягане [IPPB] (вижблок [570])
вентилация с променливопозитивноналягане [IPPV] (вижблок [570])
неинвазивноподпомаганенадишане (вижблок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент

Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум четири основни диагностични, от които задължително: (58500-00); (55113-00 или 55118-00); (13842-00) и две основни терапевтични процедури, от които задължително се провежда процедура с код (96199-01), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.** Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания, 1924 – Биохимични изследвания и 1934- Други лабораторни изследвания – 91911-04 по преценка, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока 1923 и 1924 и 91911-02 се считат за една основна диагностична процедура, като същевременно се изпълнява изискването: Включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания: Хематологични изследвания – хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, аРТТ; Биохимични изследвания – чернодробни ензими, креатинин, кръвна захар, фибриноген; КК, тропонин I; D – димер тест – по преценка.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия" и "Детска кардиология", осъществявани най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология или Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по детски болести
2. КАИЛ/ОАИЛ или Легла за интензивно лечение към съответните клиники/отделения
3. Клинична лаборатория, с възможност за изследване на КГА и коагулация
4. Образна диагностика
5. Звено за неинвазивна диагностика – ехокардиограф
6. Кабинет по доплерова сонография на периферни съдове

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

-двама лекари със специалност по вътрешни болести, от които един със специалност по кардиология/ревмокардиология или един лекар със специалност по пневмология и фтизиатрия;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение-

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво:лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в детска клиника/отделение – четирима със специалност по детски болести и поне един лекар със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология или лекар със специалност по детска пневмология и фтизиатрия;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

За извършване на ехокардиография на базово ниво:лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За договориране на клиничната пътека, е необходимо лечебното заведение да разполага на територията си с **лекар с опит и квалификация в областта на доплеровата сонография и съответната апаратура**.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика при пациенти със:
   - масивна форма на белодробен тромбемболизъм, протичаща със синдромите на ОДН и остро белодробно сърце;
   - болни с другите форми на БТЕ - със или без белодробен инфаркт;
   - рецидивиращ БТЕ в тласък.
2. Консервативно лечение, в т. ч.:
   - фибринолитично лечение с тъканен плазминоген активатор/фибрин неспецифичен фибринолитик на масивна форма на БТЕ - с кардиогенен шок или хипотония (АН под 90/60 или спад на АН с над 40 мм Hg за систолното АН за повече от 15 минути, което не е причинено от аритмия, хиповолемия или сепсис) при липса на контраиндикации.

5б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 12 час от началото на хоспитализацията. ЕКГ се извършва до 2 час от началото на хоспитализацията, а при болни със съмнение за остър коронарен синдром до 10-тата минута от началото на хоспитализацията.

Ехокардиография при хемодинамично стабилни болни се извършва в рамките на болничния престой, а при хемодинамично нестабилни болни - с хипотония, остра сърдечна недостатъчност (хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна) - до 12 часа от началото на хоспитализацията).

Контролни ЕКГ се извършват при необходимост по време на престоя (след коронарна интервенция, при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения) и при изписването.

Диагностично – лечебният алгоритъм на тази клинична пътека е съобразно приет консенсус на българското дружество по белодробни болести и българското национално дружество по кардиология.

Лечебен алгоритъм при масивна форма на БТЕ

Фибринолиза при липса на контраиндикации ⇓	следят се фибриноген-над 1гр/л, aPTT-над 70-100 сек, тромбоцитен брой .
t –PA -100mg/2ч. /болус-10мг, 90мг за 2ч./ ⇓	следят се ЕКГ+КГА+ЦВН+АН+СЧ+Диуреза
Добутамин 1-15 мкг/кг/мин при показания Допамин -5-15 γ/кг/мин – по показания	
Хепарин венозно 7 дни до удължаване на aPTT-1.5-2 пъти	

<u>Индикации за фибринолитична терапия при БТЕ</u>

Масивна форма на БТЕ – с кардиогенен шок или хипотония (АН под 90/60 или спад на АН с над 40 мм Hg за систолното АН за повече от 15 минути, което не е причинено от аритмия, хиповолемия или сепсис) при липса на контраиндикации.

Фишът за лечение с Фибринолитична терапия с тъканен плазминоген активатор /фибрин неспецифичен фибринолитик става неразделна част от ИЗ на пациента. Флаконите, употребени при лечение, да се съхраняват в клиниката или отделението до 1 година и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП № .....

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:.....

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №:☐☐☐☐

ЛЕЧЕНИЕ с Фибринолитична терапия с тъканен плазминоген активатор /фибрин неспецифичен фибринолитик – фабричен № на флакона.....	
Индикации	**Контраиндикации**

Белодробен инфаркт и рецидивиращи форми на БТЕ

Антикоагулантна терапия с хепарин, начален болус 80 U/kg, (5000 – 10 000 U), с последващаинфузия на 18 U/kg/час (макс. 1200 U/час), контрол на аПТТ след 4-6 часа. Дозата се коригира така, че да се постигне удължаване на аПТТ 1.5 - 2.0 пъти. След седмия ден се оставя само кумаринов препарат. Пероралните антикоагуланти се започват още на 2-я ден (4мг дневно), цели се поне 5 -дневно постигане на ИНР 2-3. Тези стойности се поддържат в хода на системната антикоагулация, която продължава 6-9 и повече месеца, ако се касае за рецидив или не могат да се отстранят предразполагащите фактори, довели до емболизма.

Алтернатива на венозния хепарин са фракционированитехепарини (със съответната регистрация в ИАЛ) - двукратно дневно, с предимството, че не се изисква лабораторен контрол или подкожен хепарин, който обаче налага лабораторен контрол. Показани са при симптоматична **немасивна** БТЕ.

При рецидиви, дължащи се на периферна дълбока венозна тромбоза, се прилагат механични средства, имплантирани във вена кава, както и в случаите на противопоказания за антикоагулантно лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на клиничната картина и проведените лабораторни и инструментални изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- **установяване на топичната и по възможност на етиологичната диагноза;**
- **стабилизиране на общото състояние;**
- **овладяна клинична симптоматика и при възможност уточнена причина;**
- **оптимизирана терапия.**

Протоколът от извършеното ехокардиографско изследване се подписва от специалист по кардиология/ревмокардиология/детска кардиология/детска ревмокардиология, с квалификация в областта на ехокардиографията, притежаващ свидетелство за професионална квалификация по ехокардиография, остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1.ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФИШ ЗА ЛЕЧЕНИЕ С АКТИВАТОР НА ТЪКАННИЯ ПЛАЗМИНОГЕН ИЛИ ФИБРИН-НЕСПЕЦИФИЧЕН ФИБРИНОЛИТИК.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Белодробният тромбемболизъм е остро запушване на част от артериите на белия дроб с тромб или ембол, който най-често изхожда от тромбоза (запушване) на дълбоките вени на долни крайници. Белодробният тромбемболизъм е сериозно заболяване, което причинява увреждане на участъка от белия дроб с нарушено кръвоснабдяване (белодробен инфаркт), недостатъчно ниво на кислорода в кръвта и увреди на други органи и системи поради намаление на кислородната доставка в тях. Ако белодробната тромбемболия засегне големи съдове на белия дроб, съществува реална опасност за Вашия живот.

Постъпването в болнично заведение при всички форми на белодробна емболия по спешност е наложително. Там най-вероятно ще Ви приложат лекарства чрез венозна канюла, ще Ви вземат кръв за изследване, вкл. артериална, ще Ви се направи рентгенов преглед и ЕКГ, ще се наложи кислородотерапия, вероятно ще последват допълнителни лечебни и диагностични действия.

Болестта изисква прилагане на противосъсирващи препарати в постоянни вливания, спазване на постелен режим и осигуряване на дефекация без усилия. Ако сте имали в миналото кръвоизливи от храносмилателната ситема, уведомете лекуващия Ви лекар незабавно.

В някои случаи се прилага фибринолитична терапия – венозно лекарство, което „разтваря" наличните тромби и намалява шанса за нови епизоди на белодробен тромбемболизъм. Приложението му е свързано с повишен риск от кървене, има строги противопоказания и налага чест лабораторен контрол на показателите на кръвосъсирването.

При тежка дихателна недостатъчност може да се наложи интубация (поставяне на тръба в трахеята) и изкуствена вентилация за няколко дни. Често се налага антибиотично лечение.

След изписването Вие ще продължите да бъдете лекувани от домашния лекар, кардиолог, пулмолог и при необходимост - съдов хирург. Прилагането на антикоагуланти е обичайно при такова заболяване, то е продължително - от 9 месеца до години наред и изисква контрол на протромбиновото време или индекс. Винаги, когато включвате нови медикаменти по повод други заболявания, съобщавайте на лекарите за приема им, поради възможни лекарствени взаимодействия. Системният и добре дозиран антикоагулант ще Ви предпази от нови пристъпи на белодробен тромбемболизъм.

По-подробна информация за Вашето заболяване ще получите от лекуващия си екип.

КП № 38
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ – ОСТРА ЕКЗАЦЕРБАЦИЯ

1.Минимален болничен престой за лица над 18 години - 5 дни
1.Минимален болничен престой за лица под 18 години - 6 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Емфизем

Не включва: емфизем:
компенсаторен (J98.3)
предизвикан от химични агенти, газове, дим и пàри (J68.4)
интерстициален (J98.2)
медиастинален (J98.2)
хирургичен (подкожен) (T81.8)
траматичен подкожен (T79.7)
с хроничен (обструктивен) бронхит (J44.—)
емфизематозен (обструктивен) бронхит (J44.—)

J43.0 Синдром на MacLeod
Едностранен:
емфизем
прозрачност на белия дроб

J43.1 Панлобуларен емфизем
Панацинозен емфизем

J43.2 Центрилобуларен емфизем

J43.8 Друг емфизем

Друга хронична обструктивна белодробна болест

Включва: хроничен(-ни):
- бронхит:
- астматичен (обструктивен)
- емфизематозен

с:
- обструкция на дихателните пътища
- емфизем •

обструктивни:
- астма;
- бронхит; •
- трахеобронхит

Не включва: астма (J45.—)
астматичен бронхит БДУ (J45.9)
бронхоектазия (J47)
хроничен:
бронхит:
БДУ (J42)
обикновен и слузно-гноен (J41)
трахеит (J42)
трахеобронхит (J42)
емфизем (J43)

J44.0 Хронична обструктивна белодробна болест с остра респираторна инфекция на долните дихателни пътища

Не включва: с грип (J10—J11)

J44.1 Хронична обструктивна белодробна болест с обостряне,

J44.8 Друга уточнена хронична обструктивна белодробна болест
Хроничен бронхит:
астматичен (обструктивен)
обструктивен

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1951 Томография

60100-00 Томография
Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966]) такава с:
- холецистография (58924-00 [1976])
- венозна пиелография (58706-00 [1978

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
Диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
гръдна кост (58521-00 [1972])
гръден вход (58509-00 [1974])
трахея (58509-00 [1974])

58506-00 Рентгенография на гръден кош с флуороскопски скрининг
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

11500-00 Бронхоспирометрия

Друга електрокардиография [ЕКГ]

ДРУГА ЕЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ [ЕКГ]
11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност

Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система
92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
Приложение на фармакотерапия
96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които задължителни са: хематологични изследвания (91910-04, 91910-05, 91910-07, 13311-00), 58500-00, 11500-00 (при деца над 9 /девет/ години) или 11506-00 и две основни терапевтични процедури, едната задължително 92043-00, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Процедура с код 13842-01 е задължителна като четвърта диагностична процедура за лица над 18 години само при стойност на ФЕО 1 под 50 % от предвиденото.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана в съответствие с изискванията на най-малко второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с горепосочените медицински стандарти.

Лечението на ХОББ може да се осъществява и в Специализирани болници по белодробни болести.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура

1.Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по педиатрия
2. Рентгенов апарат за скопия и графия Отделение по образна диагностика
3. Лаборатория за ФИД (спирометрия)
4. Клинична лаборатория II ниво на компетентност с възможност за КГА
5. Легла за интензивно лечение

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4б.НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ..

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия II-ро ниво на компетентност - двама лекари със специалност по пневмология и фтизиатрия или в клиника/отделение по вътрешни болести II-ро ниво - при наличие на лекар със специалност пневмология и фтизиатрия;
- лекар със специалност по клинична лаборатория; - лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

Клиника/ отделение по педиатрия

I ниво на компетентност - двама лекари, от които единият със специалност педиатрия

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия или детска пневмология и фтизиатрия или четирима лекари, от които един лекар със специалност педиатрия и един със специалност детска пневмология и фтизиатрия

III ниво на компетентност – шестима лекари, от които пет със специалност **Неонатология** - за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането

I ниво на компетентност – легла в родилна зала, на които не се лекуват деца II ниво на компетентност – се изисква минимум един лекар с придобита специалност по педиатрия и квалификация по неонатология или с придобита специалност по неонатология

III ниво на компетентност – шест лекари, от които минимум трима лекари със специалност по неонатология

Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия

I ниво на компетентност - няма първо ниво

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия или четирима лекари, от които двама лекари със специалност детска пневмология или четирима лекари, от които един лекар със специалност детска пневмологияи фтизиатрия и един лекар със специалност по педиатрия

III ниво на компетентност – четирима лекари, от които поне двама с пневмология и фтизиатрия, а останалите - със специалност педиатрия - лекар със специалност по клинична лаборатория; - лекар със специалност по образна диагностика.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на пациенти с:

1. хронична обструктивна белодробна болест в детска възраст;

2. “тежка” екзацербация на хронична обструктивна белодробна болест при възраст над 18 години: дихателна честота >25/мин; сърдечна честота >110/мин; влошаваща се артериална хипоксемия (PaO2 <50 mmHg), въпреки кислородотерапия; нарастваща хиперкапния (PaCO2 > 70 mmHg) и ацидемия (pH < 7.30); участие на допълнителната дихателна мускулатура;

3. необходимост от активно лечение на ХОББ при наличие на поне две индикации: неповлияваща се или прогресираща симптоматика (въпреки амбулаторното лечение); новопоявила се или задълбочаваща се хипоксемия (PaO2 <70 mm Hg); възникнала или задълбочаваща се хиперкапния; развитие или прогресия на прояви във връзка с белодробно сърце, неповлияващи се при извънболнично лечение; обостряния на хроничния процес при вродени бронхо-белодробни заболявания;

4. необходимост от интензивно лечение на ХОББ при наличие на поне две индикации: тежка диспнея, неповлияна от терапията на предишните етапи; продължаваща/прогресираща хипоксемия, въпреки провеждана кислородотерапия; необходимост от механична вентилация (с ендотрахеална интубация или неинвазивни методики).

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Пациентите се хоспитализират при едновременно наличие на поне две индикации.

Индикации за хоспитализация в пневмологично/вътрешно отделение или невмологична детска клиника/отделение:

неповлияваща се или прогресираща симптоматика (въпреки амбулаторното лечение); новопоявила се или задълбочаваща се хипоксемия (PaO_2 <70 mm Hg); възникнала или задълбочаваща се хиперкапния; развитие или прогресия на прояви във връзка с белодробно сърце, неповлияващи се
при извънболнично лечение; обостряния на хроничния процес при вродени бронхо-белодробни заболявания.

Индикации за интензивно лечение при едновременно наличие на поне две индикации.:

тежка диспнея, неповлияна от терапията на предишните етапи; продължаваща/прогресираща хипоксемия, въпреки провеждана кислородотерапия; необходимост от механична вентилация (с ендотрахеална интубация или неинвазивни
методики).

Критерии за “тежка” екзацербация на хронична обструктивна белодробна болест при възраст над 18 години: дихателна честота >25/мин; сърдечна честота >110/мин; влошаваща се артериална хипоксемия (PaO2 <50 mmHg), въпреки кислородотерапия; нарастваща хиперкапния (PaCO2 > 70 mmHg) и ацидемия (pH < 7.30); участие на допълнителната дихателна мускулатура.

Всички болни, отговарящи на посочените индикации или с критерии за тежка екзацербация, подлежат на неотложна хоспитализация за започване и провеждане на необходимото лечение. При показания за лечение в специализирано отделение (пневмологично, интензивно) болните се насочват за хоспитализация съответно на действащите нормативни разпоредби.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

- вземане на биологичен материл за медико-диагностични изследвания (вкл. и КГА) се извършва до 24 часа от приемането;
- спирометрия – при приемането (когато състоянието на болния позволява) и при дехоспитализацията;
- в случай, че лечебното заведение назначава рентгенография, същата трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Тежестта на състоянието се обективизира с КГА. При установяване на абнормени стойности се извършват контролни изследвания на КГА. Всички медико – биологични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ ПРИ ВЪЗРАСТНИ (лица над 18 години):

Бронходилататори:

Инхалаторна терапия:

ß2-антагонисти с бързо действие и холинолитици: инхалаторно приложение на всеки 23 часа първия ден, с тенденция за намаляване честотата (6 - 8 часови интервали) – след 3 – я ден от хоспитализацията.

Кортикостероиди:

а) венозно; след стабилизиране - преминаване към пер ос.

Антимикробна терапия:

Началната антимикробна терапия е емпирична, насочена към най-чести причинители на бактериална екзацербация. Начинът на приложение зависи от тежестта на състоянието, за предпочитане е парентерален път в началото. Преоценява се задължително 72 - 96 часа по-късно; съобразява се при резултат от микробиологично изследване на храчка.

- ß-лактам + ß-лактамазен инхибитор;

- цефалоспорини II и III генерация;
- "респираторни" хинолони;
- при пневмония – подход според съответния стандартен протокол;

Кардиоактивни средства – както при лечение на сърдечна недостатъчност;

(вазодилататори, диуретици, повишено внимание при приложение на дигиталисови репарати); хепарин – за профилактика на тромбоемболични усложнения;

5 – 7.5 000 E s.c., 2 - 3 х дневно или нискомолекулен хепарин в съответната дозировка;

Допълнителна терапия (при показания, придружаващи болести и/или усложнения)

Кислородно лечение – при показания (PaO_2<60 mmHg). Цел - корекция на хипоксемията с постигане на $PaO_2 \geq$ 60mm Hg и $SatO_2 \geq$ 90% с допустимо покачване на $PaCO_2 \leq$10 mmHg и недопускане снижение на pH под 7.30.

ПРИНЦИПИ НА ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДЕЦА: антибактериална терапия; инхалаторна муколитична терапия; антиоксиданти; експекториращи средства; бронходилататори при необходимост; постурален дренаж.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на: типичното клинично протичане; резултатите от ФИД, КГА и рентгенография на гр. кош за изключване на алтернативни

диагнози

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

1. отзвучаване на симптомите и белезите на остра екзацербация;
2. употреба на бронходилататори не по-често от на 4 – 6 часа;
3. възможна е перорална терапия;
4. проведено обучение на болния (на родителите - при деца) за правилна употреба на медикаментите;
5. подобряване на параметрите на КГА и ФИД до оптималните стойности за конкретния случай;
6. възможност на болния да се обслужва сам или с помощта на близките.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ</u> НА <u>ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Както вече Ви е известно, Вие страдате от хронична обструктивна белодробна болест. Това е заболяване на дихателните пътища и белите дробове, като основно оплакване е затруднението в дишането. Това е хронично заболяване, което може да прогресира и да наложи приемането Ви по спешност в болница за лечение. Това е необходимо, защото с провежданото в домашни условия лечение не винаги може да се постигне желаният резултат.

Вашият лекар е преценил, че за по-нататъшното Ви лечение е необходимо да постъпите в болница, където ще бъдете лекувани в условията на спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на белия Ви дроб.

През времетраенето на периода на лечение Вие ще трябва да провеждате назначеното Ви лечение, да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия Ви лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които счетете за важни.

Вашият престой в клиниката ще продължи до стабилизиране на състоянието Ви. Ще Ви бъдат извършвани различни изследвания, включително изследвания на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при

необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани преди съгласието Ви да бъдат извършени.

Вашето лечение ще включва лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), а ако се прецени за необходимо - антибиотик, кислород и др., за което ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалации, в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Ваши близки могат ежедневно да посещават клиниката, но е желателно посещенията при Вас да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с условията в отделението, където сте настанени и възможностите на лекуващия Ви екип.

Ние ще следим Вашето здравословно състояние в продължение на целия престой от деня, в който Ви приемем в болницата, докато състоянието Ви се подобри и стане възможно изписването Ви или Вие сам решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след Вашето постъпване в болницата?

Лекуващият Ви лекар ще Ви прегледа, разпита и ще назначи необходими изследвания, които до този момент не са направени преди настаняването Ви в отделението. Те могат да включват изследване на дишането, ЕКГ, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложи.

След първоначалната оценка ще Ви бъде назначено лечение със: средства, които разширяват бронхите, кислород, противовъзпалителни препарати, както и други медикаменти според състоянието Ви. Ако състоянието Ви не се подобри, влошавате се или изпитвате дихателна умора, може да се наложи провеждане на механично подпомагане на дишането.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по нататъшното Ви здравословно състояние.

Ако в течение на този престой имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията или правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, моля обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип. Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛИТЕ НА ДЕТЕ С ВРОДЕНО ЗАБОЛЯВАНЕ НА БРОНХО-БЕЛОДРОБНАТА СИСТЕМА И/ИЛИ ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ

Уважаеми родители,

Вашето дете е с вродено заболяване на бронхобелодробната система.

Вашият лекар е преценил, че за подобряване състоянието и изследване на Вашето дете, е необходимо то да постъпи в болница. Престоят на детето Ви ще продължи до стабилизиране на неговото състояние. Ще му бъдат извършени различни изследвания, включително функционално изследване на дишането (ФИД), кръвно-газов анализ, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белите дробове, както и други изследвания (при необходимост).

Лечението ще включва лекарства, които ще разширяват дихателните пътища, кортикостероиди, антибиотично лечение, кислородолечение и други терапевтични средства, за които ще бъдете предварително информирани и ще бъде взето съгласието Ви да бъдат извършени.

Детето може да се посещава само от двамата родители, които имат право на цялата информация за здравното му състояние. При развод, сведение получава само родителят, който юридически има права за грижи над детето. При наличие на дете, чийто родители нямат сключен брак, правата върху детето се установяват с едновременно писмено съгласие и данни за самоличност на родителите, отразено в история на заболяването.

Вие ежедневно можете да посещавате детето си в определено от лекуващия лекар време.

Сведение за състоянието на Вашето дете можете да получавате само от лекуващия го лекар.

Ние ще следим здравословното състояние на Вашето дете в продължение на целия престой - от деня на приемане до деня на изписване. След подобряване състоянието на детето Ви, то ще може да бъде изписано или Вие сами можете да решите да се откажете от болнично лечение, когато пожелаете.

КП № 39
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БРОНХОПНЕВМОНИЯ И БРОНХИОЛИТ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1.Минимален болничен престой – 6 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вирусна пневмония, некласифицирана другаде

Включва: бронхопневмония, причинена от други вируси, различни от вируса на грипа

Не включва: вроден пневмонит при рубеола (P35.0)
пневмония:
- аспирациона:
- БДУ (J69.0)
- при анестезия по време на:
- раждане и родоразрешаване (O74.0)
- бременност (O29.0)
- послеродов период (O89.0)
- неонатална (P24.9)
- при вдишване на твърди и течни вещества (J69.—)
- вродена (P23.0)
- при грип (J10.0, J11.0)
- интерстициална БДУ (J84.9)
- липоидна (J69.1)

J12.0 Аденовирусна пневмония
J12.1 Пневмония, причинена от респираторно синцитиален вирус
J12.2 Пневмония, причинена от вируса на парагрипа
J12.8 Друга вирусна пневмония
J13 Пневмония, причинена от *Streptococcus pneumoniae*
Бронхопневмония, причинена от *S. pneumoniae*
Не включва: вродена пневмония, причинена от *S. pneumoniae* (P23.6)
пневмония, причинена от други стрептококи (J15.3—J15.4)

J14 Пневмония, причинена от Haemophilus influenzae
Бронхопневмония, причинена от *H. influenzae*
Не включва: вродена пневмония, причинена от *H. influenzae* (P23.6)

Бактериална пневмония, некласифицирана другаде

Включва: бронхопневмония, причинена от други бактерии, различни от *S. pneumoniae* и *H. influenzae*
Не включва: пневмония, причинена от хламидии (J16.0)
вродена пневмония (P23.—)
болест на легионерите (A48.1)
J15.0 Пневмония, причинена от *Klebsiella pneumoniae*
J15.1 Пневмония, причинена от *Pseudomonas*
J15.2 Пневмония, причинена от стафилокок
J15.3 Пневмония, причинена от стрептокок група B
J15.4 Пневмония, причинена от други стрептококи
Не включва: пневмония, причинена от:
- стрептокок група B (J15.3)
- *Streptococcus pneumoniae* (J13)

J15.5 Пневмония, причинена от *Escherichia coli*
J15.6 Пневмония, причинана от други аеробни грам-отрицателни бактерии
Пневмония, причинена от *Serratia marcescens*
J15.7 Пневмония, причинена от *Mycoplasma pneumoniae*

J15.8 Други бактериални пневмонии
J15.9 Бактериална пневмония, неуточнена

Пневмония, причинена от други инфекциозни агенти, некласифицирана другаде
Не включва: орнитоза (A70)
пневмоцистоза (B59)
пневмония:
- БДУ (J18.9)
- вродена (P23.—)

J16.0 Пневмония, причинена от хламидии
J16.8 Пневмония, причинена от други уточнени инфекциозни агенти

Остър бронхиолит
Включва: с бронхоспазъм
J21.0 Остър бронхиолит, причинен от респираторно-синцитиален вирус
J21.9 Остър бронхиолит от друг причинител

U07.1 COVID-19, идентифициран вирус
Този код се използва, когато COVID-19 е потвърден чрез лабораторно изследване, независимо от тежестта на клиничните признаци или симптоми. При необходимост от идентифициране на пневмония или други прояви използвайте допълнителен код.
Не включва: коронавирусна инфекция, неуточнена локализация (B34.2)
коронавирус като причина за болести, класифицирани другаде (B97.2)
тежък остър респираторен синдром (SARS), неуточнен (U04.9)

U07.2 COVID-19, неидентифициран вирус
COVID-19 БДУ
Този код се използва, когато COVID-19 е диагностициран клинично или епидемиологично, но лабораторните изследвания са неубедителни или не са налични. При необходимост от идентифициране на пневмония или други прояви използвайте допълнителен код.
Не включва: коронавирусна инфекция, неуточнена локализация (B34.2)
COVID-19 потвърден чрез лабораторно изследване (U07.1)
специално скринингово изследване за откриване на други вирусни болести (Z11.5)
наблюдение при съмнение за други болести или състояния (Z03.8)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1960 Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош *Включва*: кост гръдна стена бял дроб медиастинум плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
корем (56301-01, 56307-01 [1957])
и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

Друга рентгенография на гръден кош

ДРУГА РЕНТГЕНОГРАФИЯ НА ГРЪДЕН КОШ

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
гръдна кост (58521-00 [1972])
гръден вход (58509-00 [1974])
трахея (58509-00 [1974])

Друго измерване на дихателна функция

ДРУГО ИЗМЕРВАНЕ НА ДИХАТЕЛНА ФУНКЦИЯ

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност
91937-01 Микроскопско изследване на кръв за култура

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

при вирусна пневмония едно от следните:
91903-00 Серологично изследване за Mycoplasma pneumoniae
91903-01 Серологично изследване за Бруцелоза IgM
91903-02 Серологично изследване за Borellia (Лаймска болест)
91903-03 Серологично изследване за Rickettsia conorii (Марсилска треска)
91903-04 Серологично изследване за Лептоспироза
91903-05 Серологично изследване за Coxiella burnetii (Q треска)
91903-06 Серологично изследване за Bordetella pertussis
91922-07 Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)

91903-07 Серологично изследване за респираторно-синцитиален вирус (RSV)
91903-08 Серологично изследване за грипен вирус А и Б
91903-09 Серологично изследване за ECHO вирус
92196-00 Серологично изследване за Coxackie virus
91941-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на друг инфекциозен причинител
91911-19 Други вирусологични изследвания

Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

92044-00 Друго кислородно обогатяване
1615
Каталитична кислородотерапия
Циторедуктивен ефект
Кислородотерапия
Оксигенатори
Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Клиничната пътека в частта си "**Пневмония**" се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, две от които са задължителни: 58500-00 и хематологични изследвания (91910-04, 91910-05, 91910-12, 91910-13, 91910-26, 91910-27, 91910-29), и две основни терапевтични процедури, от които едната задължително е 9619902, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

При диагнози U07.1 COVID-19 и U07.2 COVID-19 минималният болничен престой продължава до края на диагностично-лечебния процес или постигане на състояние „клинично здрав" за пациента и/или до края на въведения карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури

При кодиране на „**Вирусна пневмония"** в клиничната пътека се изисква задължително серологично изследване с код 91903-00/91903-01/91903-02/91903-03/91903-04/9190305/91903-06/91903-07/91903-08/91903-09/92196-00/91941-00/91922-07/91911-19 и пояснение „серология" към него.

Клиничната пътека в частта си **"Бронхиолит**" се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, (две от които задължително са 58500-00 и 11506-00 и три основни терапевтични процедури, (от които едната задължително е 9204300, посочени в блок **Кодове на основни процедури.**

При отчитане на заболяване „Вирусна пневмония“ или „Бронхиолит“, причинени от COVID-19 с код U07.1, изпълнителят задължително отчита и основна процедура с код ВСМД „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ (код 92191-00) или тест за откриване на антиген на SARS-CoV-2 (код 92191-01). Високоспециализираното медико – диагностично изследавне „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ може да бъде отчетено, независимо в кое лечебно заведение, определено със заповед на министъра на здравоепазването и има сключен договор с НЗОК е извършено.

Изисквания при обявена епидемична обстановка със заповед на министъра на здравеопазването по повод на **инфекция с COVID-19**:

1. пациенти с инфекция с COVID-19 се хоспитализират по една от следните клинични пътеки с № 39 или № 48 или № 104;
2. пациенти с бронхопневмония или бронхиолит предизвикана от COVID-19, се хоспитализират по клинична пътека № 39 или № 48;

2а. в случаите на положителен резултат при приемане за хоспитализация или по време на хоспитализация на пациент с бронхопневмония или бронхиолит, предизвикана от COVID-19, за доказване на заболяване с код U07.1, лечебното заведение задължително отчита ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19 (код 92191-00) или тест за откриване на антиген на SARS-CoV-2 (код 92191-01).

3. пациенти без бронхопневмония или бронхолит, но с инфекция от COVID-19 се хоспитализират по клинична пътека № 104;
4. в случай на издадена заповед от РЗИ за карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури се осъществява само по КП № 104;
5. лечебното заведение може да отчете само една от следните клинични пътеки с № 39 или № 48 или № 104 в рамките на същия отчетен период при лечението на пациент по повод на инфекция с COVID-19.

„При инфекция с COVID-19 основна процедура с код 56301-00 Компютърна томография на гръден кош, се извършва по преценка на лекуващия лекар, при спазване на следните критерии:

1. Конвенционалната рентгенография на белите дробове е достатъчна като първи метод на избор при лабораторно потвърдени пациенти със симптоматика от страна на дихателната система.
2. Компютърна томография на гръден кош се провежда при лабораторно потвърдени пациенти със симптоматика от страна на дихателната система и негативен/неубедителен резултат от конвенционалната рентгенография.
3. Конвенционална рентгенография на белите дробове е достатъчна при симптомни, лабораторно непотвърдени пациенти.
4. Компютърна томография на гръден кош се провежда при средно и тежко болни пациенти, показващи белези на усложнение. Като се има предвид високата вероятност за влошаване на бъбречната функция от приложението на йод-базирани контрастни материи, контраст- усилената КТ трябва да се преценява при анализ полза/риск. Контраст-усилените протоколи са показани при съмнение за БТЕ, системни емболии или хеморагии.“

4. <u>УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ</u> НА <u>ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ</u> НА <u>КЛИНИЧНАТА</u> <u>ПЪТЕКА</u>

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Пневмология и фтизиатрия“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пневмология и фтизиатрия”, медицинската специалност „Вътрешни болести“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Вътрешни болести” .

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с горепосочените медицински стандарти.

Допуска се ЛЗБП от I ниво да има сключен договор с микробиологична лаборатория на територията на областта. Допускат се легла за интензивно лечение към съответните структури (отделение/клиника) в ЛЗБП.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение по пневмология и фтизиатрия или Отделение по вътрешни болести
2. Рентгенов апарат за скопия и графия Отделение по образна диагностика
3. Кабинет за ФИД (спирометрия)
4. Клинична лаборатория
5. Легла за интензивно лечение в отделението/клиниката

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Вирусологична лаборатория
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

За провеждане на ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ по време на въведените от министъра на здравеопазването противоепидемични мерки на територията на цялата страна, лечебното заведение следва да е посочено в заповед на министъра на здравеопазването като изпълнител, съответно да има сключен договор с НЗОК.

В случай че лечебното заведение не е изпълнител на ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ по договор с НЗОК, е необходимо да представи договор с друго лечебно заведение, посочено в заповед на министъра на здравеопазването.

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ..

- в отделение по вътрешни болести I ниво - минимум един лекар със специалност пневмология и фтизиатрия или лекар със специалност по вътрешни болести за:
- кодове J15.8, J15.9 може да работи лекар със специалност по вътрешни болести с 5 години стаж (проведен в лечебно заведение за болнична помощ или диспансер) по специалността, ако на територията на общината липсва лечебно заведение, което да изпълнява тази клинична пътека;
- код U07.1 COVID-19, идентифициран вирус;

в отделение по Пневмология и фтизиатрия I ниво на компетентност – минимум един лекар със специалност по пневмология и фтизиатрия; - лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на пациенти над 18 години с бронхопневмония и бронхиолит при наличие на обективни клинични и параклинични данни за:

1.Тежка пневмония (честота на дишането >30 в минута при прегледа/постъпването; остра дихателна недостатъчност - дефинирана като PaO2/ FiO2 <250 mmHg; необходимост от механична вентилация; рентгенография, показваща двустранна локализация или ангажиране на множество лобове; увеличаване размера на засенчването (рентгенови изменения) с над 50% в първите 48 часа след установяване на пневмонията или от хоспитализацията; хиперлевкоцитоза (над 30 000), левкопения (под 4000).

2. Болни с придружаващи рискови фактори за усложнено протичане:

2.1. възраст над 65 години;

2.2. наличие на съпътстващи болести или друга находка;

2.3. физикална находка: дихателна честота > 30 в мин; диастолно налягане <60 mmHg или систолно налягане < 90 mmHg; температура >38 С; данни за извънбелодробно ангажиране - септичен артрит, менингит и др.; объркване и/или нарушено съзнание.

2.4. лабораторни данни: левкоцити < 4 х 109/л или > 30 х 109/л или абсолютен брой на неутрофилите < 1 х 109/л; PaO2 < 60 mmHg или PaCO2 > 50 mmHg; необходимост от механична вентилация; данни за нарушена бъбречна функция - креатинин > 130 микромol/L; неблагоприятни рентгенови изменения - ангажиране на > 1 лоб, кухина или плеврален излив, хематокрит < 30% или хемоглобин < 90 г./л. Други данни за сепсис или нарушена органна функция, манифестирани с метаболитна ацидоза, удължено протромбиново или ПТП време, намалени тромбоцити.

3. Болни с бронхиолит – при клинични данни за наличие на остра инфекция на периферни дихателни пътища и белези на дихателна недостатъчност от кръвно-газовия анализ (КГА) на артериална кръв; липса на анамнестични и клинико-рентгенологични данни за хронична белодробна патология или сърдечна недостатъчност; функционално изследване на дишането, установяващо тежко обструктивно или смесено вентилаторно нарушение (при невъзможност за ФИД, обективизирането на тежестта е с КГА – установяване на PaO2 < 65 mmHg при липса на друга остра / хронична белодробна или сърдечна патология).

4. Неповлияване/влошаване след провеждане на амбулаторно лечение, доказано с приложена медицинска документация (вкл. резултати от рентгенови и лабораторни изследвания).

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Задачите и дейностите се изпълняват при задължителна антибактериална терапия.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта:

- измерване на артериални кръвни газове (КГА)- при показания;
- серологично изследване – при показания;
- хемокултура – при тежки и нелекувани с антибиотик пневмонии;
- храчка за бактериология (при наличие на експекторация);;
- спирометрия – задължителна при бронхиолит; плеврална пункция и изследване на пунктата при наличие на плеврален излив

Медико-диагностичните изследвания се извършват до 24 часа от приемането. Контролна рентгенография се извършва при изписване от болницата.

Антибактериалната терапия започва не по-късно от 4 часа след хоспитализацията.

ПРИНЦИПИ НА ЕМПИРИЧНА АНТИБАКТЕРИАЛНА ТЕРАПИЯ:

1. Началната антибактериална терапия при болните с пневмония по правило е емпирична, широкоспектърна и насочена към най-вероятните причинители в зависимост от конкретния клиничен случай (възраст, тежест на пневмонията, придружаващи болести, риск за необичайна инфекция и др.).

2. Най-честите причинители на нетежки придобити в обществото пневмонии при болни показани за хоспитализация, са: S. pneumoniae, H. influenzae, смесена флора (вкл. анаеробни бактерии), аеробни Гр. (-) отриц. бактерии, Legionella sp., S. aureus, C. pneumoniae, респираторни вируси и по-рядко M. pneumoniae, Moraxella catarrhalis.

3. Антибактериалната терапия се прилага венозно (минимум 3 дни при нетежки пневмонии), последвана от перорална терапия, в повечето случаи с един антибиотик, покриващ посочените най-чести причинители. При добро повлияване на процеса се продължава с перорална терапия с препарат от същата или друга група до изписването на пациента.

4. При тежки пневмонии антибактериалната терапия е по правило комбинирана и се прилага парентерално (минимум 5-7 дни). Тя трябва да покрива и “атипичните” причинители, и включва препарат с разширена активност спрямо Гр (-) бактерии, вкл. анаероби и проблемна Грам (-) флора (напр. *Ps. aeruginosa*) до бактериологично изясняване или сигурен ефект от лечението и стабилизиране на състоянието. Медикаментите се прилагат в максимално приетите дози.

5. При получаване на надеждни микробиологични (хемокултура, плеврален пунктат) или серологични резултати, антибактериалната терапия се съобразява /коригира в съответствие с изолирания причинител/ серологичен резултат.

С оглед реалностите в страната е препоръчително минимум 7-дневно активно лечение и наблюдение в болница, с минимум 3 дни парентерално (i.v.) антибактериално лечение, в зависимост от утвърдените показания за използвания конкретен препарат.

Общата продължителност (в болницата и след изписването) на антибактериалната терапия при пневмониите с неусложнено протичане обичайно не надхвърля 15 дни. Това не се отнася за случаите на много вероятна или доказана "атипична" пневмония, причинена от *M. pneumoniae, C. pneumoniae, Legionella sp., C. burnetii, C. Psittaci,* когато е необходимо минимум 3-седмично активно лечение.

ПРИЧИНИ ЗА НЕАДЕКВАТЕН ОТГОВОР КЪМ ПЪРВОНАЧАЛНО ЗАПОЧНАТОТО ЛЕЧЕНИЕ

Липсата на подобрение или влошаване на клиничното състояние след първоначалното емпирично лечение може да се дължи на следните няколко възможни причини:

Неадекватна антибактериална терапия. Етиологичният причинител може да е резистентен към лекарствата или да не се покрива от началната антибактериална терапия.

Необичайни патогени. При влошаване или персистиране на физикалната и рентгеновата находка диференциалната диагноза следва да включи туберкулоза, ендемична гъбична инфекция или Pn. carinii пневмония. Болни на лечение с кортикостериоди могат да развият гъбична пневмония. Нова внимателна анамнеза е необходима при болен, неотговарящ на терапията. Епидемиологични данни могат да насочат към определен патоген, чието доказване е възможно с използването на серологична диагностика - Q треска, пситакоза, туберкулоза и др.

Неинфекциозни болести. Белодробен тромбемболизъм, конгестивна сърдечна недостатъчност, карцином с обструктивен пневмонит, някои възпалителни белодробни заболявания - облитериращ бронхиолит и пневмония в организация, грануломатоза на Wegener, еозинофилна пневмония.

В условията на неадекватен отговор към провежданото лечение е необходимо модифициране на обема и агресивността на диагностичните изследвания в пряка зависимост от тежестта на заболяването

Поради възможността за емпием/абсцедиране при всеки болен с неадекватен клиничен отговор на лечението е необходимо повтаряне на рентгенографията.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

- пневмония – основава се на типичната клинична картина и характерен рентгенов образ, клинико - лабораторни изследвания, тяхната динамика и повлияване от провежданото лечение, изключване на алтернативни диагнози;
- бронхиолит - основава се на типичната клинична картина, резултатите от ***спирометрията*** и динамиката в параметрите, изключване на диагноза астма.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧНИЯ РЕЖИМ Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

1. стабилизиране на клиничната картина;
2. стабилизиране и/или подобряване на лабораторните показатели - ПКК + ДБ, обратно развитие на рентгеновите изменения;
3. възможност за продължаване на перорална антибактериална терапия в амбулаторни условия.

Пациентът се подготвя за изписване, като се приключват и преценяват контролните изследвания ПКК и ДБ и контролната рентгенография на гръдния кош, подготвя се документацията за болния, определят се денят на дехоспитализацията и схемата за лечение в домашни условия, уведомяват се близките му.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

8.1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).

8.2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

8.3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Пневмонията е заболяване, ангажиращо белодробния паренхим. То е остро възпаление, причинено най-често от микроорганизми (бактерии, вируси и атипични причинители). Появява се бързо, може да прогресира, да предизвика нарушения в дихателната Ви функция и често налага приемането Ви в болница за лечение. Поради възможност за бързо прогресиране на болестта, провеждането в домашни условия лечение може да не бъде достатъчно и да доведе до необходимостта от провеждане и на кислородотерапия.

Вашият лекар е преценил, че за по-нататъшното Ви лечение трябва да постъпите в болница, където ще бъдете лекувани в условията на вътрешно/спешно/интензивно отделение поради значително нарушената функция на белия Ви дроб и необходимост от лечение и проследяване, което не може да се осъществи в домашни условия.

През времетраенето на периода на лечение ще трябва да провеждате назначеното Ви лечение, да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия Ви лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които счетете за важни.

Ще Ви бъдат извършвани различни изследвания, включително изследвания на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани, за да дадете съгласие за извършването им.

Вашето лечение ще включва антибактериални средства, кислород при необходимост и др., за които ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно или през устата в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

Вашите близки могат да посещават клиниката ежедневно, но е желателно посещенията да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с конкретните условия в отделението, където сте настанени и възможностите на лекуващият Ви екип.

Ние ще следим Вашето здравословно състояние в продължение на целия престой от деня, в който Ви приемем в болницата, докато състоянието Ви се подобри и стане възможно Вашето изписване или Вие сам решите да се откажете от активно лечение и пожелаете да напуснете болницата.

Какво ще стане след Вашето постъпване в болницата?

Лекуващият лекар ще Ви прегледа, разпита и ще назначи необходими изследвания, които до този момент не са направени преди настаняването Ви в отделението. Те могат да включват изследване на дишането, електрокардиограма, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена) и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложи.

След първоначалната оценка, ще Ви бъде назначено лечение - противовъзпалителни средства, кислород и др. медикаменти, според състоянието. Ако състоянието Ви не се подобри, влошите се или изпитвате дихателна умора, може да се наложи провеждане на механично подпомагане на дишането.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за по- нататъшното Ви здравословно състояние.

В края на този формуляр ние желаем Вашето разрешение за проследяване на здравословното Ви състояние в продължение на целия престой в болничното заведение. За тази цел Вашият лекар ще попълва медицинския Ви картон (история на заболяването).

Поверителност

Поверителността на медицинската информация за Вас е осигурена и Вашето име няма да се появи в никакъв статистически отчет или доклад. Данните за здравословното Ви състояние ще са достъпни само на лекуващия Ви екип.

Информация за здравословното Ви състояние ще бъде давана само на Вашите роднини по пряка линия, освен ако Вие изрично не посочите писмено в този формуляр, че не желаете това да бъде правено.

Ако в течение на този престой имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията или правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, моля, обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай, обаче, Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип. Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

КП № 40.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БРОНХИАЛНА АСТМА: СРЕДНО ТЕЖЪК И ТЕЖЪК ПРИСТЪП ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1.Минимален болничен престой – 4 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Астма
Не включва: остра тежка астма (J46)
хроничен астматичен (обструктивен) бронхит (J44.—) хронична обструктивна астма (J44.—)
еозинофилна астма (J82)
болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)
астматичен статус (J46)

J45.0 **Астма с преобладаващ алергичен компонент**
Алергичен:
- бронхит БДУ
- ринит с астма

Атопична астма
Екзогенна алергична астма
Сенна хрема с астма

J45.1 **Неалергична астма**

J45.8 **Смесена астма**
Съчетание на състояния, посочени в рубриките J45.0 и J45.1

J45.9 **Астма, неуточнена**
Астматичен бронхит БДУ
Късно започнала астма

J46 **Астматичен статус [status asthmaticus]**
Остра тежка астма

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография [redacted] гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
гръдна кост (58521-00 [1972])
гръден вход (58509-00 [1974])
трахея (58509-00 [1974])

Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

1857 Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия
Електрографично мониториране
не включва:тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)
13842-01 Измерване на артериални кръвни газове
13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1926 Микробиологични изследвания

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

1927 Морфологични изследвания

91929-05 Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за клетъчен блок

1930 Имунологични изследвания

91904-11 Доказване на биомаркери на алергично възпаление

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
92044-00	Друго кислородно обогатяване
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (едната от които задължително е 11506-00) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана наймалко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Алергология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична алергология".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия или Клиника/ отделение по алергология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2.Отделение по образна диагностика с рентгенов апарат за скопия и графия
3.Клинична лаборатория с възможност за КГА
4.Лаборатория/кабинет за ФИД
5.Легла за интензивно лечение в отделение/клиника

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.**Задължително звено/медицинска апаратура**

1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ..

- в клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия II ниво на компетентност - двама лекари със специалност по пневмология и фтизиатрия или
- в клиника/отделение по вътрешни болести II ниво на компетентност –трима лекари със специалност по вътрешни болести и поне един лекар със специалност по клинична алергология или по пневмология и фтизиатрия или
- в клиника по алергология III ниво на компетентност - двама лекари със специалност по алергология; в отделение по алергология един лекар със специалност по алергология; - лекар със специалност по клинична лаборатория; - лекар със специалност по образна диагностика.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Диагностика и лечение на бронхиална астма при лица над 18 години

1. пациенти със застрашаващ живота пристъп - по клинични критерии и ФЕО1 < 40 % при възможност да се проведе ФИД, и тежък астматичен пристъп - по клинични критерии и ФЕО1 < 60 % от предвидения;
2. пациент с астматичен пристъп и с данни за дихателна умора, остра или хронична обострена дихателна недостатъчност;
3. пациенти със среднотежък астматичен пристъп - ФЕО1 < 80 % от предвидения, при наличие на рискови фактори (бременност, психически заболявания, друга хронична патология, преживяна механична вентилация по повод астматичен пристъп, преживяна хоспитализация за астма в интензивно отделение);
4. незадоволително повлияване/влошаване при започнато лечение в дома или в амбулаторни условия;
5. чести нощни, изтощителни пристъпи (>5 седмично), ФЕО1 (50 - 80 %).

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Индикации за хоспитализация в интензивно отделение:

Тежък пристъп при рисков болен.

Болен с данни за дихателна умора и/или вентилаторна недостатъчност (хиперкапния).

- Съчетание на проблемна друга патология и астма.
- Умерена/тежка хипоксемия (остра дихателна недостатъчност).
- Умерена/тежка хипоксемия при обострена хронична дихателна недостатъчност.
- Всички болни, отговарящи на посочените показания, подлежат на спешна хоспитализация за започване и провеждане на необходимото лечение.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Основните медико-диагностични изследвания се извършват до 24 час от приемането.

Спирометрия – при приемането (когато състоянието на болния позволява) и преди дехоспитализацията.

Ако от лечебното заведение е назначена рентгенография, същата трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Поведението при хоспитализирани болни с бронхиална астма в пристъп е определено в Националния консенсус за диагноза и лечение на бронхиалната астма (2000 г.), или съответно в Националния консенсус за диагноза и лечение на бронхиалната астма за деца (2003 г.).

При наличие на циркулаторен колапс, ангиоедем и дифузна обструкция - приложение на адреналин (0,3 мл от 0, 1% -тен разтвор субкутанно (интракардиално при липса на сърдечна

дейност), като приложението се повтаря при нужда през 10 минути до общо количество 1 мл). За поддържане на адекватна циркулация се осигурява постоянен венозен път и се прилага инфузия с допамин (10-15 мкг /кг/мин).

Лечението с **бета-2-агонисти** инхалаторно започва веднага след установяването на бронхоспазъм, но не по-късно от един час от хоспитализацията.

Началното **кортикостероидно лечение** се прилага венозно, дозата зависи от тежестта на състоянието.

Наблюдението и оценката на състоянието на хоспитализиран болен с астма в пристъп в първите 24 часа е стриктно, поради възможността за бързо влошаване, независимо от провежданото лечение.

Задължителна е преоценката на поведението, съобразно резултата от лечението, 2-3 часа след приемането.

Противопоказано е прилагането на седативни средства при болни с астма в пристъп!

При овладяни нощни пристъпи и ФЕО1>50% от предвидения - след третия ден може да се премине към перорално лечение с кортикостероид.

ДОЗИРОВКА НА МЕДИКАМЕНТИ, ИЗПОЛЗВАНИ ПРИ АСТМАТИЧЕН ПРИСТЪП

Използваните медикаменти в лечението на астматичния пристъп, дозите им и честотата на приложение при възрастни са общоприети и са съобразени в Националния консенсус за диагноза, профилактика и лечение на бронхиалната астма.

Метилксантините се прилагат по индивидуална преценка.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Диагнозата астма се основава и на положителен бронходилататорен тест (повишение на $ФЕО_1$ над 12% от изходната стойност, но не по-малко от 200 мл).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и едно или повече от следните условия:

1.краткодействащи инхалаторни бета-агонисти се използват не по-често от на 6 часа;

2.няма събуждане през нощта или рано сутрин поради нужда от инхалация на бързодействащ бета 2-агонист;

3.при деца: КАС и пулсоксиметрия са с параметри, в границата на нормата;

4.при възрастни: ФЕО1 след бронходилататор е >80% от предвидената стойност или най-доброто лично постижение на пациента по време на хоспитализацията;

5.стабилно, поне 24 часа, състояние на фона на предписаното лечение.

6.болните са обучени да инхалират правилно.

Продължаването на лечението да е посочено в епикризата.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ</u> НА <u>ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Бронхиалната астма е заболяване, при което дихателните пътища пристъпно намаляват своя просвет и затрудняват обмена на газове между организма и околната среда. Тежестта на бронхиалната астма варира в големи граници – от леки форми, при които има само кашлица и недостиг на въздух до тежки форми, които ограничават елементарни човешки дейности и могат да застрашат живота. В същото време има състояния, при които има симптоми, подобни на астматичните, но които не са астма. Важно е да се постави точната диагноза: дали се касае за астма, каква е тежестта на астмата, дали има елементи от околната среда, които по специфичен начин да я предизвикват. Само на тази основа можем да осъществим съответно за всеки конкретен случай лечение и поведение. Остро разгърналите се форми на астма могат да протекат много бързо, да прогресират и да наложат приемането на страдащия по спешност в болница. Това е необходимо, защото с провежданото лечение в домашни условия не винаги може да се постигне желаният резултат.

Вашият лекар е преценил, че за изясняване на Вашия случай и за по-нататъшното Ви лечение е необходимо да постъпите в болница, където ще бъдете диагностициран/а и лекуван/а в най-подходящи условия.

През времетраенето на периода на лечение ще трябва да провеждате назначеното Ви лечение, да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които счетете за важни.

Вашият престой в клиниката ще продължи не по-малко от 4 дни. Ще Ви бъдат извършвани различни изследвания, вкл. изследване на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани преди съгласието Ви да бъдат извършени.

Вашето лечение ще включва лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), а ако се прецени за необходимо - антибиотик, кислород и др., за които ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалации в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Ваши близки могат да посещават клиниката ежедневно, но е желателно посещенията при Вас да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с условията в отделението, където сте настанени и възможностите на лекуващият Ви екип.

Ние ще следим Вашето здравословно състояние в продължение на целия престой от деня, в който Ви приемем в болницата, докато състоянието Ви се подобри и стане възможно изписването Ви или Вие сам решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след Вашето постъпване в болницата?

Лекуващият лекар ще Ви прегледа, разпита и ще назначи необходими изследвания, които до този момент не са направени преди настаняването Ви в отделението. Те могат да включват изследване на дишането, ЕКГ, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложи.

След първоначалната оценка при нужда ще Ви бъде назначено лечение със средства, които разширяват бронхите, кислород, противовъзпалителни препарати, както и други медикаменти според състоянието Ви. Ако състоянието Ви не се подобри, влошавате се или изпитвате дихателна умора, може да се наложи провеждане на механично подпомагане на дишането.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за по нататъшното Ви здравословно състояние.

Поверителност

Поверителността на медицинската информация за Вас е осигурена и Вашето име няма да се появи в никакъв статистически отчет или доклад. Данните за здравословното Ви състояние ще са достъпни само на лекуващия Ви екип.

Информация за здравословното Ви състояние ще бъде давана само на Вашите роднини по пряка линия, освен ако Вие изрично не посочите писмено в този формуляр, че не желаете това да бъде правено.

Ако в течение на този престой имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията или правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип. Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

КП № 40.2
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БРОНХИАЛНА АСТМА: СРЕДНО ТЕЖЪК И ТЕЖЪК ПРИСТЪП ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1.Минимален болничен престой –3 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

J45 Астма

Не включва: остра тежка астма (J46)
хроничен астматичен (обструктивен) бронхит (J44.—)
хронична обструктивна астма (J44.—)
еозинофилна астма (J82)
болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60-J70)
астматичен статус (J46)

J45.0 **Астма с преобладаващ алергичен компонент**
Алергичен:
- бронхит БДУ
- ринит с астма

Атопична астма
Екзогенна алергична астма
Сенна хрема с астма

J45.1 **Неалергична астма**

J45.8 **Смесена астма**
Съчетание на състояния, посочени в рубриките J45.0 и J45.1

J45.9 **Астма, неуточнена**
Астматичен бронхит БДУ
Късно започнала астма

J46 **Астматичен статус [status asthmaticus]**
Остра тежка астма

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв
92057-00 Телеметрия
Електрографично мониториране
Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър

1927 Морфологични изследвания

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос, и/или гърло, и/или ларинкс за култура и чувствителност
91929-05 Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за клетъчен блок

1926 Микробиологични изследвания

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

1930 Имунологични изследвания

91904-11 Доказване на биомаркери на алергично възпаление

1923 Хематологични изследвания

Хематологични изследвания – СУЕ, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, левкограма;
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия
92044-00 Друго кислородно обогатяване

Приложение на фармакотерапия
96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид 96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид 96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент 96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент 96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които задължително две –13842-01 или 13311-00 или 13310-00 или 92184-02 и 11506-00 (при деца над 7 /седем/ години), и две основни терапевтични процедури 96199-03 и 92043-00, посочени в таблица **Кодове на основни процедури .**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Алергология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична алергология", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
Клиника по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/ отделение по алергология
2. Рентгенов апарат за скопия и графия
3. Клинична лаборатория II ниво на компетентност с възможност за КГА
4. Лаборатория за ФИД (спирометрия)
5. Легла за интензивно лечение в отделението/ клиниката

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б. (Изм. – ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Клиника/отделение по педиатрия

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия или детска пневмология и фтизиатрия или четирима лекари, от които един лекар със специалност педиатрия и един със специалност детска пневмология и фтизиатрия

Клиника/отделение по детска пневмология и фтизиатрия

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия

или

четирима лекари, от които двама лекари със специалност детска пневмология

или

четирима лекари, от които един лекар със специалност детска пневмология и фтизиатрия и един лекар със специалност по педиатрия

III ниво на компетентност – четирима лекари, от които поне двама с пневмология и фтизиатрия, а останалите – със специалност педиатрия

или

в клиника по алергология III ниво на компетентност – двама лекари със специалност по алергология;

в отделение по алергология – един със специалност по алергология;

Клиника/отделение по педиатрия

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия или детска пневмология и фтизиатрия

~~или~~

четирима лекари, от които един лекар със специалност педиатрия и един със специалност детска пневмология и фтизиатрия

III ниво на компетентност – шестима лекари, от които пет със специалност

Неонатология- за лечение на пациенти на възраст до 28 – ия ден от раждането

I ниво на компетентност- легла в родилна зала, на които не се лекуват деца

II ниво на компетентност-се изисква минимум един лекар с придобита специалност по педиатрия и квалификация по неонатология или с придобита специалност по неонатология

III ниво на компетентност- шест лекари, от които минимум трима със специалност по неонатология

Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия

или

четирима лекари, от които двама лекари със специалност детска пневмология и фтизиатрия

или

четирима лекари, от които един лекар със специалност детска пневмология и фтизиатрия и един лекар със специалност по педиатрия

III ниво на компетентност

– четирима лекари, от които поне двама с пневмология и фтизиатрия, а останалите – със специалност педиатрия

или

клиника по алергология III ниво на компетентност

двама лекари със специалност по алергология;

в отделение по алергология – един лекар със специалност по алергология;

– лекар със специалност по клинична лаборатория;

– лекар със специалност по образна диагностика.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Диагностика и лечение на бронхиална астма при деца до 18 години с

1. тежък астматичен пристъп - по клинични критерии и ФЕО1, PaO2 - под 85, сатурация на кислорода с пулсоксиметър < 90 %;
2. среднотежък астматичен пристъп - ФЕО1, PaO2 - под 90; сатурация на кислорода с пулсоксиметър < 95 %;
3. влошаване или липса на ефект или от проведеното амбулаторно лечение и липса на достатъчна сигурност за добър резултат от продължаването му в домашни условия;
4. данни за дихателна умора и/или дихателна недостатъчност.

Дейностите и услугите в обхвата по т. 1.4 се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Индикации за хоспитализация в интензивно отделение:

- Болно дете с данни за дихателна умора и/или дихателна недостатъчност (хиперкапния);
- Съчетание на проблемна друга патология и астма;
- Умерена/тежка хипоксемия (остра дихателна недостатъчност);
- Умерена/тежка хипоксемия при обострена хронична дихателна недостатъчност.

Всички болни, отговарящи на посочените показания, подлежат на спешна хоспитализация за започване и провеждане на необходимото лечение.

При показания за интензивно лечение, но липса на профилирана клиника/отделение, пациентите се насочват за хоспитализация в многопрофилни болници. При първи пристъп, след стабилизиране на състоянието, пациентите се насочват към специализирана клиника по детска пневмология и фтизиатрия за уточняване на диагнозата.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материл за медико-диагностични изследвания (вкл. КГА) се извършва до 24 часа от приемането

Назначената по преценка на лекуващия лекар рентгенография трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Поведението при хоспитализирани болни с бронхиална астма в пристъп е определено в Националния консенсус за диагноза и лечение на бронхиалната астма (2000 г.), или съответно в Националния консенсус за диагноза и лечение на бронхиалната астма за деца

(2003 г.).

Лечението с **бета-2-агонисти инхалаторно** започва веднага след установяването на бронхоспазъм, но не по-късно от един час от хоспитализацията.

Началното **кортикостероидно лечение** се прилага **венозно**, дозата зависи от тежестта на състоянието.

Наблюдението и оценката на състоянието на хоспитализирано дете с астма в пристъп в първите 24 часа е стриктно, поради възможността за бързо влошаване, независимо от провежданото лечение.

Задължителна е преоценката на поведението, съобразно резултата от лечението, 2-3 часа след приемане. Тя се базира на анализа на комплекс, а не на единични показатели (клинични, функционални, лабораторни).

Противопоказано е прилагането на седативни средства при болни с астма в пристъп!

ДОЗИРОВКА НА МЕДИКАМЕНТИ, ИЗПОЛЗВАНИ ПРИ АСТМАТИЧЕН ПРИСТЪП

Използваните медикаменти в лечението на астматичния пристъп, дозите им и честотата на приложение при възрастни и деца са общоприети и са съобразени в националния консенсус за диагноза, профилактика и лечение на бронхиалната астма. **Метилксантините се прилагат по индивидуална преценка.**

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Диагнозата астма се основава на характерна клиника с експираторна диспнея, положителен бронходилататорен тест, положителни тестове при физическо натоварване (студ), реакция на концентрация метахолин (незадължително), характерна за бронхиална астма (при възможност), ВЕД вариабилитет над 15%.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и едно или повече от следните условия:

1. краткодействащи инхалаторни бета-агонисти се използват не по-често от на 6 часа;
2. няма събуждане през нощта или рано сутрин поради нужда от инхалация на бързодействащ бета 2-агонист;
3. при деца: КАС и/или пулсоксиметрия са с параметри в границата на нормата;
5. стабилно, поне 24 часа, състояние на фона на предписаното лечение
6. болните (при деца – техните родители) са обучени да инхалират правилно.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”.*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Бронхиалната астма е заболяване, при което дихателните пътища пристъпно намаляват своя просвет и затрудняват обмена на газове между организма и околната среда. Тежестта на бронхиалната астма варира в големи граници – от леки форми, при които има само кашлица и недостиг на въздух до тежки форми, които ограничават елементарни човешки дейности и могат да застрашат живота. В същото време има състояния, при които има симптоми, подобни на астматичните, но които не са астма. Важно е да се постави точната диагноза: дали се касае за астма, каква е тежестта на астмата, дали има елементи от околната среда, които по специфичен начин да я предизвикват. Само на тази основа можем да осъществим съответно за всеки конкретен случай лечение и поведение. Остро разгърналите се форми на астма могат да протекат много бързо, да прогресират и да наложат приемането на страдащото дете по спешност в болница. Това е необходимо, защото с провежданото лечение в домашни условия не винаги може да се постигне желаният резултат.

Лекуващият лекар е преценил, че за по-нататъшното лечение на Вашето дете, е целесъобразно то да постъпи в болница, където ще бъде лекувано в условията на спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на белият му дроб.

През времетраенето на периода на лечение Вашето дете ще трябва да провежда назначеното лечение, да спазва предписания режим, както и да съобщава на лекуващия лекар всички възникнали оплаквания или проблеми.

Престоят на детето Ви в клиниката ще продължи не по малко от 3 дни. Ще му бъдат извършвани различни изследвания, вкл. изследвания на дишането, газов анализ на артериална

кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани преди съгласието Ви да бъдат извършени.

При нужда лечението на Вашето дете ще включва лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), а ако се прецени за необходимо - антибиотик, кислород и др., за които ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалации в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

Можете да посещавате клиниката ежедневно, но в указаните дни и часове.

Сведения за здравословното състояние получават само родителите от лекуващия го лекар.

Ние ще следим здравословното състояние на Вашето дете от деня, в който го приемем в болницата, докато състоянието му се подобри и стане възможно изписването му или Вие сами решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след постъпването на Вашето дете в болницата?

Лекуващият лекар ще прегледа Вашето дете и ще назначи необходими изследвания, които до този момент не са направени преди настаняването му в клиниката/отделението. Те могат да включват изследване на дишането, ЕКГ, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложи.

След първоначалната оценка при нужда ще му бъде назначено лечение със средства, които разширяват бронхите, кислород, противовъзпалителни препарати, както и други медикаменти според състоянието му. Ако състоянието на Вашето дете не се подобри, или се влоши или има дихателна недостатъчност, може да се наложи провеждане на механично подпомагане на дишането.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението детето почувства неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия екип да преоцени състоянието му и съответно да коригира лечението.

Можете да прекратите лечението на Вашето дете по всяко време без да давате обяснения за това. Необходимо е обаче да изразите това желание писмено и да го удостоверите с Вашия подпис, като с това си действие освобождавате лекуващия го екип от отговорността за по нататъшното му здравословно състояние.

Поверителност

Поверителността на медицинската информация е осигурена и името на детето Ви няма да се появи в никакъв статистически отчет или доклад. Данните за здравословното му състояние ще са достъпни само на лекуващия го екип.

Информация за здравословното му състояние ще бъде давана само на двамата родители.

Ако в течение на този престой имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията или правата му като пациент, или ако смятате, че то е получилило увреждане, свързано с лечението, обръщайте се към лекуващия лекар или към дежурния лекар по всяко време.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия го екип. Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижи за здравето на Вашето дете.

КП № 41.1

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АЛЕРГИЧНИ И ИНФЕКЦИОЗНО-АЛЕРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър ларингит и трахеит

J04.0 Остър ларингит **J04.2** Остър ларинготрахеит

Остър обструктивен ларингит [круп] и епиглотит

J05.0 Остър обструктивен ларингит [круп]
J05.1 Остър епиглотит

Хроничен ларингит и ларинготрахеит
При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

J37.0 Хроничен ларингит (и с професионална етиология)
Ларингит:
- катарален
- хипертрофичен
- сух(атрофичен)

Не включва: ларингит:
- БДУ (J04.0)
- остър (J04.0)
- обстуктивен (остър) (J05.0)

Астма
Не включва: остра тежка астма (J46)
хроничен астматичен (обструктивен) бронхит (J44.—)
хронична обструктивна астма (J44.—)
еозинофилна астма (J82)
болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)
астматичен статус (J46)

J45.0 **Астма с преобладаващ алергичен компонент**
Алергичен:
- бронхит БДУ
- ринит с астма

Атопична астма
Екзогенна алергична астма
Сенна хрема с астма

J45.1 Неалергична астма (и с професионална етиология)
J45.8 Смесена астма (и с професионална етиология)
Съчетание на рубрики J45.0 и J45.1
J45.9 Астма неуточнена
Астматичен бронхит БДУ
Късно започнала астма

Болест на дихателните пътища, предизвикана от специфична органична прах
Не включва:багасоза (J67.1)

фермерски бял дроб (J67.0)
хиперсензитивен пневмонит, причинен от органична прах (J67.—)
реактивен синдром на дисфункция на дихателните пътища (J68.3)

J66.0 Бисиноза
Болест на дихателните пътища, предизвикана от прахта на памука

J66.1 Болест на работещите с лен

J66.2 Канабиноза

Хиперсензитивен пневмонит, предизвикан от органична прах

Включва: алергичен алвеолит и пневмонит, причинени от вдишване на органична прах и частици от гъби, актиномицети или частици от друг произход

J67.0 Фермерски бял дроб [на селския стопанин]
Бял дроб на жетваря
Бял дроб на косача
Болест, предизвикана от плесенясало сено

J67.2 Бял дроб на любители на птици
Болест или бял дроб на любителя на папагали
Болест или бял дроб на любителя на гълъби

J67.3 Субероза
Болест или бял дроб на обработващия корк
Болест или бял дроб на работещия в корковото производство

J67.4 Бял дроб на работещия с малц
Алвеолит, причинен от Aspergillus clavatus

J67.5 Бял дроб на работещия с гъби

J67.7 Бял дроб при контакт с климатик и овлажнители на въздуха
Алергичен алвеолит, причинен от гъбична плесен, термофилни актиномицети и други микроорганизми, размножаващи се в системите за вентилация [климатични инсталации] на въздуха

J67.8 Хиперсензитивни пневмонити, причинени от друга органична прах

Респираторни състояния, причинени от вдишване на химични вещества, газове, дим и пари

J68.0 Бронхит и пневмонит, причинени от химични вещества, газове, дим и пари

J68.2 Възпаление на горните дихателни пътища, причинено от химични вещества, газове, дим и пари, некласифицирано другаде

J68.3 Други остри и подостри респираторни състояния, причинени от химични вещества, газове, дим и пари

J68.4 Хронични респираторни състояния, причинени от химични вещества, газове, дим и пари

Респираторни състояния, причинени от други външни агенти

J70.4 Белодробни интерстициални нарушения, причинени от лекарствени средства

J70.8 Респираторни състояния, причинени от други уточнени външни агенти

Други респиратрони болести, увреждащи главно интерстициалната тъкан

J82 Белодробна еозинофилия, некласирана другаде

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друго измерване на дихателна функция

11503-17 Инхалаторно провокационно тестване
Включва: създаване на крива за отговор на доза
пост бронходилататорна спирометрия пред провокационна спирометрия

използване на: • холин
- хистамин
- неизотонични течности
- сензитиращи агенти

Рентгенография на глава и шия

57903-00 Рентгенография на параназален синус

Друга рентгенография на гръден кош

ДРУГА РЕНТГЕНОГРАФИЯ НА ГРЪДЕН КОШ

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Други диагностични тестове на ухо, нос, уста и гърло, измервания или изследвания

92026-00 Назално функционално изследване Риноманометрия

Кожно-алергични тестове за чувствителност

12015-00 Епикутаннно кожно алергично тестване с ползване на всички алергени в стандартен набор тестове
Не включва: тези с допълнителни алергени (12018-00, 12021-00 [1865])

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

Процедури за изследване на ларинкса

41849-00 Ларингоскопия
41849-01 Индиректна ларингоскопия

Друго измерване на дихателна функция

11503-17 Инхалаторно провокационно тестване
Включва: създаване на крива за отговор на доза
пост бронходилататорна спирометрия
пред провокационна спирометрия
използване на:
- холин
- хистамин
- неизотонични течности
- сензитиращи агенти

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1927 Морфологични изследвания

91929-05 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за клетъчен блок

1926 Микробиологични изследвания

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

1930 Имунологични изследвания

По преценка:

91904-11 Доказване на биомаркери на алергично възпаление

91924-11 Определяне на специфични IgE антитела срещу алергени

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

Имунизация

92179-00 Имунизация при алергия
Десенситизация
Не включва: приложение на змийски протеин (96195 [1884])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент - противоинфекциозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент - противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96203-02“ - Перорално прилагане на фармакологичен агент- Противоинфекциозен агент.

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични, от които задължително 91910-04, 91910-05 една от таблица Кодове на основни диагностични процедури и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.** Изследването на общи и специфични Ig E - 91924-00 и/или 91924-11 е по преценка.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана наймалко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Алергология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична алергология".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с горепосочените медицински стандарти.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по алергология или Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия
или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по професионални заболявания
2. Рентгенов апарат за скопия и графия Отделение по образна диагностика
3. Клинична лаборатория II ниво с възможност за КГА
4. Лаборатория за ФИД (спирометрия)

5. Легла за интензивно лечение в отделение /к-ката

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ...

- в клиника по алергология III ниво на компетентност - двама лекари със специалност по клинична алергология; в отделение по алергология - един лекар със специалност по клинична алергология

или

- в клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия II ниво на компетентност - двама лекари със специалност по пневмология и фтизиатрия

или

в клиника по професионални болести лекар със специалност по професионални болести и със специалност пневмология и фтизиатрия

или

в клиника/отделение по вътрешни болести II ниво на компетентност - при наличност на лекар със специалност пневмология и фтизиатрия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При наличие само на лекар със специалност по вътрешни болести в ЛЗ задължително се изисква договор с клиничен алерголог или лекар със специалност по пневмология и фтизиатрия.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на лица над 18 години с клинични данни за дихателни проблеми, причинени от контакт с екзогенни вещества по алергичен или иритативен механизъм.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

При наличие само на лекар със специалност по вътрешни болести в ЛЗ задължително се осигурява консултация с лекар със специалност по клинична алергология или лекар със специалност по пневмология и фтизиатрия до 24 часа след приема и преди изписването. Вземане на биологичен материл за медико-диагностични изследвания (вкл. КГА) се извършва до 24 часа от приемането.

Назначената от лечебното заведение рентгенография трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Кожно-алергичните проби – до 48 ч. след хоспитализацията.

При постъпване в болница за диагностика на алергично и/или професионално алергично заболяване на горни и долни дихателни пътища, първоначално се извършват диагностични процедури, като пациента задължително е в ремисия, след което се провежда лечение.

При установяване на генезата е уместно започването на лечение с алергенни ваксини.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Анамнестичните данни за контакт с екзогенни субстанции насочват към диагнозата. Епикутанните, интрадермалните и Prick- кожни проби подпомагат диагнозата. В някои случаи се налагат провокационни проби с екзогенни субстанции. При негативни резултати се търсят други причини – инфекциозни, паразитни, автоимунни, неопластични болести.

При пациенти, постъпили за първоначална диагностика на професионални и/или алергични болести на горни дихателни пътища или професионална астма, лечението започва след осъществяване на алергологичните диагностични процедури!

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ. Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние

(клинични/параклинични) и:

1. диагностицирано или отхвърлено професионално и/или алергично заболяване на горни и долни дихателни пътища;
2. стабилизирането на състоянието;
3. липсата на органно засягане.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4
ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Алергичните болести на дихателната система са група, която може да засегне различни нива на дихателните пътища. Всички те са изява на променена имунна реактивност на организма към различни вещества от външната среда (полени, домашни микрокърлежи, домашни животни, медикаменти, храни, ужилвания от насекоми, въздействия от професионалната среда) и вътрешната среда на организма. Проявите могат да са от страна на носа - кихане, водниста секреция, запушване на носа, ларинкса - промяна в гласа, недостиг на въздух, кашлица, от бронхите - кашлица, затруднено дишане, които могат да са изолирани или съчетани. В същото време има състояния, при които има симптоми, подобни на астматичните, но които не са астма. Важно е да се постави точната диагноза: дали се касае за астма, дали има елементи от околната среда, които по специфичен начин да я предизвикват. Само на тази основа можем да осъществим съответно за всеки конкретен случай лечение и поведение.

Вашият лекар е преценил, че за изясняване на Вашия случай и за по-нататъшното Ви лечение е необходимо да постъпите в болница където ще бъдете подложен/а на диагностични и лечебни процедури съобразно Вашето заболяване в най-подходящи условия като кожно-алергични проби с алергени, провокационни проби с медиатори и алергени, електрокардиограма, изследване на дишането, различни кръвни изследвания, газов анализ на артериална кръв, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при необходимост. За всички допълнителни диагностични процедури ще бъдете специално информиран/а преди съгласието Ви да бъдат извършени.

По време на престоя в клиниката ще трябва да провеждате назначеното Ви лечение, да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия лекар всички възникнали

оплаквания и проблеми, които счетете за важни. Вашето лечение ще включва лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), а ако се прецени за необходимо - антибиотик, кислород и др., за което ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалации в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Ваши близки могат да посещават клиниката ежедневно, но е желателно посещенията при Вас да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с условията в клиниката и възможностите на лекуващия Ви екип.

Ние ще следим Вашето здравословно състояние в продължение на целия престой от деня, в който Ви приемем в болницата, докато състоянието Ви се подобри и стане възможно изписването Ви или Вие сам/а решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след Вашето постъпване в болницата?

Лекуващият лекар ще Ви прегледа, разпита и ще назначи необходимите изследвания, които до този момент не са направени преди настаняването Ви в отделението. След първоначалната оценка на състоянието Ви ще бъде назначено съответно лечение.

След първоначалната оценка при нужда ще Ви бъде назначено лечение със средства, които разширяват бронхите, кислород, противовъзпалителни препарати, както и други медикаменти според състоянието Ви. Ако състоянието Ви не се подобри, влошавате се или изпитвате дихателна умора, може да се наложи провеждане на механично подпомагане на дишането.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при взимане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригирате лечението.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче, да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Професионалните алергични болести (алергичен ринит, хроничен алергичен ларингит, професионална астма, астматичен бронхит, хиперсензитивен пневмонит) са болести на горните дихателни пътища, бронхите и белодробния паренхим и се предизвикват от професионални алергени с растителен и животински произход, и химически вещества с ниско молекулно тегло (хаптени), които след свързване с белтъците от серума играят ролята на алергени. Някои метали (желязо, алуминий, хром, кобалт, никел, берилий и др.) също имат алергизиращ ефект. Растителни, животински, професионални алергени и химически вещества се срещат в селското стопанство, текстилната индустрия, зърнопроизводството, зърнопреработката, мелничарството, тютюнопроизводството и преработката на тютюн, в хлебопекарството и производството на хлебни изделия, в производството, преработката и пакетирането на растителни и животински продукти, при употребата на пестициди, в хранително-вкусовата промишленост, в производството на бира, малц, мая, червен пипер, корк, сирене и др., при контакт с климатични инсталации, при контакт с птици и птични продукти, при професионален контакт с химически вещества (фармацевтична промишленост, производство, преработка и употреба на химически синтетични и несинтетични продукти), при производство и промишлена употреба на метали (кобалт, хром, никел, алуминий, берилий), производство и употреба на детергенти и повърхностно-активни субстанции, във фризьорството, козметиката, производството на дърво, дървен материал, мебели, синтетични лакове, бои и други.

Професионалните алергични болести на горни дихателни пътища (ринит, ларингит и др.) се характеризират с дразнене в гълото, дразнеща кашлица, задух при вдишване, отделяне на жилави секрети, спадане на гласа.

Професионалната бронхиална астма се характеризира с безпокойство, сърбеж, дразнеща пристъпна кашлица, стягане в гърдите, пристъпен задух с трудно издишване на въздуха, “свирене” в гърдите, нощни пристъпи, стеснение в бронхите и намаляване на основни показатели (витален капацитет (VC), форсиран експираторен обем (FEV1), форсиран витален капацитет (FVC) върхов експираторен дебит (PEF) и други показатели при функционално изследване на дишането (спирометрия).

Група органични прахове (памук, лен, коноп) причиняват директно отделяне на медиатори на алергичната реакция (напр. хистамин), водещи до възпаление и стеснение на дихателните

пътища; тези състояния се включват в сборното понятие “бисиноза”, което най-често се определя като “бронхиална астма” или “хроничен прахов бронхит”.

Хроничното алергично професионално заболяване на белите дробове

(хиперсензитивен пневмонит или екзогенен алергичен алвеолит) в около 80% от случаите е с професионална етиология. Хиперсензитивният пневмонит представлява “група болести, характеризиращи се с дифузно увреждане на белите дробове, причинено от алергична реакция на белодробната тъкан, свързана с повтарящи се интензивни и продължителни инхалации на органичен прах”. Най-разпространените видове иперсензитивния пневмонит са: фермерския бял дроб (причинен от термофилни актиномицети), белия дроб на работници в напоителни системи (гъби), белия дроб на отглеждащи гъби (mycropolyspora faeni), белия дроб при производители на сапун (bacillus subtilis), белия дроб при производители на хартия, белия дроб при производители на малц (aspergilus clavatus), белия дроб при обработващи дърво (fungi), белия дроб при производители на сирене (penicillium), белия дроб при отглеждащи гълъби и птици (антигени от гълъбите – от екскременти, пуха, перушината и др.), белия дроб при работещи с рибено брашно (рибено брашно), белия дроб при работещи в химическата промишленост (диизоцианати) и други. Алергологичните изследвания при алергично болни следва да се осъществяват в период на подобрение (ремисия). Лечението е кортикостероидно, бронходилататорно, муколитично и антибактерилно (при добавени инфекции).

Поверителност

Поверителността на медицинската информация за Вас е осигурена и Вашето име няма да се появи в никакъв статистически отчет или доклад. Данните за здравословното Ви състояние ще са достъпни само на лекуващия Ви екип.

Информация за здравословното Ви състояние ще бъде давана само на Вашите роднини по пряка линия, освен ако Вие изрично не посочите писмено в този формуляр, че не желаете това да бъде правено.

Ако в течение на този престой имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията или правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип. Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

КП № 41.2
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АЛЕРГИЧНИ И ИНФЕКЦИОЗНО-АЛЕРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър ларингит и трахеит
При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).
Не включва: остър обструктивен ларингит [круп] и епиглотит (J05.—)
ларингизъм (стридор) (J38.5)

J04.0 **Остър ларингит**
Не включва: хроничен ларингит (J37.0)
грипен ларингит, грипен вирус:
идентифициран (J10.1)
неидентифициран (J11.1)

J04.2 **Остър ларинготрахеит**
Ларинготрахеит
Трахеит (остър) с ларингит (остър)

Остър обструктивен ларингит [круп] и епиглотит
бходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

J05.0 **Остър обструктивен ларингит [круп]**
Обструктивен ларингит БДУ

J05.1 **Остър епиглотит**
Епиглотит БДУ

Астма
Не включва: остра тежка астма (J46)
хроничен астматичен (обструктивен) бронхит (J44.—)
хронична обструктивна астма (J44.—)
еозинофилна астма (J82)
болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)
астматичен статус (J46)

J45.0 **Астма с преобладаващ алергичен компонент**
Алергичен:
- бронхит БДУ
- ринит с астма

Атопична астма
Екзогенна алергична астма
Сенна хрема с астма

J45.1 **Неалергична астма**
Идиосинкратична астма
Ендогенна неалергична астма

J45.8 **Смесена астма**

Съчетание на състояния, посочени в рубриките J45.0 и J45.1

J45.9 Астма, неуточнена

Астматичен бронхит БДУ

Късно започнала астма

Хиперсензитивен пневмонит, предизвикан от органична прах

Включва: алергичен алвеолит и пневмонит, причинени от вдишване на органична прах и частици от гъби, актиномицети или частици от друг произход

Не включва: пневмонит, причинен от вдишване на химични вещества, газове, дим и пари (J68.0)

J67.2 Бял дроб на любители на птици

Болест или бял дроб на любителя на папагали

Болест или бял дроб на любителя на гълъби

J67.7 Бял дроб при контакт с климатик и овлажнители на въздуха

Алергичен алвеолит, причинен от гъбична плесен, термофилни актиномицети и други микроорганизми, размножаващи се в системите за вентилация [климатични инсталации] на въздуха

J67.8 Хиперсензитивни пневмонити, причинени от друга органична прах

Респираторни състояния, причинени от вдишване на химични вещества, газове, дим и пари

При необходимост от идентифициране на причините се използува допълнителен код за външни причини (клас XX).

J68.0 Бронхит и пневмонит, причинени от химични вещества, газове, дим и пари

J68.2 Възпаление на горните дихателни пътища, причинено от химични вещества, газове, дим и пари, некласифицирано другаде

J68.3 Други остри и подостри респираторни състояния, причинени от химични вещества, газове, дим и пари

Респираторни състояния, причинени от други външни агенти

J70.4 Белодробни интерстициални нарушения, причинени от лекарствени средства

J70.8 Респираторни състояния, причинени от други уточнени външни агенти

Други респиратрони болести, увреждащи главно интерстициалната тъкан

J82 Белодробна еозинофилия, некласирана другаде

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друго измерване на дихателна функция

11503-17 Инхалаторно провокационно тестване

***Включва*:** създаване на крива за отговор на доза
пост бронходилататорна спирометрия
пред провокационна спирометрия
използване на:

- холин
- хистамин
- неизотонични течности
- сензитиращи агенти

Рентгенография на глава и шия

57903-00 Рентгенография на параназален синус

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:

- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Други диагностични тестове на ухо, нос, уста и гърло, измервания или изследвания

92026-00 Назално функционално изследване
Риноманометрия

Кожно-алергични тестове за чувствителност

12015-00 Епикутаннно кожно алергично тестване с ползване на всички алергени в стандартен набор тестове
Не включва: тези с допълнителни алергени (12018-00, 12021-00 [1865])

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

Процедури за изследване на ларинкса

41849-00 Ларингоскопия
Директна ларингоскопия

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1927 Морфологични изследвания

91929-05 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за клетъчен блок

1926 Микробиологични изследвания

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителнос

1930 Имунологични изследвания

По преценка:

91904-11 Доказване на биомаркери на алергично възпаление

91924-11 Определяне на специфични IgE антитела срещу алергени

1923 Хематологични изследвания
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC 91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично 91924-00 Определяне на общи IgE или 91924-11 Определяне на специфични IgE антитела срещу алергени
1934 Други лабораторни изследвания
92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19 92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система
92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия
Имунизация
92179-00 Имунизация при алергия
Приложение на фармакотерапия
96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент 96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент - противоинфекциозен агент 96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид 96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид 96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент 96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент 96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент 96203-02“ - Перорално прилагане на фармакологичен агент- Противоинфекциозен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, от които задължително едната е хематологично изследване, едната от които задължително включва - 91910-04, 91910-05. и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.** Изследването на общи и специфични Ig E - 91924-00 и/или 91924-11 е по преценка При деца под 7 години изследването 11500-00 Бронхоспирометрия /Включва: газов анализ/ е по преценка на лекуващия лекар.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като

допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Алергология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична алергология", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с горепосочените медицински стандарти.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по алергология или Клиника/отделение по педиатрия
2. ОАИЛ/КАИЛ
3 Клинична лаборатория II ниво на компетентност с възможност за КГА
4. Рентгенов апарат за скопия и графия

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

Клиника/отделение по педиатрия

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия или детска пневмология и фтизиатрия

или

четирима лекари, от които един лекар със специалност педиатрия и един със специалност детска пневмология и фтизиатрия

III ниво на компетентност – шестима лекари, от които пет със специалност

Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия

или

четирима лекари, от които двама лекари със специалност детска пневмология

или

четирима лекари, от които един лекар със специалност детска пневмология и фтизиатрия

и един лекар със специалност по педиатрия

III ниво на компетентност – четирима лекари, от които поне двама с пневмология и фтизиатрия, а останалите – със специалност педиатрия

или

– в клиника по алергология III ниво на компетентност – двама лекари със специалност по алергология;

в отделение по алергология – един лекар със специалност по алергология;

– лекар със специалност по клинична лаборатория;

– лекар със специалност по образна диагностика.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Деца до 18 години с клинични данни за дихателни проблеми, причинени от контакт с екзогенни вещества по алергичен или иритативен механизъм, както и инфекции на горните дихателни пътища.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

При постъпване в болница за диагностика на алергично и/или инфекциозно - алергично заболяване на горни и долни дихателни пътища, първоначално се извършват диагностични процедури.

При установяване на генезата е уместно започването на лечение с алергенни ваксини.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Анамнестичните данни за контакт с екзогенни субстанции насочват към диагнозата.

Епикутанните, интрадермалните и Prick- кожни проби подпомагат диагнозата.

В някои случаи се налагат провокационни проби с екзогенни субстанции.

При негативни резултати се търсят други причини – инфекциозни, паразитни, автоимунни, неопластични болести.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ. Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

1. диагностицирано или отхвърлено професионално и/или алергично заболяване на горни и долни дихателни пътища;

2. стабилизирането на състоянието;

3. липсата на органно засягане.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”.*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Уважаеми Родители,

Вашето дете е с инфекциозно – алергично заболяване на белодробната система.

Вашият лекар е преценил, че за подобряване състоянието и изследване на Вашето дете, е необходимо да постъпи в болница. Престоят ще продължи до стабилизиране на неговото състояние. Ще му бъдат извършени различни изследвания, включително и функционално изследване на дишането, кръвно – газов анализ, биохимично изследване на кръв, микробиологични, рентгенови, както и всички други изследвания, при необходимост. Лечението ще включва: кортикостероиди, антибиотици, кислородолечение, както и други терапевтични средства, за които ще бъдете информирани и ще бъде взето Вашето съгласие да бъдат извършени.

Детето Ви може да се посещава само от двамата родители, които имат право на цялата информация за здравословното му състояние. При наличие на развод, сведение получава само родителят, който има юридически права за грижи над детето.

При дете, чиито родители нямат сключен брак, правата върху детето се установяват с едновременно писмено съгласие и паспортни данни за родителите, отразено в История на заболяването.

Родителите могат да посещават детето си само в определените за свиждане дни и часове.

Сведения за състоянието на Вашето дете можете да получите само от лекуващия лекар.

Ние ще следим здравословното състояние на детето Ви в продължение на целия престой - от деня на приемането до деня на изписване от клиниката. След подобряване на състоянието му, то ще бъде изписано.

Ако Вие пожелаете, детето да бъде изписано преди приключване на необходимия за лечението срок, е необходимо да заявите това писмено в История на заболяването, с което снемате отговорността от лекуващия лекарски екип.

КП № 42.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГНОЙНО-ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА БРОНХО-БЕЛОДРОБНАТА СИСТЕМА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 6 дни
1. Минимален болничен престой при J85.0, J85.1 и J85.2 - 7 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

J47 Бронхиектатична болест
Бронхиолектазии
Не включва: вродени бронхоектазии (Q33.4)
туберкулозни бронхоектазии (активни) (A15—A16)

Абсцес на белия дроб и медиастинума
J85.0 Гангрена и некроза на белия дроб
J85.1 Абсцес на белия дроб с пневмония
Не включва: с пневмония, предизвикана от неуточнен причинител (J10—J16) **J85.2**
Абсцес на белия дроб без пневмония
Абсцес на белия дроб БДУ

Други болести на плеврата

J90 Плеврален излив, некласифициран другаде

Вродени аномалии на белия дроб
Q33.0 Вродена белодробна кистоза
Вроден(-а):
- бял дроб тип "восъчна пита"
- белодробна болест:
  - кистозна
  - поликистозна

Не включва: кистозна белодробна болест, придобита или неуточнена (J98.4)
Q33.1 Добавъчен лоб на белия дроб
Q33.2 Секвестрация на белия дроб
Q33.3 Агенезия на белия дроб
Липса на бял дроб (белодробен лоб)
Q33.4 Вродена бронхиектазия
Q33.5 Ектопична тъкан в белия дроб
Q33.6 Хипоплазия и дисплазия на белия дроб
Не включва: белодробна хипоплазия, свързана с недоносеност (P28.0)
Q33.8 Други вродени аномалии на белия дроб
Q33.9 Вродена аномалия на белия дроб, неуточнена

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за изследване на бронх	
41898-00	Фиброоптична бронхоскопия
41889-00	Бронхоскопия
Компютърна томография на гръден кош	
56301-00	Компютърна томография на гръден кош
56307-00	Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
	Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

1849 Друго измерване на дихателна функция

11503-12 Измерване на тотален белодробен капацитет
Измерване на абсолютен белодробен обем

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1930 Имунологични изследвания

91924-11 Определяне на специфични IgE антитела срещу алергени

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1926 Микробиологични изследвания

92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност
91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер

92044-00 Друго кислородно обогатяване

Приложение на фармакотерапия	
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични - 58500-00, 92184-02 и хематологични (91910-04, 91910-05, 9191007) и две основни терапевтични процедури, едната от които задължително 96199-02, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

При спешен прием се прави рентгенография (процедура с код 58500-00, направена до 72 часа преди хоспитализацията.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана наймалко на второ ниво на компетентност.

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Рентгенов апарат за скопия и графия Отделение по образна диагностика
3. Лаборатория за ФИД (спирометрия)
4. Клинична лаборатория II ниво с възможност за КГА
5. Легла за интензивно лечение в отделение /к-ката

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ...

- в клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия II ниво на компетентност – двама лекари със специалност по пневмология и фтизиатрия

или в клиника/отделение по вътрешни болести II ниво - при наличност на лекар със специалност пневмология и фтизиатрия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-терапевтичен план.

Диагностика и лечение на пациенти с гнойно-възпалителни заболявания на бронхобелодробната система при:

1. всички остри състояния J85.0, J85.1, J85.2;
2. масивен плеврален излив с необходимост от спешна пункция;
3. масивно кръвохрачене - R04;
4. гнойно-възпалителни процеси на бронхо-белодробната система, съпроводени с друга хронична белодробна патология, хронична застойна сърдечна недостатъчност, захарен диабет, ХБН, хронична чернодробна недостатъчност, данни за извънбелодробно ангажиране от болестта;
5. клинични и параклинични данни за влошаване на обективната находка въпреки провежданото амбулаторно лечение по искане на лекаря специалист, водещ диспансерното наблюдение.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Медико-диагностичните изследвания (вкл. КГА)при пациенти с дихателна недостатъчност се извършват до 24 часа от приемането. Контролна рентгенография, се извършва задължително при изписване от болницата само при болни с белодробен абсцес, а при останалите е по преценка..

Началната антибактериална терапия при болните с гнойни белодробни болести е емпирична, широкоспектърна, съобразена със смесената флора, предизвикваща заболяването.

Флората при гнойните белодробни болести най-често е смесена. Причинители могат да бъдат Грам /+/ аероби – Streptococcus piogenes, други стрептококи, Staphilococcus aureus, Грам /-/ бактерии – Klebsiella pneumoniae, Enterobacter, Serratia, Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli, Proteus и др. Анаеробните бактерии са често присъствие при гнойните белодробни болести – Prevotella, Porphyromonas, Fusobacterium nucleatum,

Peptostreptococcus, Bacteroides fragilis и др.

Присъствието най-често на смесена флора предполага началното антибактериално лечение да е комбинирано. В клиничната практика ефективност са доказали следните комбинации:

Бета-лактам + бета-лактамазен инхибитор + антианаеробен химиотерапевтик / антибиотик i.v.

Цефалоспорин II - III-та генерация + антианаеробен химиотерапевтик/антибиотик i.v.

Респираторен хинолон + Penicillin

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на клиничната картина, характерен рентгенов или КТ-образ и/или ендоскопска диагноза, при изключване на други диагнози.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

1. овладяване на възпалителния процес или усложненията;
2. преценка на контролните лабораторни, рентгенови и микробиологични изследвания - ПКК + ДБ, контролна рентгенография (задължителна само за кодове J85.0 J85.1 J85.2, J90), резултат от посявка за микробна флора.

С оглед характера и тежестта на гнойните белодробни болести при бронхиектазна болест минималното по продължителност антибактериално лечение е препоръчително да е 6 дни, а при остър белодробен абсцес и гангрена – се определя индивидуално от динамиката на рентгеновата и микробиологичната находки.

При острия белодробен абсцес (гангрена) е препоръчително да се направи контролна рентгенография 30 дни след изписване с оглед преценка хода на оздравителния процес или очертана тенденция за хронифициране.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ</u> НА <u>ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4
ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)
(относно диагностично-терапевтични процедури, необходими за гнойните заболявания на белия дроб)

Вие имате право да бъдете подробно информиран за заболяването си и неговата фаза.

Вие ще бъдете информиран за всички необходими изследвания, уточняващи Вашата точна диагноза, за рисковете, които те крият и начина, по който се извършват.

Вие трябва да бъдете подробно запознат с начините на лечение на заболяването Ви, както и за всички възможни вредни последици от прилагането на медикаментозно лечение.

Всички изброени по-горе разяснения нямат за цел да Ви обезпокоят. Те целят Вашата пълна информираност, за да можете да вземете решение дали да приемете предложените диагностични и лечебни методи. Правата на пациентите в Република България съгласно действащото в страната законодателство Ви гарантират следните възможности:

- Право на достъп до медицинска помощ.
- Пълна информация.
- Право на съгласие\право на самоопределяне, право на автономия.
- Право на тайна, и др.

Вие сте с гнойно – възпалително заболяване на белодробната система.

Ще Ви бъдат извършени различни изследвания, включително и функционално изследване на дишането, кръвно – газов анализ, биохимично изследване на кръв, микробиологични, рентгенови, както и всички други изследвания, при необходимост.

Лечението ще включва: кортикостероиди, антибиотици, кислородолечение, както и други терапевтични средства, за които ще бъдете информирани и ще бъде взето Вашето съгласие да бъдат извършени.

Молим Ви да прочетете внимателно написания по-долу текст и при съгласие да подпишете.

Д-р……, като мой лекуващ лекар и екипът на съответното звено да поемат грижите и лечението на моето заболяване, обяснено ми като……

Беше ми обяснено, че в диагностичното уточняване и лечение на моето заболяване са предвидени следните процедури

……
……

……. Приемам ги и потвърждавам писмено това.

Уведомен/а съм, че в хода на диагностично-лечебния процес моят лекуващ лекар може да открие други, различни от заболяването ми, нарушения в здравето. Ако последните изискват други, различни от плануваните методи, то аз упълномощавам моя лекуващ лекар и екипа, в който работи, да ги извършат.

Съгласен/а съм (не съм съгласен/а) да бъдат използвани кръв и кръвни продукти в моето лечение.

Наясно съм, че не мога да получа пълни гаранции за резултата от лечението.

Наясно съм, че при неприлагане на необходимото лечение съществуват сериозни рискове за моето здраве.

Обяснено ми е, че съществува вероятност при диагностично-терапевтичните процедури да се получат усложнения.

Съгласен съм да бъдат извършени всички необходими изследвания и процедури за установяване на причините при евентуален неблагоприятен изход от заболяването.

Обяснено ми е, че в хода на диагностичния процес може да се наложи извършване на фибробронхоскопия с цел диагноза и лечение – добиване на секрети за микробиологична диагноза, отстраняване на гнойни секрети и колекции.

Обяснена ми е необходимостта да се провежда при необходимост продължително антибиотично лечение, въведено по венозен път.

Предоставена ми беше възможност да задавам въпроси относно рисковете и опасностите, свързани с процедурите (диагностични и лечебни), които ще ми бъдат прилагани. Считам, че съм получил достатъчно информация, за да дам съгласие за използването им.

Декларирам, че настоящият формуляр ми бе разяснен, прочел съм го и съм наясно със съдържанието му.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип.

Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

КП № 42.2
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГНОЙНО-ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА БРОНХО-БЕЛОДРОБНАТА СИСТЕМА ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой - 7 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

J47 Бронхиектатична болест
Бронхиолектазии
Не включва: вродени бронхоектазии (Q33.4)
туберкулозни бронхоектазии (активни) (A15—A16)

Абсцес на белия дроб и медиастинума
J85.0 Гангрена и некроза на белия дроб
J85.1 Абсцес на белия дроб с пневмония
Не включва: с пневмония, предизвикана от неуточнен причинител (J10—J16) **J85.2**
Абсцес на белия дроб без пневмония
Абсцес на белия дроб БДУ

J90 Плеврален излив, некласифициран другаде
Плеврит с излив
Не включва: хилозен (плеврален) излив (J94.0)
плеврит БДУ (R09.1)
туберкулозен (A15—A16)

Вродени аномалии на белия дроб
Q33.0 Вродена белодробна кистоза
Вроден(-а):
бял дроб тип “восъчна пита”
белодробна болест:
- кистозна
- поликистозна

Не включва: кистозна белодробна болест, придобита или неуточнена (J98.4)
Q33.1 Добавъчен лоб на белия дроб
Q33.2 Секвестрация на белия дроб
Q33.3 Агенезия на белия дроб
Липса на бял дроб (белодробен лоб)
Q33.4 Вродена бронхиектазия
Q33.5 Ектопична тъкан в белия дроб
Q33.6 Хипоплазия и дисплазия на белия дроб
Не включва: белодробна хипоплазия, свързана с недоносеност (P28.0)
Q33.8 Други вродени аномалии на белия дроб
Q33.9 Вродена аномалия на белия дроб, неуточнена

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за изследване на бронх

41898-00 Фиброоптична бронхоскопия
Не включва: такава с:
- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

41889-00 Бронхоскопия
Не включва: такава с:
- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
- корем (56301-01, 56307-01 [1957])
- и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош
56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография [redacted] гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974]

1849 Друго измерване на дихателна функция

11503-12 Измерване на тотален белодробен капацитет

Измерване на абсолютен белодробен обем
11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)
13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1930 Имунологични изследвания

91924-11 Определяне на специфични IgE антитела срещу алергени

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1926 Микробиологични изследвания

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност
91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

92044-00 Друго кислородно обогатяване 1615
Каталитична кислородотерапия
Циторедуктивен ефект
Кислородотерапия
Оксигенатори
Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две диагностични процедури, от които едната задължително е: 41898-00 или 58500-00 или 56301-00; и две основни терапевтични процедури (задължително 96199-02, 96199-09, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с горепосочения медицински стандарт „Педиатрия".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. клиника по Детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по педиатрия
2. Рентгенов апарат за скопия и графия
3. Клинична лаборатория II - III ниво с възможност за КГА
4. Лаборатория за ФИД (спирометрия)

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Имунологична лаборатория
2. КТ или МРТ с осгурено обслужване 24 часа в денонощието, вкл. и при спешни състояния
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Клиника/отделение по педиатрия

III ниво на компетентност – шестима лекари, от които петима със специалност по педиатрия и/или детска пневмология и фтизиатрия

Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия

III ниво на компетентност

– минимум четирима лекари със специалност педиатрия и/или детска пневмология и фтизиатрия, от които поне двама с детска пневмология и фтизиатрия, а останалите – със специалност педиатрия

или

клиника по алергология III ниво на компетентност - двама лекари със специалност по алергология; в отделение по алергология – един лекар със специалност по алергология;

– лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-терапевтичен план.

Диагностика и лечение на пациенти с гнойно-възпалителни заболявания на бронхобелодробната система при:

1. всички остри състояния J85.0, J85.1, J85.2;
2. масивен плеврален излив с необходимост от спешна пункция;
3. масивно кръвохрачене - R04;
4. гнойно-възпалителни процеси на бронхо-белодробната система, съпроводени с друга хронична белодробна патология, хронична застойна сърдечна недостатъчност, захарен диабет, ХБН, хронична чернодробна недостатъчност, данни за извънбелодробно ангажиране от болестта;
5. клинични данни за токсоинфекциозен синдром при лица под 18 години;

. клинични и параклинични данни за влошаване на обективната находка въпреки провежданото амбулаторно лечение по искане на лекаря специалист, водещ диспансерното наблюдение.

Дейностите и услугите в обхвата се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материл за медико-диагностични изследвания се извършва до 24 часа от приемането.

Спирометрия – при приемането (за възраст над 8 години и когато състоянието на болния позволява) и преди дехоспитализацията.

Фибробронхоскопия – в рамките на болничния престой, при необходимост.

Назначените от лечебното заведение образни изследвания (рентгенография или КАТ) трябва да се извършат в рамките на болничния престой.

Други изследвания – в рамките на болничния престой.

Началната антибактериална терапия при болните с гнойни белодробни болести е емпирична, широкоспектърна, съобразена със смесената флора, предизвикваща заболяването.

Флората при гнойните белодробни болести най-често е смесена. Причинители могат да бъдат Грам /+/ аероби – Streptococcus piogenes,други стрептококи, Staphilococcus aureus, Грам /-/ бактерии – Klebsiella pneumoniae, Enterobacter, Serratia, Pseudomonas aeruginosa, Escherichia coli,Proteus и др. Анаеробните бактерии са често присъствие при гнойните белодробни болести – Prevotella, Porphyromonas, Fusobacterium nucleatum, Peptostreptococcus, Bacteroides fragilis и др.

Присъствието най-често на смесена флора предполага началното лечение да е комбинирано антибактериално. В клиничната практика ефективност са доказали следните комбинации:

Бета-лактам + бета-лактамазен инхибитор + антианаеробен химиотерапевтик/антибиотик i.v.

Цефалоспорин втора/трета генерация + антианаеробен химиотерапевтик/антибиотик i.v.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на клиничната картина, характерен рентгенов и КТ-образ и/или ендоскопска диагноза, при изключване на други диагнози.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ. Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние

(клинични/параклинични) и:

1. овладяване на възпалителния процес или усложненията;
2. преценка на контролните лабораторни, рентгенови и микробиологични изследвания - ПКК + ДБ, контролна рентгенография (задължителна само за кодове J85.0 J85.1 J85.2, J90), резултат от посявка за микробна флора.

С оглед характера и тежестта на гнойните белодробни болести при бронхиектазна болест минималното по продължителност антибактериално лечение е препоръчително да е 15 дни, а при остър белодробен абсцес и гангрена – 20 дни, като при затегнати случаи и усложнения – 30 дни.

При острия белодробен абсцес (гангрена) е препоръчително да се направи контролна рентгенография 30 дни след изписване с оглед преценка хода на оздравителния процес или очертана тенденция за хронифициране.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”.*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Уважаеми Родители,

Вашето дете е с гнойно – възпалително заболяване на белодробната система.

Вашият лекар е преценил, че за подобряване състоянието и изследване на Вашето дете е необходимо то да постъпи в болница. Престоят ще продължи до стабилизиране на неговото състояние.

Ще му бъдат извършени различни изследвания, включително и функционално изследване на дишането, кръвно – газов анализ, биохимично изследване на кръв, микробиологични, рентгенови, както и всички други изследвания при необходимост.

Лечението ще включва: кортикостероиди, антибиотици, кислородолечение, както и други терапевтични средства, за които ще бъдете информирани и ще бъде взето Вашето съгласие да бъдат извършени.

Детето Ви може да се посещава само от двамата родители, които имат право на цялата информация за здравословното му състояние. При наличие на развод, сведение получава само родителят, който има юридически права за грижи над детето.

При дете, чиито родители нямат сключен брак, правата върху детето се установяват с едновременно писмено съгласие и паспортни данни за родителите, отразено в История на заболяването.

Родителите могат да посещават детето си само в определените за свиждане дни и часове.

Сведения за състоянието на Вашето дете можете да получите само от лекуващия лекар.

Ние ще следим здравословното състояние на детето Ви в продължение на целия престой - от деня на приемането до деня на изписването му от клиниката. След подобряване на състоянието му, то ще бъде изписано.

Ако Вие пожелаете детето да бъде изписано преди приключване на необходимия за лечението срок, е необходимо да заявите това писмено в История на заболяванетото, с което снемате отговорността от лекуващия лекарски екип.

КП № 43
БРОНХОСКОПСКИ ПРОЦЕДУРИ С НЕГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ В ПУЛМОЛОГИЯТА

1.Минимален болничен престой - 48 часа
1.Минимален болничен престой при лица под 18 години – 3 дни

.КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за изследване на бронх

41889-01 Бронхоскопия през изкуствена стома
Не включва: такава с:
- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- *екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])*

41889-00 Бронхоскопия
Не включва: такава с:
- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- *екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])*

Бронхоскопия с биопсия или отстраняване [redacted] чуждо тяло

41898-01 Фиброоптична бронхоскопия с биопсия
Включва: флуороскопски увод
лаваж: • бронхиален
- бронхо-алвеоларен
- трансбронхиална белодробна биопсия
- лаваж с цел събиране материал за изследване

41892-00 Бронхоскопия с биопсия

Друга рентгенография [redacted] гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
- Включва:бронх
  - диафрагма сърце
  - бял дроб
  - медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на на други места

55812-00 Ултразвук на гръден кош или коремна стена

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1926 Микробиологични изследвания

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

1927 Морфологични изследвания

92184-05 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за клетъчен блок

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
91910-08 Изследване на време на кървене
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11 Изследване на фибриноген

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)
Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT]
техника на форсирана експирация [FET] с използване на техники/устройства като:
- перкусия
- разклащане

Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията

Приложение на фармакотерапията

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок[741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Кодирай също когато е направена:
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които задължително хематологични изследвания (91910-04,91910-07, 91910-05, 91910-08, 91910-09, 91910-10, 91910-11) и 41898-01 и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Процедура 92184-02 и/или 92184-05 задължително се отчита допълнително при вземане на материал за микробиологично, хистологично или цитологично изследване.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана наймалко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Гръдна хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гръдна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицевочелюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Лечебното заведение следва да има има назначени на основен трудов договор специалистите, посочени в КП, като специалистът, притежаващ свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по "Бронхоскопия", отговаря на изискването за извършени рутинно 100 бронхоскопии годишно, документирани с работен журнал или описателни фишове.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване и с друго лечебно заведение за извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК

Задължително звено
1. Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по гръдна хирургия или Детска хирургия
2. Бронхологично отделение/кабинет
3. КАИЛ/ОАИЛ – само за лечение на пациенти на възраст под 18 години
4. Клинична лаборатория с възможност за КГА
5. Отделение/кабинет по образна диагностика
6. Лаборатория за ФИД (спирометрия).

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Отделение/Лаборатория по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б.Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

– двама лекари със специалност пневмология и фтизиатрия, единият от които притежава свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по "Бронхоскопия" и извършващ рутинно 100 бронхоскопии, документирани с работен журнал или описателни фишове или

– лекар със специалност гръдна хирургия, притежаващ свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по "Бронхоскопия" и извършващ рутинно 100 бронхоскопии, документирани с работен журнал или описателни фишове;

– лекар със специалност клинична лаборатория;

– лекар със специалност образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

– лекар със специалност детска пневмология и фтизиатрия, притежаващ свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по "Бронхология" и извършващ рутинно бронхоскопии, документирани с работен журнал или описателни фишове или

– двама лекари със специалност пневмология и фтизиатрия, единият от които притежава свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по "Бронхоскопия" и извършващ рутинно 100 бронхоскопии, документирани с работен журнал или описателни фишове или

– лекар със специалност гръдна хирургия/детска хирургия, притежаващ свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по "Бронхология" и извършващ рутинно по 100 бронхоскопии, документирани с работен журнал или описателни фишове;

– лекар със специалност педиатрия;

– лекар със специалност клинична лаборатория;

– лекар със специалност анестезиология и интензивно лечение.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

1. Спешна диагностика и лечение чрез ендоскопски процедури при пациенти със:
1.1. кървене от долни дихателни пътища (ДДП) - повече от 100 мл за 24 часа;
1.2. хиповентилация или ателектаза на белия дроб с развитие на дихателна недостатъчност;
1.3. обективни данни за травматична лезия на трахея и/или бронхи.
2. Диагностично уточняване, определяне на терапевтично поведение и лечение на пациенти със:
2.1. симптоми от страна на трахея, бронхи, бял дроб, плевра, хранопровод и медиастинални лимфни възли, като: дисфония, задух, кашлица, кръвохрак - под 100 мл за 24 часа, слузна/слузно-гнойна експекторация, дисфагия, анемичен синдром, загуба на телесна маса, неясно фебрилно състояние:
2.2. специфично и неспецифично заболяване на бронхо-белодробната система;
2.3. бронхообструктивно заболяване в стадий на екзацербация;
2.4. заболявания, свързани с имунния механизъм;
2.5. болести на бронхо-белодробната система, причинени от външни агенти;
2.6. други интерстициални и редки белодробни болести;
2.7. вродени аномалии на бронхо-белодробната система;
2.8. травми и изгаряни на дихателните пътища;
2.9. ендоскопско въвеждане на лекарствени средства;
2.10. за предоперативна подготовка при заболявания на бронхо-белодробната система;
2.11. следоперативно ендоскопско лечение на рецидиви, фистули, ателектази и др.;
2.12. рентгенологично верифициран плеврален излив..

Дейностите и услугите в обхвата се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материл за клинико-лабораторни изследвания се извършва до 24 часа от приемането.

Процедурите с биопсия се извършват в рамките на болничния престой.

Назначените от лечебното заведение образни изследвания трябва да се извършат в рамките на болничния престой.

ПОКАЗАНИЯ ЗА ДИАГНОСТИЧНА БРОНХОСКОПИЯ:

- анамнеза за аспирация на чуждо тяло;
- кръвохрачене;
- кашлица с неясен произход;
- немотивиран задух – неповлияващ се от адекватна дезобструктивна терапия;
- рентгенови промени в белите дробове (кръгли сенки, хилусни засенчвания, ателектаза, рецидивиращи инфилтрати, дисеминирани сенки, плеврални изливи),
- парализа на гласна връзка, диафрагма;
- съмнение за злокачествени или доброкачествени тумори на бронхобелодробната система;
- съмнение или наличие на ТБК в храчките;
- трудна конвенционална интубация;
- травми и изгаряния на дихателните пътища от инхалирани вредности, респираторни нарушения от медицински процедури.

ПОКАЗАНИЯ ЗА ТЕРАПЕВТИЧНА БРОНХОСКОПИЯ - провежда се при:

- запушване на трахеобронхиалното дърво и белия дроб от секрети – за аспирация и лаваж;
- възпалителни заболявания на белия дроб и инхалиране на вредни агенти – аспирация и вливане на лекарствени вещества;
- кървене от долни дихателни пътища (ДДП) - масивното кръвохрачене е показание за бронхологично изследване с цел спешно определяне терапевтично поведение и е показателно, ако се извърши до 48 ч. от началото на кървенето.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ЗА:

А.

Бронхоскопия

Абсолютни:

1. Новопоявило се ритъмно-проводно нарушение.
2. Екстремна хипоксемия, некомпенсирана от подаден с катетър/маска кислород.
3. Остър миокарден инфаркт.
4. Хипертонична криза.

Относителни:

1. Тежка кифосколиоза.
2. Психични отклонения.
3. Нарушения в коагулационния статус.
4. Невъзможност за отваряне на устата.

За осъществяване на бронхологични изследвания при деца може да се използва обща или топикална анестезия в зависимост от възрастта.

УСЛОЖНЕНИЯ

А. При бронхоскопия:

1. Лекарствена реакция – от премедикацията и/или анестезията.
2. Ларингоспазъм.
3. Конвулсивна кашлица, въпреки анестезията.
4. Бронхоспазъм.
5. Температура – над 37,5 C°.
6. Инфекция.
7. Хипоксемия /Хиперкапния.
8. Хеморагия.
9. Пневмомедиастинум.
10. Пневмоторакс.
11. Въздушна емболия.
12. Подкожен емфизем.
13. Лезия на трахея или бронх.

Медикаментозно лечение:

Включва при нужда лечение на основното заболяване и/или корекция на жизнено важни функции, според препоръките за стандартизирано поведение на българското дружество по белодробни болести и добрата медицинска практика: лечение с антибиотици, секретолитици, бронходилататори, кръвоспиращи, обезболяващи, водно-солеви разтвори, електролитни разтвори, биопродукти (при нужда) и др.

Оперативно лечение:

Обсъжда се, когато не могат да се овладеят възникнали усложнения от ендоскопското изследване и лечение, напр. травматична лезия на дихателните пътища или ендоскопски неовладяващо се кървене от тях.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя:

- след диагностична процедура, при налично микробиологично, биохимично и/или цитоморфологично изследване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

1. осигуряване на точна диагноза;
2. проведено лечение на основното заболяване с документирано подобряване на установени отклонения в жизненоважни функции и/или усложнения.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Диагносично-терапевтични процедури в пулмологията с неголям обем и сложност включват методи за диагностика и лечение на редица заболявания на бронхобелодробната система, плеврата, гръдната стена и/или средостение (лимфни възли, хранопровод и др.). Преди изследването лекуващия лекар и лекаря-бронхолог ще разговарят с Вас, относно необходимостта на провеждането на такова изследване и възможностите то да допринесе за точната диагноза и своевременно лечение на вашето състояние. Вие ще бъдете информирани за най-честите рискове при запланувaната процедура намеса.

Защо се налага това изследване?

- ***За да се постави диагноза*** **–** диагностичните техники с малък и среден обем на сложност се налагат, тъй като често видът на някои заболявания се установява едва след взимане на биопсия от патологичното огнище, като материалът се зследва микроскопско.
- ***За ограничаване и/или отстраняване на причината за заболяването*** **–** често успоредно с извършване на диагностичните процедури с малък и среден обем на сложност при вродени и придобити заболявания на белия дроб, средостението и плеврата се налага да се започне и оптимално лечение (медикаментозното и/или ендоскопско).

Видове диагностично-терапветични методи методи:

<u>Бронхоскопски - флексибилна бронхоскопия (ФБС)</u> – апаратът е флексибилен (огъваем), с външен диаметър от 3,2 до 6,5 мм. Може да премине през устата или през носа, в зависимост от целта на изследването, под локална (местна) или обща анестезия.

Начин на упояване (анестезия):

Бронхологично изследване и лечение с локална анестезия – лекарството за локална (местна) анестезия се накапва и/или впръсква последователно в ноздрите и устна кухина със специален накрайник докато се появи чувство на изтръпване на устни и език. Следва накапване на анестетика върху гласните връзки и в трахея – усеща се изтръпване на гърлото и затруднено гълтане. След анестезията може да се проведе изследване, като Вие няма да губите съзнание. Около 2 часа след завършване на бронхоскопията не можете да приемате все още храна, течности и медикаменти през устата, тъй като продължава действието на анестетика.

Бронхологично изследване и лечение под пълна упойка (обща анестезия)

Особеностите на този вид анестезия може да научите от лекаря-анестезиолог. За Вас е важно, че няма да усещате манипулацията, като рисковете от този вид анестезия могат да бъдат по-големи.

Преди бронхоскопията се поставят медикаменти, подпомагащи извършването на изследването – нарича се ПРЕМЕДИКАЦИЯ.

По време на изследването се извършва контрол (мониториране) на пулса, артериалното налягане, кислородното насищане в кръвта Ви (SAT%).

Опасности при Бронхологично изследване и лечение:

Рискът при тази лекарска намеса зависи, както от опитността на екипа, така и от общото състояние на организма Ви и степента на увреждането му. За да открием източниците на опасност навреме е необходимо да уведомите лекуващия си лекар за прекарани в миналото заболявания, както и за инциденти при подобни предходни изследвания.

Възможни инциденти по време на бронхоскопията и след нея:

Въпреки пределната концентрация на екипа по време на изследването може да се стигне до инциденти, които най-често се откриват и отстраняват веднага. Това са:

- Повишаване на артериалното налягане, което да предизвика кървене, изискващо непосредствена аспирация. Може да се наложи интубация с ригиден бронхоскоп или интубационна тръба, за да се овладее кървенето. Изключително рядко, при невъзможност да се спре по ендоскопски път кървенето, се налага оперативна намеса за лигиране (връзване) на кървящия кръвоносен съд или отстраняване на кървящия сегмент или дял от дроба. Може да се наложи преливане на кръв или кръвозаместващи течности.
- Може да се наранят съседни органи (напр. кръвоносни съдове, нерви, хранопровод) при извършване на бронхологични процедури, ако патологичния процес е в непосредствена близост до тях и/или ги обхваща. Рискът се повишава при предхождащи операции на гръдната клетка, сложни анатомични съотношения, вродени малформации, при обширни възпалителни промени или тежки сраствания.
- Рядко може да се травмират лигавицата на носа и гласни връзки от неизбежния натиск по време на изследването с бронхоскопа. Те се появяват най-често веднага след изследването и обикновено отзвучават без да се взимат медикаменти от няколко часа до ден след бронхоскопията.
- Може да възникнат пристъпи на задух или спастична кашлица по време на изследването. Преодоляват се с допълнителна локална анестезия и подаване на кислород с маска или катетър.
- Когато при различни бронхологични манипулации попадне въздух в гръдната кухина се образува пневмоторакс. Това може да затрудни кръвообращението и дишането Ви. Лечението е да се постави специален пластмасов (дренажен) катетър в гръдната половина, където е възникнал пневмоторакса и се включи на аспирация за няколко дни.
- Ако влезе въздух в кръвоносен съд при извършване на бронхологична манипулация може да възникне въздушна емболия; изразяваща се по-специално с изтръпване на кожата и болки в раменете, които по правило изчезват след няколко часа. Тя се лекува чрез поставяне в специално положение - Тренделенбург.

Всички усложнения, макар и много рядко, могат да наложат приемане в спешно и интензивно клиника/отделение/сектор, където да се извършват реанимационни грижи.

Поинтересувайте се след изследването, преди напускане на кабинета/отделението/клиниката за:

Кога е възможно да се пият течности и да се поема храна?

Трябва ли да се пият нови лекарства? Какви и колко време?

Колко време трябва да почивате (да лежите) след манипулацията?

Трябва ли да се промени начинът Ви на живот?

Откога можете да започнете отново работа/училище?

Необходими ли са контролни прегледи и кога?

В следващите три дни след изписването, ако не сте настанени в друго лечебно заведение и получите задух, кръвохрачене, болки в гърдите веднага се явете на контролен преглед при лекуващия Ви лекар.

КП № 44
ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ В ПУЛМОЛОГИЯТА

1.Минимален болничен престой – 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ДИАГНОСТИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ

Бронхоскопия с биопсия или отстраняване на чуждо тяло

41894-00 Трансбронхиална тънкоиглена аспирационна биопсия (ТБТАБ)

41898-01 Фиброоптична бронхоскопия с биопсия

Процедури за изследване на бронх

41889-00 Бронхоскопия
Не включва: такава с:
- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

Бронхоскопия с биопсия или отстраняване на чуждо тяло

41892-00 Бронхоскопия с биопсия

Биопсия на бял дроб или плевра

38812-00 Перкутанна иглена биопсия на бял дроб
Пневмоцентеза
Пункция на бял дроб
Не включва: ендоскопска биопсия на бял дроб (41892-00, 41898-01 [544]) 38812-01
38812-01 Затворена (транскутанна) (иглена) биопсия на медиастинума - true cut биопсия

Бронхоскопия с биопсия или отстраняване на чуждо тяло

41898-01 Фиброоптична бронхоскопия с биопсия
41896-00 Автофлуоресцентна бронхоскопия
41896-01 Електро-навигационна бронхоскопия

559 Процедури за изследване на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38436-00 Торакоскопия
Включва: биопсия
38437-00 Трансторакална иглена биопсия на гръдната стена под образен контрол - true cut биопсия

3. ОСНОВНИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ

Други ексцизионни процедури на трахея

41886-00 Премахване на чуждо тяло от трахея

Други ексцизионни процедури на бронх

41892-01 Бронхоскопия с ексцизия на лезия
Не включва: ендоскопска ексцизия на бронхиална лезия с лазер (41901-00 [545])

Процедури за поставяне, прилагане или отстраняване върху трахея

41905-00 Поставяне на трахеален стент
Не включва: при подмяна (41905-01 [533])

41905-01 Подмяна на трахеален стент

Възстановителни процедури на бронхи

41905-04 Поставяне на ендобронхиален стент
Не включва: при подмяна (41905-05 [546])
41905-05 Подмяна на ендобронхиален стент
41895-01 Премахване на ендобронхиален стент
Не включва: при подмяна (41905-05 [546])

Приложение на фармакотерапия

18228-01 Инжектиране на локален агент в трахея и/или бронх

Други процедури на трахея

90162-00 Други процедури на трахея
41880-00 Трахеостомия

Други ексцизионни процедури на бронх

41901-00 Ендоскопска резекция на лезия на бронх с лазер
Не включва: ендоскопска ексцизия на бронхиална лезия с лазер (41901-00 [545])
90163-00 Друга ендоскопска ексцизия на бронх

Частична резекция на бял дроб

90168-00 Ендоскопска обем редуцираща операция на бял дроб
90169-00 Ендоскопска клиновидна резекция на бял дроб
Торакоскопска клиновидна резекция на бял дроб

Други процедури на бронх

41899-00 Затваряне на бронхиална фистула

Възстановителни процедури на бронхи

41904-00 Бронхоскопия с дилатация
Ендоскопска дилатация на стриктура:
- бронхиална
- трахеална

Кодирай също когато е направен:
- поставяне на стент:
- ендобронхиален (41905-04 [546])
- ларингеален (41905-02 [521])
- трахеален (41905-00 [533])

Други процедури на бронх

90165-00 Друга процедура на бронх
Ексцизия лезия на бронх БДУ
Лигиране на бронх
Не включва: чрез интраторакален достъп (38456-04 [547])

Процедури за изследване на бронх

41898-00 Фиброоптична бронхоскопия
Не включва: такава с:
- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

Брахитерапия, други интракавитарни места

90764-00 Брахитерапия, интракавитарна, ниска дозова честота
Включва: стереотактична брахитерапия
Кодирай също когато е направена:
- брус отвори (39012-00 [7])
- интракраниална стереотактична локализация (40803-00 [1])

Не включва: такава на гинекологични локализации (виж блок [1790])

Бронхоскопия с биопсия или отстраняване на чуждо тяло

92048-00 Отстраняване на вътрелуменно чуждо тяло от трахея и бронх без инцизия

Приложение на **фармакотерапия**

96201-00 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на гръден кош

56301-00 Компютърна томография на гръден кош
56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх диафрагма сърце бял дроб медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

59965-00 рентгеноскопия на гръден кош

Ултразвук на други места

55812-00 Ултразвук на гръден кош или коремна стена

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност
92184-05 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за клетъчен блок

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
91910-09 Изследване на протромбиново време

91926-00 Определяне на кръвни групи от системата AB0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-A, анти-B, антиAB, анти-D и тест-еритроцити A1, A2, B и 0)

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на бял дроб или плевра

90171-00 Ендоскопска плевродеза
Торакоскопска плевродеза
Включва: поставяне на междуребрен катетър

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
- кръвозаместители
- Dextran
- Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
- кръвни заместители
- гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
- Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент - антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени: една високоспециализирана интервенционална процедура (диагностична и/или терапевтична), четири основни диагностични процедури, посочени в блок **Кодове на основни процедури**, от които едната задължително включва: 91910-04, 91910-05, 19910-09, 91926-00 и една основна терапевтична процедура, посочена в таблица **Кодове на основни процедури.**

Процедура 92184-02 и/или 92184-05 задължително се отчита допълнително, като основна процедура, при вземане на материал за микробиологично, хистологично или цитологично изследване.

Ако е приложена и изпълнена процедура 38812-00, е задължително една от четирите основни диагностични процедури да бъде 56301-00, 58500-00 или 55812-00.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

– двама лекари със специалност пневмология и фтизиатрия, единият от които притежава свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по "Бронхоскопия" и извършващ рутинно 100 бронхоскопии, документирани с работен журнал или описателни фишове или
– лекар със специалност гръдна хирургия, притежаващ свидетелство от Медицински университет за завършен основен курс по "Бронхоскопия" и извършващ рутинно по 100 бронхоскопии, документирани с работен журнал или описателни фишове или
– двама лекари със специалност УНГ – само за кодове на процедури 41905-00; 41905-01 и 92048-00 или
– лекар/лекари със специалност по образна диагностика, от които един със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от ректор на медицински университет) – само за кодове на процедури 38812-00, 38437-00 и 38437-01;
– лекар със специалност клинична лаборатория;
– лекар със специалност анестезиология и интензивно лечение;
– лекар със специалност клинична патология.

4б. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:
– лекар със специалност детска пневмология и фтизиатрия, притежаващ свидетелство от Медицински университет за завършен основен курс по "Бронхология" и извършващ рутинно бронхоскопии или
– двама лекари със специалност пневмология и фтизиатрия, единият от които притежава свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по "Бронхоскопия" и извършващ рутинно по 100 бронхоскопии, документирани с работен журнал или описателни фишове или
– лекар със специалност гръдна хирургия/детска хирургия, притежаващ свидетелство от медицински университет за завършен основен курс по "Бронхология" и извършващ рутинно по 100 бронхоскопии, документирани с работен журнал или описателни фишове или
– двама лекари със специалност УНГ – само за кодове на процедури 41905-00; 41905-01 и 92048-00 или
– лекар/лекари със специалност по образна диагностика, от които един със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от ректор на медицински университет) – само за кодове на процедури 38812-00, 38437-00 и 38437-01;
– лекар със специалност педиатрия;
– лекар със специалност клинична лаборатория;
– лекар със специалност анестезиология и интензивно лечение;
– лекар със специалност клинична патология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Извършване на високоспециализирани интервенционални процедури в пулмологията с локална или обща анестезия.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материл за клинико-лабораторни изследвания се извършва до 24 часа от приемането.

Високоспециализираните интервенционални процедури се извършват в рамките на болничния престой.

Назначените от лечебното заведение образни изследвания трябва да се извършат в рамките на болничния престой.

УСЛОВИЯ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЕНДОСКОПСКИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ В ПУЛМОЛОГИЯТА

А. Клинико – лабораторни изследвания:

- хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct, диференциално броене на клетки);
- клинично-химични показатели – при показания: кр. захар, креатинин, урея, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, Na, K, Cl);
- хемостаза – протромбиново време (индекс, INR), при показания - АПТТ (пТПВ/ККВ); - АКР и ФИД;

Забележка: Извършването на ФИД (Спирометрия), не е задължително при лица под 7-годишна възраст.

Б. Кръвна група.

В. Рентгенография на бял дроб и сърце.

Г. ЕКГ.

МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ:

- корекция на жизнено важни функции, анемия, коагулационни нарушения, придружаващи заболявания;
- лечение на основното заболяване според препоръките за стандартизирано поведение на Българско дружество по белодробни болести (БДББ).

ОСНОВНИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ДИАГНОСТИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ В ПУЛМОЛОГИЯТА

Трансбронхиална тънкоиглена аспирационна биопсия – ТБТАБ

ТБТАБ е биопсична техника, позволяваща биопсирането на субмукозно, ендолуминално и периферно разположени (извън видимите бронхи) процеси в трахеобронхиалното дърво и белодробния паренхим. чрез нея може да бъде получен цитологичен и хистологичен материал за изследване, да бъдат диагностицирани малигнени или бенигнени белодробни изменения, включително бактериална инфекция, да бъде извършено предоперативно и/или следоперативно стажиране при белодробен карцином.

Противопоказания:

- некорегируеми коагулопатии;
- липса на точен анатомичен ориентир;
- тежка хипоксемия и/или хемодинамична нестабилност (състояния, непозволяващи толериране на евентуален пневмоторакс).

Трансторакална иглена аспирационна или режеща биопсия – ТТАБ, ТТРБ

Трансторакалната иглена аспирационна/режеща биопсия (ТТА/РБ) е минимално инвазивна процедура за получаване на информативен тъканен материал от лезии ангажиращи гръдна стена, белодробен паренхим и медиастинум с цел цитологично, хистологично или микробиологично изследване.

Противопоказания:

- абсолютни контраиндикации за ТТА/РБ са некорегируеми коагулопатии и тежка хипоксемия и/или хемодинамична нестабилност (състояния, непозволяващи толериране на евентуален пневмоторакс).
- релативни контраиндикации са предходна пулмонектомия, ФЕО1<1л, близост до съдови структури, тежък булозен емфизем.

Автофлуоресцентна и електро - навигационна бронхоскопия

Ранна (своевременна) диагноза на неопластично заболяване и насока за биопсия при налични минимално инвазивни (невидими на бяла светлина) промени в лигавицата. Капсулната ендоскопия, като навигационна бронхоскопия дава ориентация на периферно разположени изменения в бронхите и белия дроб.

Противопоказания:

- стенози на бронхите, непреодолима за капсулата;
- бременност;
- поставен пейсмейкър.

Медицинска торакоскопия

Ендоскопски оглед и биопсия на плевра с възможности за ендоскопско терапевтично повлияване.

Диагностично-лечебен алгоритъм:

- торакоцентеза се извършва в рамките на 24 часа от приема на пациента;
- малки плеврални изливи се пунктират под ехографски контрол!;
- цито се изследват биохимичните показатели от плевралната течност и при данни за ексудат, болният се подготвя за плеврална биопсия (кръвна група, коагулационен статус);
- при установяване на плеврален емпием, пациентът се насочва към хирургично звено за плеврален дренаж;
- при сигурни данни за банално възпалително естество на излива, се провежда съответната терапия;
- при установяване на АДА повече от 35, се приема ТБК плеврален излив и се насочва за туберкулостатична терапия;
- при липса на сигурни данни за етиологията на плевралния излив, се извършва плеврална биопсия;
- при липса на резултат от плеврална биопсия се извършва медицинска торакоскопия;
- при установяване на метастатичен плеврален излив се обсъжда химиотерапия;
- при отказ за провеждане на такава от страна на химиотерапевтите се предприема инжектирането на цитотоксичен медикамент или се насочва за химична (талк) плевродеза.

Противопоказания: некорегируеми коагулопатии и тежка хипосемия и/или хемодинамична нестабилност (състояния, непозволяващи толериране на евентуален пневмоторакс), ФЕО1<1л., алергия към локални анестетици, тежко нарушена чернодробна функция - INR над 2,3 и пр. време под 50%, тромбоцити по-малко от 80 G/l, нарушено съзнание и епилепсия.

Противопоказания за:

А. Плеврална пункция (торакоцентеза)

1. Тежка хеморагична деатеза.
2. Антикоагулантна и фибринолитична терапия.
3. Пиодермия на кожата, където трябва да се направи плеврална пункция.

Б. Плеврална биопсия

1. Тежка хеморагична деатеза.
2. Антикоагулантна и фибринолитична терапия.
3. Пиодермия на кожата, където трябва да се направи плеврална пункция.
4. Алергия към локални анестетици.
5. Тежко нарушена чернодробна функция - INR над 2,3 и пр. време под 50%.
6. Тромбоцити по-малко от 80 G/l.
7. Нарушено съзнание.
8. Епилепсия.

Усложнения при медицинска торакоскопия:

1. Пневмоторакс
2. Хемоторакс
3. Ваго-вазална реакция
4. Хематом на гръдна стена
5. Белодробен оток след източване на голямо количество течност при силно отрицателно налягане, повече от 20 см. воден стълб.
6. Подкожен емфизем.

2.1.5. Ендоброхиално ултразвуково изследване

Извършва за оценка състоянието на прилежащите структури с или без тънкоиглена аспирационна биопсия. Дава се възможност за вземане на материал за цитоморфология от лезии в стената на трахеята и/или бронха и около нея с цел:

- оценка на промените на стената на дихателните пътища или съседни структури; диагноза на субмукозни лезии; стадиране на карцином и други тумори; диференциална диагноза на лимфаденопатия; медиастинална маса; аспирация на кистични образувания и др.;

Противопоказания: тежка стеноза на трахея; променена анатомия с невъзможност за анатомична ориентация при бронхоскопията, вкл. постоперативна; кървене от ДДП или тежка хеморагична диатеза, когато резултатът няма да промени по-нататъшното лечение.

ОСНОВНИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ В ПУЛМОЛОГИЯТА

Трахеобронхиално стентиране

Ендоскопско протезиране (поставяне на пластмасови, метални или други ендопротези) при доброкачествени или злокачествени стриктури в трахея и основни бронхи и при фистули (трахеобронхоезофагеални).

Противопоказания: променена анатомия с невъзможност за анатомична ориентация при бронхоскопията; некорегируеми коагулопатии.

Ендобронхиална лекарствена и/или генна терапия

Ендоскопска терапия:

- при туморен процес: интратуморно или перитуморно инжектиране на лечебна субстанция;
- при възпалителен оток, лезии или стриктури в трахея и /или бронхи: локално лечение с кортикостероиди или други медикаменти;
- тънкоиглено инжектиране под ехографски контрол: за лечение на тумори - тъканна деструкция или обезболяване; кортикостероиди и други противотуморни или имуномодулиращи медикаменти (локална имуномодулация); дрениране на кисти и други.
- ендоскопска хемостаза – като основна или в допълнение на другите ендоскопски процедури;

Противопоказания: непоносимост към медикамента за ендоскопско приложение.

Ригидна бронхоскопска редукция, механична дилатация или балонна дилатация

Ендоскопска щипкова редукция, механична или балонна дилатация на туморна маса или доброкачествена стеноза на трахея и бронхи; преди ендоскопско протезиране.

Противопоказания: променена анатомия с невъзможност за анатомична ориентация при бронхоскопията; некорегируеми коагулопатии, невъзможност за максимална дорзална флексия на главата.

Ендобронхиална лазерна коагулация, аргон - плазмена коагулация, електрокаутеризация и ендобронхиална криотерапия

Вътрелуменна туморна деструкция (реканализация) при запушване на участъци от дихателните пътища (пълно или частично); преди протезиране или при туморно прорастване в протезата; кървене от тумор.

Ендоскопска хемостаза при видимо кървяща лезия (с размери до 2 мм) в допълнение на другите ендоскопски процедури.

Противопоказания: изцяло интрамурално или перибронхиално разпространение на лезиите; тумори с язвени форми и данни за ангажиране на прилежащи съдови структури; изразена дихателна недостатъчност, освен ако няма сигурни данни, че ще се повлияе от приложената ендоскопска намеса.

Ендоскопско редуциране на белодробен паренхим

Ендоскопско редуциране на белодробен паренхим при изразен белодробен емфизем посредством специална клапа с възможности за пропускане на секретите, но спиране на въздушниа поток от засегнатия участък на дроба.

Противопоказания: изразена дихателна недостатъчност, освен ако няма сигурни данни, че ще се повлияе от приложената ендоскопска намеса.

Фотодинамична терапия

Високоспециализарн интервенционален метод за ранна диагностика (дори in situ) и терапия на трахеобронхиални малигнени лезии до 4 см. Базира се на ефекта от вторичната флуоресценция 48 – 72 – 96 часа след венозно въвеждане на фотосенсибилизатор в пациента.

Противопоказания: свръхчуствителност към фотосенсибилизатора.

Необходимо е избягване на пряк контакт (очи, кожа) с директна слънчева светлина или източник на светлина с близък спектър.

Ендобронхиална брахитерапия

Селективно, ендолуминално (трахеобронхиално) облъчване с радиоактивен елемент при налични екзофитни, ендофитни и пристенно разположени малигнени лезии. В два сеанса през 14 дни.

Противопоказания: изразена дихателна недостатъчност, освен ако няма сигурни данни, че ще се повлияе от приложената ендоскопска намеса.

Ендобронхиално ултразвуково изследване за терапевтични цели

За лечение на тумори (тъканна деструкция или обезболяване), дрениране на кисти и други. Тънкоиглено инжектиране под ехографски контрол на кортикостероиди, противотуморни или имуномодулиращи медикаменти (локална имуномодулация);

Противопоказания: изразена дихателна недостатъчност, освен ако няма сигурни данни, че ще се повлияе от приложената ендоскопска намеса.

Оперативно лечение:

Обсъжда се, когато не могат да се овладеят възникнали усложнения от ендоскопското изследване и лечение, напр. травматична лезия на дихателните пътища или неовладяващо се ендоскопски кървене от тях.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След извършване на високоспециализираната интервенционална процедура.

При ендоскопско лечение на обструктивни заболявания на бронхобелодробната система е необходимо подобрение или нормализиране на общото състояние, показателите от ФИД, КГА или образното изследване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и при:

1. осигуряване на коректна диагноза;
2. стабилизирано състояние на пациента след интервенционалната процедура;
3. проведено лечение на основното заболяване (при нужда) с корекция на усложненията и отклоненията в жизненоважни функции.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ / НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Бронхологичното изследване е метод за диагностика и лечение на редица заболявания на бронхобелодробната система, плеврата, гръдната стена и/или средостение (лимфни възли, хранопровод и др.). Преди изследването лекуващия лекар и лекарябронхолог ще разговарят с Вас, относно необходимостта на провеждането на бронхологично изследване и възможностите то да допринесе за точната диагноза и своевременно лечение на вашето състояние. Вие ще бъдете информирани за най-честите рискове при запланувaната ендоскопска намеса.

Защо се налага бронхоскопия?

- ***За да се постави диагноза*** – диагностична бронхоскопия: често видът на някои заболявания се установява едва след взимане, чрез биопсия с бронхоскоп, на материал и микроскопско му изследване.
- ***За ограничаване и/или отстраняване на причината за заболяването*** – терапевтична бронхоскопия: съществуват вродени и придобити заболявания на белите дробове, средостението и плеврата. Те трябва да се установят с максимална точност за да се определи оптималното лечение (медикаментозното, ендоскопско и/или оперативно).

Видове бронхоскопски методи:

А. Ригидна бронхоскопия (РБС) – извършва се с апарат, който представлява специална тръба с диаметър от 3,5 до 11 мм – в зависимост от възрастта. Изследването се извършва като главата се отвежда максимално назад (дорзално), бронхоскопът преминава през устата и гласните връзки, като позволява оглед на трахеята и бронхите. Прави се с локална или обща анестезия.

Б. Флексибилна бронхоскопия (ФБС) – апаратът е флексибилен (огъваем), с външен диаметър от 3,2 до 6,5 мм. Може да премине през устата или през носа, в зависимост от целта на изследването, под локална (местна) или обща анестезия. **Начин на упояване (анестезия):**

- **Бронхологично изследване и лечение с локална анестезия** – лекарството за локална (местна) анестезия се накапва и/или впръсква последователно в ноздрите и устна кухина със специален накрайник докато се появи чувство на изтръпване на устни и език. Следва накапване на анестетика върху гласните връзки и в трахея – усеща се изтръпване на гърлото и затруднено гълтане. След анестезията може да се проведе изследване, като Вие няма да губите съзнание. Около 2 часа след завършване на бронхоскопията не можете да приемате все още храна, течности и медикаменти през устата, тъй като продължава действието на анестетика.
- **Бронхологично изследване и лечение под пълна упойка (обща анестезия)** Особеностите на този вид анестезия може да научите от лекаря-анестезиолог. За Вас е важно, че няма да усещате манипулацията, като рисковете от този вид анестезия могат да бъдат по-големи.

Преди бронхоскопията се поставят медикаменти, подпомагащи извършването на изследването – нарича се ПРЕМЕДИКАЦИЯ.

По време на изследването се извършва контрол (мониториране) на пулса, артериалното налягане, кислородното насищане в кръвта Ви (SAT%).

Опасности при Бронхологично изследване и лечение:

Рискът при тази лекарска намеса зависи, както от опитността на екипа, така и от общото състояние на организма Ви и степента на увреждането му. За да открием източниците на опасност навреме е необходимо да уведомите за прекарани в миналото заболявания лекуващия лекар, както и за инциденти при подобни предходни изследвания.

Възможни инциденти по време на бронхоскопията и след нея:

Въпреки пределната концентрация на екипа по време на изследването може да се стигне до инциденти, които най-често се откриват и отстраняват веднага. Това са:

- Повишаване на артериалното налягане, което да предизвика кървене, изискващо непосредствена аспирация. Може да се наложи интубация с ригиден бронхоскоп или интубационна тръба, за да се овладее кървенето. Изключително рядко, при невъзможност да се спре по ендоскопски път кървенето, се налага оперативна намеса за лигиране (връзване) на кървящия кръвоносен съд или отстраняване на кървящия сегмент или дял от дроба. Може да се наложи преливане на кръв или кръвозаместващи течности.
- Може да се наранят съседни органи (напр. кръвоносни съдове, нерви, хранопровод) при извършване на бронхологични процедури, ако патологичния процес е в непосредствена близост до тях или ги обхваща. Рискът се повишава при предхождащи операции на гръдната клетка, сложни анатомични съотношения, вродени малформации, при обширни възпалителни промени или тежки сраствания.
- Рядко може да се травмират лигавицата на носа и гласни връзки от неизбежния натиск по време на изследването с бронхоскопа. Те се появяват най-често веднага след изследването и обикновено отзвучават без да се взимат медикаменти от няколко часа до ден след бронхоскопията.
- Може да възникнат пристъпи на задух или спастична кашлица по време на изследването. Преодоляват се с допълнителна локална анестезия и подаване на кислород с маска или катетър.
- Когато при различни бронхологични манипулации попадне въздух в гръдната кухина се образува пневмоторакс. Това може да затрудни кръвообращението и дишането Ви. Лечението е да се постави специален пластмасов (дренажен) катетър в гръдната половина, където е възникнал пневмоторакса и се включи на аспирация за няколко дни.
- Ако влезе въздух в кръвоносен съд при извършване на бронхологична манипулация може да възникне въздушна емболия; изразяваща се по-специално с изтръпване на кожата и болки в раменете, които по правило изчезват след няколко часа. Тя се лекува чрез поставяне в специално положение - Тренделенбург.

Всички усложнения, макар и много рядко, могат да наложат приемане в спешно и интензивно клиника/отделение/сектор, където да се извършват реанимационни грижи.

Поинтересувайте се след бронхоскопията, преди напускане на ендоскопския кабинет /отделение за:

Кога е възможно да се пият течности и да се поема храна?

Трябва ли да се пият нови лекарства? Какви и колко време?

Колко време трябва да почивате (да лежите) след манипулацията?

Трябва ли да се промени начинът Ви на живот?

Откога можете да започнете отново работа/училище? Необходими ли са контролни прегледи и кога?

<u>Медицинска торакоскопия</u>

Извършва се под местна анестезия/упойка или под обща анестезия/упойка;

По време на извършване се контролира (мониторира) сърдечната дейност, пулс, O_2 SAT (насищане с O_2 на артериалната кръв).

Влиза се в плевралната кухина с торакоскоп през един или повече разреза, създава се плевмоторакс, след което се оглежда плевралната кухина и се взимат биопсии.

След биопсиите, по преценка на оператора, може да се извърши талк плевродеза (за ликвидиране на плевралния излив при злокачествени заболявания).

Усложнения и инциденти, които могат да се случат по време и след извършването на процедурите.

Въпреки пределната концентрация и опитността на екипа, по време на манипулациите и след тях, могат да се получат следните усложнения, които най-често се откриват веднага и се коригират:

- Прилошаване, виене на свят и колабиране (ваго-вазална реакция) – може да се избегне при приложение на субкутанен Атропин.
- Пневмоторакс (навлизане на въздух в плевралното пространство). Това усложнение ще затрудни дишането ви. Установява се с рентгеново изследване и се коригира с поставянето на пластмасов дрен.
- Подкожен емфизем – навлизане на въздух в подкожната тъкан. Появява се хрущене при натиск върху кожата, постепенно изчезва спонтанно.

- Хематом на гръдна стена. Получава се при убождане междуребрен кръвоносен съд и изливане на кръв в подкожната тъкан.
- Хемоторакс (изливане на кръв в плевралното пространство). Получава се при наранявяне на кръвоносни междуребрени съдове или след биопсия. Установява се с рентгеново и/или ехографско изследване и плеврална пункция. Лекува се с поставянето на плеврален дрен или оперативно (торакотомия).

След изписването в следващите три дни, ако не сте настанени в друго лечебно заведение, и получите задух, кръвохрачене, болки, веднага се явете на контролен преглед при лекуващия Ви лекар.

КП № 45
ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАНА ХРОНИЧНА ДИХАТЕЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ БОЛЕСТИ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА

1. **Минимален болничен престой – 6 дни**

2. **1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10**

Последици от туберкулоза
Включва:
B90.9 Късни последици от туберкулоза на дихателните органи

Саркоидоза
Включва:
D86.0 Саркоидоза на белите дробове

E66.2 Алвеоларна хиповентилация при екстремно затлъстяване
Синдром на Pickwick

Други форми на белодробно сърце
Включва:
I27.0 Първична белодробна хипертония
I27.1 Кифосколиотично сърце
I27.9 Белодробно сърце, неуточнено
- Хронична белодробно – сърдечна болест
- Белодробно сърце (cor pulmonale) хронично (БДУ)

Емфизем
J43.0 Синдром на Macleod
J43.1 Панлобуларен емфизем
J43.2 Центрилобуларен емфизем
J43.8 Друг емфизем

Друга хронична обструктивна белодробна болест
J44.0 Хронична обструктивна белодробна болест с остра респираторна инфекция на долните дихателни пътища
J44.1 Хронична обструктивна белодробна болест с обостряне, неуточнена J44.8 Друга уточнена хронична обструктивна белодробна болест

J47 Бронхиектатична болест

J60 Пневмокониоза на въглекопачите
Антракосиликоза
Антракоза
Бял дроб на въглекопачите
Не включва: с туберкулоза (J65)

J61 Пневмокониоза, причинена от азбест и други минерални вещества
Азбестоза
Не включва: плеврална плака с асбестоза (J92.0) с туберкулоза (J65)

Пневмокониоза, причинена от прах, съдържаща силиций
Включва: силициева фиброза (масивна) на белия дроб
Не включва: пневмокониоза с туберкулоза (J65)
J62.0 Пневмокониоза, причинена от талк
J62.8 Пневмокониоза, причинена от друга прах, съдържаща силиций
Силикоза БДУ

Пневмокониоза, причинена от друга неорганична прах

J63.0 Алуминоза (на белия дроб)
J63.1 Бокситна фиброза (на белия дроб)
J63.2 Берилиоза
J63.3 Графитна фиброза (на белия дроб)
J63.4 Сидероза
J63.5 Стеноза

Респираторни състояния, причинени от други външни агенти

J70.1 Хронични и други белодробни прояви, причинени от радиация
J70.3 Хронични интерстициални белодробни нарушения, причинени от лекарствени средства

Други интерстициални белодробни болести

J84.0 Алвеоларни и парието-алвеоларни нарушения
J84.1 Други интерстициални белодробни болести с фиброза
J84.8 Други уточнени интерстициални белодробни болести

Респираторни нарушения след медицински процедури, некласифицирани другаде

J95.3 Хронична белодробна недостатъчност, дължаща се на операция

Дихателна недостатъчност, некласифицирана другаде

J96.0 Остра дихателна недостатъчност
J96.1 Хронична дихателна недостатъчност

Вродени аномалии на белия дроб

Q33.0 Вродена белодробна кистоза
Q33.4 Вродена бронхиектазия
Q33.6 Хипоплазия и дисплазия на белия дроб
Q33.8 Други вродени аномалии на белия дроб

Декомпенсираната хронична ДН се кодира с код J96.1, състояние на “остра при хронична ДН” и се вписва като основна диагноза. Това дефинира причината за включване на болния в тази клинична пътека. Като втори код задължително се посочва някоя от останалите диагнози в клиничната пътека за определяне причината, довела до остра при хронична ДН.

Код I27.9 „Белодробно сърце, неуточнено” се използва за кодиране само, когато се касае за хронично – рецидивиращ БТЕ (белодробен тромбоемболизъм) с ХБС (хронично белодробно сърце), без друга хронична белодробна или сърдечна патология, която може да бъде причина за пулмонална хипертония и дясностранна хипертрофия.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
- диафрагма
- сърце
- бял дроб
- медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

92044-00 Друго кислородно обогатяване 1615
Каталитична кислородотерапия
Циторедуктивен ефект
Кислородотерапия
Оксигенатори
Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Приложение на фармакотерапия

6199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

- Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок[741]) 96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент *Кодирай също когато е направена:* зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) 96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, две от които са задължителни: 58500-00 и 13842-01 и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана в съответствие с изискванията на най-малко второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", от обхвата на медицинската специалност "Професионални болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Професионални болести".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4.а.. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по пневмология и/или фтизиатрия или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника по професионални заболявания
2. Рентгенов апарат за скопия и графия / отделение по образна диагностика
3. Лаборатория за ФИД (спирометрия)
4. Клинична лаборатория II ниво с възможност за КГА
5. Легла за интензивно лечение в отделение /клиниката

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура

1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ...

- в клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия II ниво на компетентност - двама лекари със специалност по пневмология и фтизиатрия и един лекар със сертификат за бронхоскопия

или

в клиника/отделение II ниво по вътрешни болести - един лекар със специалност по пневмология и фтизиатрия

или

- в клиника/отделение по професионални заболявания - четирима лекари със специалност по професионални заболявания;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на декомпенсация на хронична дихателна недостатъчност с бързо влошаване на клиничните прояви и артериалните кръвни газове при болни с хронична ДН и хронична белодробна патология:

1.1. дихателна честота >25/мин; сърдечна честота >110/мин;

1.2. участие на допълнителна/умора на дихателна мускулатура;

1.3. инспираторен тираж;

1.4.задълбочаваща се хипоксемия (снижение на PaO2 с ≥ 10 mm Hg спрямо стабилното състояние);

1.5. новопоявила се (PaCO2 > 45 mmHg)/нарастваща хиперкапния (PaCO2 > 60 mmHg).

2. Диагностика и лечение на болни с остра или хронична дихателна недостатъчност и остро снижение на PaO2 под 60 mmHg (под 50 mmHg за фиксирана III степен хронична дихателна недостатъчност) или SaO2 <90 %, независимо от конкретната хронична белодробна патология, която е причина за хронична дихателна недостатъчност.

3. Диагностика и лечение на болни със стабилна хронична дихателна недостатъчност III степен (PaO2 < 55 mmHg); при наличие на промяна, в клиничното състояние, поява/нарастване на хиперкапнията и наличие на декомпенсирано в различна степен хронично белодробно сърце.

Според степента на отклоненията в КГА определяме три степени на стабилна хронична ДН:

- първа – снижение на PaO_2 до 65 mmHg, без хиперкапния;
- втора – PaO_2 55-65 mmHg, без или с хиперкапния, но PaCO2 ≤ 55 mmHg;
- трета – PaO_2 < 55 mmHg, без или с различна по степен хиперкапния.

Декомпенсация на хронична ДН може да настъпи при всяка от посочените степени. Основни критерии (освен клиничните) са задълбочаваща се хипоксемия (спадане на PaO2 с ≥ 10 mm Hg) и поява/нарастване на хиперкапнията спрямо стабилното състояние.

Критерии за декомпенсация на хронична ДН

- дихателна честота >25/мин; сърдечна честота >110/мин;
- участие на допълнителна / умора на дихателна мускулатура;
- инспираторен тираж;
- задълбочаваща се хипоксемия (снижение на PaO_2 с ≥ 10 mm Hg спрямо стабилното състояние);
- новопоявила се ($PaCO_2$ > 45 mmHg) / нарастваща хиперкапния ($PaCO_2$ > 60 mmHg).

Болни с развитие на остра при установена вече хронична ДН се хоспитализират когато поради неуспех от прилаганата за основното белодробно заболяване терапия (засилване на диспнеята, поява или прогресия на сърдечна недостатъчност при хронично белодробно сърце, и др.), необходимост от кислородотерапия, или усложнения, лечението не може продължи и да бъде завършено успешно в амбулаторни условия.

Всички болни с остра при хронична ДН и остро снижение на PaO_2 под 60 mmHg (под 50 mmHg за фиксирана III-та степен хронична ДН) или SaO_2 <90%, са показани за хоспитализация, независимо от конкретната хронична белодробна патология, която е причина за хронична ДН.

При преценката на болни със стабилна хронична ДН III-та степен (PaO_2 < 55 mmHg) основни критерии, обосноваващи хоспитализация, са промяна в клиничното състояние, поява /нарастване на хиперкапнията и наличие на декомпенсирано в различна степен хронично белодробно сърце.

Критерии за хоспитализация в интензивно отделение:

- тежка диспнея, неповлияна от терапията на предишните етапи;
- промени в съзнанието;
- умора на дихателната мускулатура;
- влошаваща се артериална хипоксемия (PaO_2 <50 mmHg), въпреки кислородотерапия;
- нарастваща хиперкапния ($PaCO_2$ > 70 mmHg) и ацидемия (pH < 7.30);
- необходимост от механична вентилация.

Всички болни, отговарящи на един или повече от посочените критерии, подлежат на неотложна хоспитализация за започване и провеждане на необходимото лечение. При показания за лечение в специализирано отделение болните се насочват за хоспитализация според действащите нормативни разпоредби.

Клинична оценка на тежестта, КГА при FiO2=0.21, ФИД (когато състоянието на болния позволява да бъде извършено), рентгенография на гръден кош, лабораторен минимум (ПКК, биохимия, урина);

Преценка мястото на хоспитализацията – пулмологично/вътрешно отделение, интензивно отделение.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Задължителен елемент на лечението е кислородотерапията. Тя е непрекъсната, дозирана и контролирана. Контролен КГА 60 мин след започването ѝ и според клиничното състояние в следващите дни за документиране промените.

Основни групи медикаменти:

- Кислород
- Бронходилататори
- Антибактериални средства
- Кортикостероди
- Секретолитици
- Антикоагуланти
- Диуретици и кардиоактивни медикаменти (вазодилататори, инотропни и др.) – според показанията при наличие на сърдечна недостатъчност и ритъмни нарушения

Използването и дозировката на различните групи медикаменти при лечението на острата при хронична ДН се съобразява с патогенетичните механизми и причините за развитието ѝ, и основното белодробно заболяване.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се въз основа на клиничната картина, КГА, рентгенографията на гръден кош, резултати от инструментални и лабораторни изследвания, които са необходими за доказване /потвърждаване на основната диагноза.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

1. овладяна симптоматика и причина за развитие на остра при хронична дихателна недостатъчност, подобрени параметри на КГА;
2. уточнена терапия и поведение в амбулаторни условия;
3. рехабилитация и обучение на болните.

При изписване от лечебното заведение пациентът получава епикриза, съдържаща атрибутите според НРД, болничен лист при необходимост, указания за продължаване на лечението, посочено в епикризата, уточнена дата за контролен преглед и направление към друго болнично заведение, ако се налагат други специализирани изследвания.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ</u> НА <u>ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вие страдате от хронично заболяване на органите на дишането, което с течение на времето е довело до различни по тежест нарушения в нормалната им функция. Много болести на белите дробове и гръдната клетка могат да причинят затруднено снабдяване с необходимия за живота кислород. Това състояние се определя като **дихателна недостатъчност.** Тя може да се развие много бързо (дни) или по-бавно (седмици) и да бъде основна причина за тежко нарушение на функцията на други жизнено важни органи (мозък, сърце, бъбреци). Основно оплакване е затрудненото дишане ("недостиг на въздух"), "посиняване" на устните, езика, пръстите. Това е хронично състояние, което може да прогресира бавно или да се влоши остро по различни причини и да наложи приемането Ви по спешност за лечение в болница. Провежданото в домашни условия лечение в тези случаи не винаги може да бъде успешно.

Вашият лекар е преценил, че е необходимо да постъпите в болница, където ще бъдете лекувани в условията на спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на дишането и/или сърдечната дейност. През времетраенето на престоя в болницата ще трябва да провеждате назначеното Ви лечение, да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия Ви лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които счетете за важни.

Вашият престой в клиниката ще продължи до стабилизиране на състоянието Ви. Ще Ви бъдат извършвани различни изследвания, включително изследвания на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгенова снимка на белия дроб, и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани и поискано съгласието Ви преди извършването им.

Вашето лечение ще включва различни лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), антибиотици при наличие на инфекция, кислород и др., включително "подпомагане на дишането с апарат", за което ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалация, в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Ваши близки могат ежедневно да посещават клиниката, но посещенията при Вас трябва да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с условията в клиниката/отделението, където сте настанени и възможностите на лекуващия Ви екип.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Ако пожелаете да го прекратите лечението, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по нататъшното Ви здравословно състояние.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност, но Вие и близките Ви не може да имате претенции към болницата, където Ви е предложено лечение. Моля запомнете, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

Ако имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията, правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, моля обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ние ще следим здравословно Ви състояние по време на целия престой от деня на приемането в болницата, докато състоянието Ви се подобри и стане възможно изписването Ви или Вие сам решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след постъпването Ви в болницата?

Лекуващият Ви лекар ще Ви разпита, прегледа и ще назначи необходими изследвания, които не са направени преди постъпването в отделението. Те могат да включват изследване на дишането, ЕКГ, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложат такива.

След първоначалната оценка на състоянието Ви ще бъде назначено лечение със споменатите лекарства, кислород, както и с други медикаменти според необходимото.

След стабилизиране на Вашето състояние и лекуващият екип прецени, че е възможно, ще бъдете подготвен за изписване от болницата с препоръки за провеждане на необходимото лечение, контрол и режим в домашни условия.

Ако състоянието Ви не се подобри или се влошава, изпитвате непреодолима умора (затруднение) при дишане и недостиг на въздух, ще се обсъди възможността (показания и противопоказания) за започване на механично подпомагане на дишането с апарат (обдишване с респиратор). Започването му може да стане само след получаване на отделно изрично съгласие от Вас или родните Ви.

Ако не сте разбрали напълно написаното, имате въпроси или съмнение за ползата от това лечение, задължително трябва да обсъдите това с лекуващия Ви лекар и родните Ви, за да може да се вземе най-правилното за Вас решение.

КП № 46
ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАНА ХРОНИЧНА ДИХАТЕЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ БОЛЕСТИ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

1.Минимален болничен престой – 8 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Последици от туберкулоза
Включва само:
B90.9 Късни последици от туберкулоза на дихателните органи

Емфизем
J43.0 Синдром на Macleod
J43.1 Панлобуларен емфизем
J43.2 Центрилобуларен емфизем
J43.8 Друг емфизем

Друга хронична обструктивна белодробна болест
J44.0 Хронична обструктивна белодробна болест с остра респираторна инфекция на долните дихателни пътища
J44.1 Хронична обструктивна белодробна болест с обостряне, неуточнена

J47 Бронхиектатична болест

Респираторни състояния, причинени от други външни агенти
J70.1 Хронични и други белодробни прояви, причинени от радиация
J70.3 Хронични интерстициални белодробни нарушения, причинени от лекарствени средства

Други интерстициални белодробни болести
J84.0 Алвеоларни и парието-алвеоларни нарушения
J84.1 Други интерстициални белодробни болести с фиброза
J84.8 Други уточнени интерстициални белодробни болести

Респираторни нарушения след медицински процедури, некласифицирани другаде
J95.3 Хронична белодробна недостатъчност, дължаща се на операция

Дихателна недостатъчност, некласифицирана другаде
J96.0 Остра дихателна недостатъчност
J96.1 Хронична дихателна недостатъчност

P27.0 Синдром на Wilson-Mikity
P 27.1 Бронхопулмонална дисплазия

Вродени аномалии на ларинкса
Q31.4 Вроден ларингеален стридор

Вродени аномалии на трахеята и бронхите
Q32.0 Вродена трахеомалация
Q32.1 Други вродени аномалии на трахеята
Аномалия на трахеалния хрущял
Атрезия на трахеята
Вродена: дилатация на трахеята

аномалия на трахеята стеноза на трахеята трахеоцеле на трахеята
Q32.2 Вродена бронхомалация
Q32.3 Вродена стеноза на бронха
Q32.4 Други вродени аномалии на бронхите
Липса на бронх
Агенезия на бронх
Атрезия на бронх
Вродена аномалия БДУ на бронх
Дивертикул на бронх

Вродени аномалии на белия дроб
Q33.0 Вродена белодробна кистоза
Q33.4 Вродена бронхиектазия
Q33.6 Хипоплазия и дисплазия на белия дроб
Q33.8 Други вродени аномалии на белия дроб

Други вродени аномалии на дихателната система
Q34.0 Аномалия на плеврата
Q34.1 Вродена киста на медиастинума
Q34.8 Други уточнени вродени аномалии на дихателната система Атрезия на назофаринкса

Декомпенсираната хронична ДН се кодира с код J96.1, състояние на "остра при хронична ДН" и се вписва като основна диагноза. Това дефинира причината за включване на болния в тази клинична пътека. Като втори код задължително се посочва някоя от останалите диагнози в клиничната пътека за определяне причината, довела до остра при хронична ДН.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за изследване на бронх

ПРОЦЕДУРИ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА БРОНХ

41898-00 Фиброоптична бронхоскопия
Не включва: такава с:
- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

Томография

60100-00 Томография
Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966]) такава с:
- холецистография (58924-00 [1976])
- венозна пиелография (58706-00 [1978

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва:
- бронх
- диафрагма
- сърце
- бял дроб
- медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

59965-00 Рентгеноскопия на гръден кош или
41898-00 Фиброоптична бронхоскопия
Не включва: такава с:
- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия
Електрографично мониториране
Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1926 Микробиологични изследвания

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност-по преценка

1930 Имунологични изследвания

91923-00 Определяне на криоглобулин
91923-01 Определяне на общи имуноглобулини IgM

91923-02 Определяне на общи имуноглобулини IgG
91923-03 Определяне на общи имуноглобулини IgA
91923-04 Определяне на C3 компонент на комплемента
91923-05 Определяне на C4 компонент на комплемента
91923-08 Изследване на антистрептолизинов титър (AST)
Включва: при ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции
91923-09 Изследване за инфекциозна мононуклеоза
91924-00 Определяне на общи IgE
91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91924-02 Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел
91924-03 Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата

1923 Хематологични изследвания

ХЕМАТОЛОГИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ – СУЕ, ХЕМОГЛОБИН, ХЕМАТОКРИТ, ЕРИТРОЦИТИ, ЛЕВКОЦИТИ, ЛЕВКОГРАМА;

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

92044-00 Друго кислородно обогатяване
- Каталитична кислородотерапия
- Циторедуктивен ефект
- Кислородотерапия
- Оксигенатори

Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Кодирай също когато е направена:
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които: 58500-00 или 41898-00 и 92057-00 или 13310-00 /пулсоксиметрия – за деца до 8 години и като трета процедура – 91910-04, 91910-05, 91910-07, 13842-01 или 13311-00, и две основни терапевтични процедури, една от които задължително да бъде 92044-00. Код 11506-00/ за деца над 7 год.възраст при приемането е по преценка на лекуващия лекар

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Педиатрия”.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по педиатрия
2. Клинична лаборатория с възможност за КГА
3. Рентгенов апарат за скопия и графия
4. Лаборатория за ФИД (спирометрия) и КГА
5. Легла за интензивно лечение в отделение /клиника за интензивно лечение

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ.

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Бронхоскопска апаратура,
2. Отделение/лаборатория по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ..

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

Клиника/ отделение по педиатрия

I ниво на компетентност - двама лекари, от които единият със специалност педиатрия

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия или детска пневмология и фтизиатрия

или

четирима лекари, от които един лекар със специалност педиатрия и един със специалност детска пневмология и фтизиатрия

III ниво на компетентност – шестима лекари, от които пет със специалност **Неонатология** - за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането

I ниво на компетентност – легла в родилна зала, на които не се лекуват деца

II ниво на компетентност – се изисква минимум един лекар с придобита специалност по педиатрия и квалификация по неонатология или с придобита специалност по неонатология

III ниво на компетентност – шест лекари, от които минимум трима лекари със специалност по неонатология

Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия

I ниво на компетентност - няма първо ниво

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия или

четирима лекари, от които двама лекари със специалност детска пневмология

или

четирима лекари, от които един лекар със специалност детска пневмология и фтизиатрия и един лекар със специалност по педиатрия

III ниво на компетентност – четирима лекари, от които поне двама с пневмология и фтизиатрия, а останалите - със специалност педиатрия

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на деца с декомпенсация на хронична дихателна недостатъчност - състояние на бързо влошаване на клиничните прояви и артериалните кръвни газове при болни с хронична дихателна недостатъчност и хронична белодробна патология, в т. ч.:

1. промени в дихателната и сърдечната честота - съобразно възрастта на детето;
2. участие на допълнителна/умора на дихателна мускулатура;
3. инспираторен тираж;
4. задълбочаваща се хипоксемия.

Според степента на отклоненията в КГА определяме три степени на стабилна хронична ДН:

- първа – снижение на PaO2 под 80 mmHg, без хиперкапния;
- втора – PaO2 60 – 80 mmHg, без или с хиперкапния, но PaCO2 ≤ 50 mmHg;
- трета – PaO2 < 60 mmHg, без или с различна по степен хиперкапния.

Остра при хронична ДН може да настъпи при всяка от посочените степени. Основни критерии (освен клиничните) са задълбочаваща се хипоксемия (спадане на PaO2 с ≥ 10 mm Hg) и поява/нарастване на хиперкапнията спрямо стабилното състояние.

Критерии за декомпенсация на хронична ДН

промени в дихателната и сърдечната честота - съобразно възрастта на детето; участие на допълнителна / умора на дихателна мускулатура; инспираторен тираж; задълбочаваща се хипоксемия

Критерии за хоспитализация:

Всички деца с декомпенсирана ДН и друга хронична белодробна патология (вкл. вродени малформации, бронхиектазии, имунодефицитни състояния), се хоспитализират в специализирана пневмологична клиника /отделение.

Критерии за хоспитализация в интензивно отделение:

тежка диспнея, неповлияна от терапията на предишните етапи;

промени в съзнанието;

нарастваща хипоксемия;

необходимост от механична вентилация.

Всички болни, отговарящи на един или повече от посочените критерии, подлежат на неотложна хоспитализация за започване и провеждане на необходимото лечение. При показания за лечение в специализирано отделение болните се насочват за хоспитализация според действащите нормативни разпоредби.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материл за медико-диагностични изследвания (вкл. КАС) се извършва до 24 часа от приемането.

Спирометрия – при приемането (възраст над 8 години и когато състоянието на болния позволява) и преди дехоспитализацията.

Назначеното от лечебното заведение образно изследвания (рентгенография) трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Алгоритъм за поведение

Клинична оценка на тежестта, КГА при FiO2=0.21, SaO2 рентгенография на гръден кош, лабораторен минимум (ПКК, биохимия, урина).

Преценка мястото на хоспитализацията – детско /пулмологично отделение, интензивно отделение.

Задължителен елемент на лечението е кислородотерапията. Тя е непрекъсната, дозирана и контролирана. Контролен КГА 60 мин след започването ѝ и според клиничното състояние в следващите дни за документиране промените.

Основни групи медикаменти:

- Кислород
- Бронходилататори
- Антибактериални средства
- Кортикостероди
- Секретолитици
- Антикоагуланти

Диуретици и кардиоактивни медикаменти (вазодилататори, инотропни и др.) – според показанията при наличие на сърдечна недостатъчност и ритъмни нарушения.

Използването и дозировката на различните групи медикаменти при лечението на острата при хронична ДН се съобразява с патогенетичните механизми и причините за развитието й, и основното белодробно заболяване.

За детската възраст дозите на медикаментите се съобразяват с теглото на пациента.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се въз основа на клиничната картина, КГА, рентгенографията на гръден кош, резултати от инструментални и лабораторни изследвания, които са необходими за доказване /потвърждаване на основната диагноза.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ. Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние

(клинични/параклинични) и:

1. овладяна симптоматика и причина за развитие на остра при хронична дихателна недостатъчност, подобрени параметри на КГА;
2. уточнена терапия и поведение в амбулаторни условия; 3. рехабилитация и обучение на болните.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Уважаеми Родители,

Вашето дете с гнойно – възпалително заболяване на белодробната система.

Вашият лекар е преценил, че за подобряване състоянието и изследване на Вашето дете, е необходимо да постъпи в болница. Престоят ще продължи до стабилизиране на неговото състояние.

Ще му бъдат извършени различни изследвания, включително и функционално изследване на дишането, кръвно – газов анализ, биохимично изследване на кръв, микробиологични, рентгенови, както и всички други изследвания, при необходимост.

Лечението ще включва: кортикостероиди, антибиотици, кислородолечение, както и други терапевтични средства, за които ще бъдете информирани и ще бъде взето Вашето съгласие да бъдат извършени.

Детето Ви може да се посещава само от двамата родители, които имат право на цялата информация за здравословното му състояние. При наличие на развод, сведение получава само родителят, който има юридически права за грижи над детето.

При дете, чиито родители нямат сключен брак, правата върху детето се установяват с едновременно писмено съгласие и паспортни данни за родителите, отразено в История на заболяването.

Родителите могат да посещават детето си само в определените за свиждане дни и часове.

Сведения за състоянието на Вашето дете можете да получите само от лекуващия лекар.

Ние ще следим здравословното състояние на детето Ви в продължение на целия престой - от деня на приемането до деня на изписване от клиниката. След подобряване на състоянието му, то ще бъде изписано.

Ако Вие пожелаете детето да бъде изписано преди приключване на необходимия за лечението срок, е необходимо да заявите това писмено в История на заболяването, с което снемате отговорността от лекуващия лекарски екип.

КП № 47.1
ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАНА ХРОНИЧНА ДИХАТЕЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ БОЛЕСТИ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой –10 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Последици от туберкулоза
Включва:
B90.9 Късни последици от туберкулоза на дихателните органи

Саркоидоза
D86.0 Саркоидоза на белите дробове

Емфизем
Не включва: емфизем:
- компенсаторен (J98.3)
- предизвикан от химични агенти, газове, дим и пàри (J68.4)
- интерстициален (J98.2)
- на новородено (P25.0)
- медиастинален (J98.2)
- хирургичен (подкожен) (T81.8)
- травматичен подкожен (T79.7)
- с хроничен (обструктивен) бронхит (J44.—)
- емфизематозен (обструктивен) бронхит (J44.—)

J43.0 Синдром на MacLeod
Едностранен:
- емфизем
- прозрачност на белия дроб

J43.1 Панлобуларен емфизем
Панацинозен емфизем
J43.2 Центрилобуларен емфизем

Друга хронична обструктивна белодробна болест
Включва: хроничен(-ни):
- бронхит:
- астматичен (обструктивен)
- емфизематозен

с:
- обструкция на дихателните пътища
- емфизем •

обструктивни:
- астма
- бронхит
- трахеобронхит

Не включва: астма (J45.—)
астматичен бронхит БДУ (J45.9)
бронхоектазия (J47)
хроничен:
- бронхит:
- БДУ (J42)
- обикновен и слузно-гноен (J41.—)
- трахеит (J42)
- трахеобронхит (J42)

емфизем (J43.—)
болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)

J44.0 Хронична обструктивна белодробна болест с остра респираторна инфекция на долните дихателни пътища

Не включва: с грип (J10—J11)

J44.1 Хронична обструктивна белодробна болест с обостряне, неуточнена

J44.8 Друга уточнена хронична обструктивна белодробна болест

Хроничен бронхит:

- астматичен (обструктивен) БДУ
- емфизематозен БДУ
- обструктивен БДУ

J46 Астматичен статус [status asthmaticus]

Остра тежка астма

J47 Бронхиектатична болест

Бронхиолектазии

Не включва: вродени бронхоектазии (Q33.4)
туберкулозни бронхоектазии (активни) (A15—A16)

J60 Пневмокониоза на въглекопачите

Антракосиликоза
Антракоза
Бял дроб на въглекопачите

J61 Пневмокониоза, причинена от азбест и други минерални вещества Азбестоза

<u>Пневмокониоза, причинена от прах, съдържаща силиций</u>

Включва: силициева фиброза (масивна) на белия дроб

Не включва: пневмокониоза с туберкулоза (J65)

J62.0 Пневмокониоза, причинена от талк

J62.8 Пневмокониоза, причинена от друга прах, съдържаща силиций

Силикоза БДУ

<u>Пневмокониоза, причинена от друга неорганична прах</u>

Не включва: с туберкулоза (J65)

J63.0 Алуминоза (на белия дроб)

J63.1 Бокситна фиброза (на белия дроб)

J63.2 Берилиоза

J63.3 Графитна фиброза (на белия дроб)

J63.4 Сидероза

J63.5 Стеноза

<u>Респираторни състояния, причинени от други външни агенти</u>

70.1 Хронични и други белодробни прояви, причинени от радиация Фиброза на белия дроб, дължаща се на радиация

J70.3 Хронични интерстициални белодробни нарушения, причинени от лекарствени средства

Други интерстициални белодробни болести

Не включва: интерстициални болести на белия дроб, причинени от лекарствени средства (J70.2—J70.4)

- интерстициален емфизем (J98.2)
- болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)
- лимфоиден интерстициален пневмонит, причинен от HIV-вирус (B22.1)

J84.0 Алвеоларни и парието-алвеоларни нарушения

Алвеоларна протеиноза

Белодробна алвеоларна микролитиаза

J84.1 Други интерстициални белодробни болести с фиброза

Дифузна белодробна фиброза

Фиброзиращ алвеолит (криптогенен)

Синдром на Hamman-Rich

Идиопатична белодробна фиброза

Не включва: белодробна фиброза (хронична):

- причинена от вдишване на химични вещества, газове, дим или пари (J68.4)
- причинена от облъчване (J70.1)

J84.8 Други уточнени интерстициални белодробни болести

Респираторни нарушения след медицински процедури, некласифицирани другаде

Не включва: емфизем (подкожен) следпроцедурен (T81.8)

белодробни прояви, причинени от радиация (J70.0—J70.1)

J95.3 Хронична белодробна недостатъчност, дължаща се на операция

Дихателна недостатъчност, некласифицирана другаде

Не включва: кардио-респираторна недостатъчност (R09.2)

следпроцедурна дихателна недостатъчност (J95.—)

- спиране на дишането (R09.2)
- • респираторен [дистрес] синдром:
- при възрастни (J80)
- при новородено (P22.0)

J96.0 Остра дихателна недостатъчност

J96.1 Хронична дихателна недостатъчност

Вродени аномалии на белия дроб

Q33.0 Вродена белодробна кистоза

Q33.4 Вродена бронхиектазия

Q33.6 Хипоплазия и дисплазия на белия дроб

Други вродени аномалии на белия дроб

Q33.8

Декомпенсираната хронична ДН се кодира с код J96.1 като се отнася за състояние на “остра при хронична ДН” и се вписва като основна диагноза. Това дефинира причината за включване на болния в тази клинична пътека.

Като втори код задължително се посочва някоя от останалите диагнози в клиничната пътека за определяне причината, довела до “остра при хронична ДН”. Когато се приложи механична вентилация при болен с “Астматичен статус” J46 (остра тежка астма) като основна диагноза се кодира J96.0 “Остра дихателна недостатъчност.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва:

- бронх
- диафрагма
- сърце
- бял дроб
- медиастинум

Не включва: такава на:

- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1926 Микробиологични изследвания

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх

и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

92044-00 Друго кислородно обогатяване 1615
- Каталитична кислородотерапия
- Циторедуктивен ефект
- Кислородотерапия
- Оксигенатори

Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с: • ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия
- отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод
- *Кодирай също когато е направена:*
- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])
- *Не включва*: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
- дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
- вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
- неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- **инфузионен порт**
- **Port-A-Cath**
- **резервоар (подкожен)**
- **устройство за съдов достъп**
- **венозен катетър**

Кодирай също когато е направена:

- **поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])**
- **зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])**
- ***Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])**

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които две са задължителни 58500-00 и 13842-01 и три основни терапевтични процедури, от които една е задължителна 13882-00 или 13882-01, или 13882-02, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Анестезия и интензивно лечение", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

Задължително звено/ медицинска апаратура
Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия с легла за интензивно лечение или Клиника/отделение по анестезиология и интензивно лечение
2. Клинична лаборатория с възможност за КГА
3. Структура по образна диагностика,за стандартни и контрастни рентгенови изследвния, ехография, изсл.на кръвоносни съдове
4. Лаборатория за ФИД (спирометрия)

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ...

- **в клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия III ниво на компетентност** - трима лекари със специалност по пневмология и фтизиатрия и един със сертификат за бронхоскопия

или

в клиника/отделение по анестезиология и интензивно лечение II ниво на компетентност - четирима лекари със специалност;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и провеждане на активно лечение при пациенти с:

1.1. развитие на остра при установена вече хронична дихателна недостатъчност се хоспитализират, когато поради неуспех от прилаганата за основното белодробно заболяване терапия (засилване на диспнеята, поява или прогресия на сърдечна недостатъчност при хронично белодробно сърце, и др.), необходимост от кислородотерапия, или усложнения, поради което лечението не може продължи и да бъде завършено успешно в амбулаторни условия.

1.2. всички болни с остра при хронична дихателна недостатъчност и остро снижение на PaO2 под 60 mmHg (под 50 mmHg за фиксирана III степен хронична дихателна недостатъчност) или SaO2 <90 %, са показани за хоспитализация, независимо от конкретната хронична белодробна патология, която е причина за хронична дихателна недостатъчност;

1.3. декомпенсация на хронична дихателна недостатъчност:

- дихателна честота >25/мин; сърдечна честота >110/мин; участие на допълнителна/умора на дихателна мускулатура; инспираторен тираж; нарастваща хипоксемия (снижение на PaO2 с 10 mm Hg спрямо стабилното състояние); новопоявила се (PaCO2 > 45 mmHg) / нарастваща хиперкапния (PaCO2 > 60 mmHg);

2. Провеждане на интензивно лечение при пациенти със:

2.1. тежка диспнея, неповлияна от лечението в предишните етапи;

2.2. промени в съзнанието;

2.3. умора на дихателната мускулатура;

2.4. влошаваща се артериална хипоксемия (PaO2 <50 mmHg), въпреки кислородотерапия;

2.5. нарастваща хиперкапния (PaCO2 > 70 mmHg) и ацидемия (pH < 7.25);

2.6. необходимост от механична вентилация.

Декомпенсация на хронична ДН – състояние на бързо влошаване на клиничните прояви и артериалните кръвни газове при болни с хронична ДН и хронична белодробна патология.

Според степента на отклоненията в КГА определяме три степени на стабилна хронична ДН:

първа – снижение на PaO2 до 65 mmHg, без хиперкапния;

втора – PaO2 55-65 mmHg, без или с хиперкапния, но PaCO2 ≤ 55 mmHg;

трета – PaO2 < 55 mmHg, без или с различна по степен хиперкапния.

Декомпенсация на хронична ДН може да настъпи при всяка от посочените степени.

Основни критерии (освен клиничните) са задълбочаваща се хипоксемия (спадане на PaO2 с ≥ 10 mm Hg) и поява/нарастване на хиперкапнията спрямо стабилното състояние.

Критерии за декомпенсация на хронична ДН:

- дихателна честота > 25/мин; сърдечна честота >110/мин;
- участие на допълнителна / умора на дихателна мускулатура;
- инспираторен тираж;
- нарастваща хипоксемия (снижение на PaO2 с ≥ 10 mm Hg спрямо стабилното състояние);
- новопоявила се (PaCO2 > 45 mmHg) / нарастваща хиперкапния (PaCO2 > 60 mmHg).

При преценката на болни със стабилна хронична ДН III-та степен (PaO2 < 55 mmHg) основни критерии, обосноваващи хоспитализацията са промяна в клиничното състояние, поява/нарастване на хиперкапнията и наличие на декомпенсирано в различна степен хронично белодробно сърце.

Показания за хоспитализация в интензивена структура на пневмологично отделение:

- неповлияваща се или прогресираща симптоматика (въпреки лечението); задълбочаваща се артериална хипоксемия (PaO2 <60 mmHg);
- новопоявила се или нарастваща хиперкапния;
- прогресираща декомпенсация на хронично белодробно сърце;
- планувани инвазивни диагностични процедури с риск за развитие на остра ДН;
- тежка съпътстваща патология.

Показания за хоспитализация в интензивно отделение:

- тежка диспнея, неповлияна от лечението в предишните етапи;
- промени в съзнанието;
- умора на дихателната мускулатура;
- влошаваща се артериална хипоксемия (PaO2<50 mmHg), въпреки кислородотерапия;
- нарастваща хиперкапния (PaCO2 > 70 mmHg) и ацидемия (pH < 7.25); - необходимост от механична вентилация.

Всички болни, отговарящи на един или повече от посочените критерии и показания, подлежат на неотложна хоспитализация за започване и провеждане на необходимото лечение. При показания за лечение в специализирано отделение болните се насочват за хоспитализация според действащите нормативни разпоредби.

5.б.. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Медико-диагностични изследвания (вкл. КГА) се извършват до 12 часа от хоспитализацията.

Задължителен елемент на лечението е кислородотерапията. Тя е непрекъсната, дозирана и контролирана. Контролен КГА 60 мин след започването ѝ и според клиничното състояние в следващите дни за документиране промените.

Основни групи медикаменти:

- Кислород
- Бронходилататори
- Антибактериални средства
- Кортикостероиди
- Секретолитици
- Антикоагуланти
- Диуретици и кардиоактивни медикаменти (вазодилататори, инотропни и др.)

Използването и дозировката на различните групи медикаменти при лечението на острата при хронична ДН се съобразява с патогенетичните механизми и причините за развитието ѝ, и основното белодробно заболяване. Решението за интубация и механична вентилация се взема след обсъждане на показанията и противопоказанията от лекуващия екип, документирано в ИЗ обсъждане с болния и/или родните му и получаване на съгласието им, когато е възможно това (не се налага по витални индикации). При неуспех от консервативното лечене на декомпенсираната хронична дихателна недостатъчност (състоянието не се подобрява или се влошава), ще се обсъди възможността (показания и противопоказания) за интубация и механична вентилация.

Показания за интубация и механична вентилация при остра при хронична ДН:

- Белези на умора на дихателна мускулатура и абдоминален парадокс;
- Задълбочаваща се респираторна ацидоза с pH под 7.25;
- Некоригираща се хипоксемия (PaO2 < 50 mmHg) въпреки кислородотерапия;
- Нарушено съзнание и/или дезориентираност, възбуда и невазможност да съдейства за провеждане лечението.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се въз основа на клиничната картина, патологични параметри на КГА, рентгенографията на гръден кош, резултати от инструментални и лабораторни изследвания, които са необходими за доказване /потвърждаване на основната диагноза.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

1. овладяна симптоматика и причина за развитие на остра при хронична дихателна недостатъчност;
2. подобрени (стабилни) параметри на КГА;
3. уточнена терапия и поведение в амбулаторни условия;
4. рехабилитация и обучение на болните.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вие страдате от хронично заболяване на органите на дишането, което с течение на времето е довело до различни по тежест нарушения в нормалната им функция. Много болести на белите дробове и гръдната клетка могат да причинят затруднено снабдяване с необходимия за живота кислород. Това състояние се определя като **дихателна недостатъчност.** Тя може да се развие много бързо (дни) или по-бавно (седмици) и да бъде основна причина за тежко нарушение на дейността на други жизнено важни органи (мозък, сърце, бъбреци). Основно оплакване е затрудненото дишане (“недостиг на въздух”), “посиняване” на устните, езика, пръстите. Това е хронично състояние, което може да прогресира бавно или да се влоши остро по различни причини и да наложи приемането Ви по спешност за лечение в болница. Провеждането в домашни условия лечение в тези случаи не винаги може да бъде успешно.

Вашият лекар е преценил, че е необходимо да постъпите в болница, където ще бъдете лекувани в условията на спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на дишането и/или сърдечната дейност. През времетраенето на престоя в болницата ще трябва да провеждате назначеното Ви лечение, да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия Ви лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които счетете за важни.

Вашият престой в клиниката ще продължи до стабилизиране на състоянието Ви. Ще Ви бъдат извършвани различни изследвания, включително изследвания на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгенова снимка на белия дроб, и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани и поискано съгласието Ви преди извършването им.

Вашето лечение ще включва различни лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), антибиотици при наличие на инфекция, кислород и др., включително “подпомагане на дишането с апарат”, за което ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалация, в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Ваши близки могат ежедневно да посещават клиниката, но посещенията при Вас трябва да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с условията в клиниката/отделението, където сте настанени и възможностите на лекуващия Ви екип.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Ако пожелаете да прекратите лечението, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по нататъшното Ви здравословно състояние.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност, но Вие и близките Ви не може да имате претенции към болницата, където Ви е предложено лечение. Моля запомнете, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

Ако имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията, правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, моля обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ние ще следим здравословно Ви състояние по време на целия престой от деня на приемането в болницата, докато състоянието Ви се подобри и стане възможно изписването Ви или Вие сам решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след постъпването Ви в болницата?

Лекуващият Ви лекар ще Ви разпита, прегледа и ще назначи необходими изследвания, които не са направени преди постъпването в отделението. Те могат да включват изследване на дишането, ЕКГ, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложи.

След първоначалната оценка на състоянието Ви ще бъде назначено лечение със споменатите лекарства, кислород, както и с други медикаменти според необходимото. Ако състоянието Ви не се подобри или се влошава, изпитвате непреодолима умора (затруднение) при дишане и недостиг на въздух, ще се обсъди възможността (показания и противопоказания) за започване на механично подпомагане на дишането с апарат (обдишване с респиратор). Започването му ще стане само след получаване на изрично съгласие от Вас или родните Ви.

Обдишването с респиратор се осъществява чрез поставяне през устата на тръба (интубация) в трахеята Ви (дихателната тръба). Тя се свързва с респиратора и той ще започне да подпомага или напълно ще замести Вашето дишане. Това се нарича "механична вентилация". В началото може да се наложи приложението на успокояващи медикаменти за различно време докато привикнете към работата на апарата (респиратора). Много важно е да останете спокоен(-на), да не се съпротивлявате на апарата с опити за дишане и да не се опитвате да извадите тръбата от устата.

Вашето състояние ще бъде непрекъснато наблюдавано и контролирано от медицинския екип и апаратурата (монитори), която следи постоянно Вашето дишане, сърдечна дейност, кръвно налягане и количеството кислород в кръвта (сатурацията). Важно е да знаете, че по време на "механичната вентилация" няма да можете да говорите, но ще може да напишете (ако сте в състояние) Вашите въпроси или оплаквания.

След като се стабилизира Вашето състояние и лекуващият екип прецени, че е възможно, ще се пристъпи към постепенно "отвикване от апарата" като ще бъдете временно оставян(-а) да дишате самостоятелно без помощта на апарата. Това не бива да Ви притеснява защото ако се уморите (преценява се чрез проследяване на дишането, сърдечна честота, кислород в кръвта и др.) веднага ще бъдете отново включен към апарата. Ако след като сте дишал(-а) самостоятелно достатъчно дълго (обикновено 12-24 часа) без да се уморите и без да се влошат показателите Ви ще бъде извадена тръбата от трахеята и лечението ще бъде продължено като вече дишате самостоятелно.

Ако не сте разбрали напълно написаното, имате въпроси или съмнение за ползата от това лечение, задължително трябва да обсъдите това с лекуващия Ви лекар и родните Ви, за да може да се вземе най-правилното за Вас решение.

КП № 47.2
ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАНА ХРОНИЧНА ДИХАТЕЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ БОЛЕСТИ НА ДИХАТЕЛНАТА СИСТЕМА С МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой –10 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Последици от туберкулоза
Включва:
B90.9 Късни последици от туберкулоза на дихателните органи

Саркоидоза
D86.0 Саркоидоза на белите дробове

Емфизем
Не включва: емфизем:
- компенсаторен (J98.3)
- предизвикан от химични агенти, газове, дим и пàри (J68.4)
- интерстициален (J98.2)
- на новородено (P25.0)
- медиастинален (J98.2)
- хирургичен (подкожен) (T81.8)
- травматичен подкожен (T79.7)
- с хроничен (обструктивен) бронхит (J44.—)
- емфизематозен (обструктивен) бронхит (J44.—)

J43.0 Синдром на MacLeod
Едностранен:
- емфизем
- прозрачност на белия дроб

J43.1 Панлобуларен емфизем
Панацинозен емфизем
J43.2 Центрилобуларен емфизем

Друга хронична обструктивна белодробна болест
Включва: хроничен(-ни):
- бронхит:
- астматичен (обструктивен)
- емфизематозен

с:
- обструкция на дихателните пътища
- емфизем • обструктивни:
- астма
- бронхит
- трахеобронхит

Не включва: астма (J45.—)
- астматичен бронхит БДУ (J45.9)
- бронхоектазия (J47)

хроничен:
- бронхит:
- БДУ (J42)
- обикновен и слузно-гноен (J41.—)
- трахеит (J42)
- трахеобронхит (J42)

○ емфизем (J43.—)
болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)

J44.0 Хронична обструктивна белодробна болест с остра респираторна инфекция на долните дихателни пътища

Не включва: с грип (J10—J11)

J44.1 Хронична обструктивна белодробна болест с обостряне, неуточнена

J44.8 Друга уточнена хронична обструктивна белодробна болест

Хроничен бронхит:
- астматичен (обструктивен) БДУ
- емфизематозен БДУ
- обструктивен БДУ

J46 Астматичен статус [status asthmaticus] Остра тежка астма

J47 Бронхиектатична болест

Бронхиолектазии

Не включва: вродени бронхоектазии (Q33.4)
туберкулозни бронхоектазии (активни) (A15—A16)

J60 Пневмокониоза на въглекопачите

Антракосиликоза
Антракоза
Бял дроб на въглекопачите

Пневмокониоза, причинена от азбест и други минерални вещества Азбестоза

<u>Пневмокониоза, причинена от прах, съдържаща силиций</u>

Включва: силициева фиброза (масивна) на белия дроб

Не включва: пневмокониоза с туберкулоза (J65)

J62.0 Пневмокониоза, причинена от талк

J62.8 Пневмокониоза, причинена от друга прах, съдържаща силиций

Силикоза БДУ

<u>Пневмокониоза, причинена от друга неорганична прах</u>

Не включва: с туберкулоза (J65)

J63.0 Алуминоза (на белия дроб)

J63.1 Бокситна фиброза (на белия дроб)

J63.2 Берилиоза

J63.3 Графитна фиброза (на белия дроб)

J63.4 Сидероза

J63.5 Стеноза

Респираторни състояния, причинени от други външни агенти

J70.1 Хронични и други белодробни прояви, причинени от радиация
Фиброза на белия дроб, дължаща се на радиация

J70.3 Хронични интерстициални белодробни нарушения, причинени от лекарствени средства

Други интерстициални белодробни болести

Не включва: интерстициални болести на белия дроб, причинени от лекарствени средства (J70.2—J70.4)
- интерстициален емфизем (J98.2)
- болести на белия дроб, причинени от външни агенти (J60—J70)
- лимфоиден интерстициален пневмонит, причинен от HIV-вирус (B22.1)

J84.0 Алвеоларни и парието-алвеоларни нарушения
Алвеоларна протеиноза
Белодробна алвеоларна микролитиаза

J84.1 Други интерстициални белодробни болести с фиброза
Дифузна белодробна фиброза
Фиброзиращ алвеолит (криптогенен)
Синдром на Hamman-Rich
Идиопатична белодробна фиброза
Не включва: белодробна фиброза (хронична):
- причинена от вдишване на химични вещества, газове, дим или пари (J68.4)
- причинена от облъчване (J70.1)

J84.8 Други уточнени интерстициални белодробни болести

Респираторни нарушения след медицински процедури, некласифицирани другаде

Не включва: емфизем (подкожен) следпроцедурен (T81.8) белодробни прояви, причинени от радиация (J70.0—J70.1)

J95.3 Хронична белодробна недостатъчност, дължаща се на операция

Дихателна недостатъчност, некласифицирана другаде

Не включва: кардио-респираторна недостатъчност (R09.2)
следпроцедурна дихателна недостатъчност (J95.—)
спиране на дишането (R09.2)
респираторен [дистрес] синдром:
- при възрастни (J80)
- при новородено (P22.0)

J96.0 Остра дихателна недостатъчност

J96.1 Хронична дихателна недостатъчност

Вродени аномалии на белия дроб

Q33.0 Вродена белодробна кистоза

Q33.4 Вродена бронхиектазия

Q33.6 Хипоплазия и дисплазия на белия дроб

Q33.8 Други вродени аномалии на белия дроб

Декомпенсираната хронична ДН се кодира с код J96.1 като се отнася за състояние на “остра при хронична ДН” и се вписва като основна диагноза. Това дефинира причината за включване на болния в тази клинична пътека.

Като втори код задължително се посочва някоя от останалите диагнози в клиничната пътека за определяне причината, довела до “остра при хронична ДН”. Когато се приложи механична вентилация при болен с “Астматичен статус” J46 (остра тежка астма) като основна диагноза се кодира J96.0 “Остра дихателна недостатъчност.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1926 Микробиологични изследвания

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

1924 Биохимични изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия

92044-00 Друго кислородно обогатяване 1615
Каталитична кислородотерапия
Циторедуктивен ефект
Кислородотерапия
Оксигенатори
Не включва: - хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
интубация
асистирано дишане
механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия
- отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва:

- продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV]
- (92041-00 [568])
- дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
- вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок
- [570])
- неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

9696199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид 96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент 96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент 96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които две са задължителни 58500-00 и 13842-01 и три основни терапевтични процедури, от които една е задължителна 13882-00 или 13882-01, или 13882-02, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Анестезия и интензивно лечение", осъществявана наймалко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по анестезиология и интензивно лечение или Клиника/отделение по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по педиатрия с легла за интензивно лечение
2. Клинична лаборатория с възможност за КГА
3. Структура по образна диагностика,за стандартни и контрастни рентгенови изследвния, ехография, изсл.на кръвоносни съдове
4. Лаборатория за ФИД (спирометрия)

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ..

- в клиника /отделение по детска пневмология и фтизиатрия III-то ниво – минимум двама лекари със специалност по детска пневмология и фтизиатрия и двама със специалност педиатрия, с допълнителна квалификация в областта на интензивната терапия
- в клиника/отделение по педиатрия за III ниво на компетентност - четирима лекари със специалност по педиатрия;

или

- лекар със специалност по детска пневмология и фтизиатрия с допълнителна квалификация (сертификат) по интензивно лечение или лекар със специалност по педиатрия с допълнителна квалификация в областта на интензивната терапия или
- в клиника/отделение по анестезиология и интензивно лечение II ниво на компетентност - четирима лекари със специалност;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и провеждане на активно лечение при пациенти с:

1.1. развитие на остра при установена вече хронична дихателна недостатъчност се хоспитализират, когато поради неуспех от прилаганата за основното белодробно заболяване терапия (засилване на диспнеята, поява или прогресия на сърдечна недостатъчност при хронично белодробно сърце, и др.), необходимост от кислородотерапия, или усложнения, поради което лечението не може продължи и да бъде завършено успешно в амбулаторни условия.

1.2. всички болни с остра при хронична дихателна недостатъчност и остро снижение на PaO2 под 60 mmHg (под 50 mmHg за фиксирана III степен хронична дихателна недостатъчност) или SaO2 <90 %, са показани за хоспитализация, независимо от конкретната хронична белодробна патология, която е причина за хронична дихателна недостатъчност;

1.3. декомпенсация на хронична дихателна недостатъчност:

- тахипнея над определените нормални стойности, съобразени с възрастта на детето; тахикардия над определените нормални стойности, съобразени с възрастта на детето; участие на допълнителната/умора на дихателната мускулатура; тотален тираж; хипоксемия PaO2 под 60 mm Hg; поява или нарастване на хиперкапния.

2. Провеждане на интензивно лечение при пациенти със:

2.1. тежка диспнея, неповлияна от лечението в предишните етапи;

2.2. промени в съзнанието;

2.3. умора на дихателната мускулатура;

2.4. влошаваща се артериална хипоксемия (PaO2<50 mmHg), въпреки кислородотерапия;

2.5. нарастваща хиперкапния (PaCO2 > 70 mmHg) и ацидемия (pH < 7.25);

2.6. необходимост от механична вентилация.

Декомпенсация на хронична ДН – състояние на бързо влошаване на клиничните прояви и артериалните кръвни газове при болни с хронична ДН и хронична белодробна патология.

Според степента на отклоненията в КГА определяме три степени на стабилна хронична ДН:

първа – снижение на PaO2 до 65 mmHg, без хиперкапния;
втора – PaO2 55-65 mmHg, без или с хиперкапния, но PaCO2 ≤ 55 mmHg;
трета – PaO2 < 55 mmHg, без или с различна по степен хиперкапния.

Декомпенсация на хронична ДН може да настъпи при всяка от посочените степени.

Основни критерии (освен клиничните) са задълбочаваща се хипоксемия (спадане на PaO2 с ≥ 10 mm Hg) и поява/нарастване на хиперкапнията спрямо стабилното състояние.

Показания за хоспитализация в интензивно отделение:

- тежка диспнея, неповлияна от лечението в предишните етапи;
- промени в съзнанието;
- умора на дихателната мускулатура;
- влошаваща се артериална хипоксемия (PaO2 < 50 mmHg), въпреки кислородотерапия;

- нарастваща хиперкапния ($PaCO_2 > 70$ mmHg) и ацидемия (pH < 7.25);
- необходимост от механична вентилация.

Всички болни, отговарящи на един или повече от посочените критерии и показания, подлежат на неотложна хоспитализация за започване и провеждане на необходимото лечение. Хоспитализацията на лица под 18 години се извършва само в интензивно отделение.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Медико-диагностични изследвания (вкл. КГА) се извършват до 12 часа от хоспитализацията.

Задължителен елемент на лечението е кислородотерапията. Тя е непрекъсната, дозирана и контролирана. Контролен КГА 60 мин след започването ѝ и според клиничното състояние в следващите дни за документиране промените.

Основни групи медикаменти:

- Кислород
- Бронходилататори
- Антибактериални средства
- Кортикостероиди
- Секретолитици
- Антикоагуланти
- Диуретици и кардиоактивни медикаменти (вазодилататори, инотропни и др.)

Използването и дозировката на различните групи медикаменти при лечението на острата при хронична ДН се съобразява с патогенетичните механизми и причините за развитието ѝ, и основното белодробно заболяване. Решението за интубация и механична вентилация се взема след обсъждане на показанията и противопоказанията от лекуващия екип, документирано в ИЗ обсъждане с болния и/или роднините му и получаване на съгласието им, когато е възможно това (не се налага по витални индикации). При неуспех от консервативното лечене на декомпенсираната хронична дихателна недостатъчност (състоянието не се подобрява или се влошава), ще се обсъди възможността (показания и противопоказания) за интубация и механична вентилация.

Показания за интубация и механична вентилация при остра при хронична ДН:

- Белези на умора на дихателна мускулатура и абдоминален парадокс;
- Задълбочаваща се респираторна ацидоза с pH под 7.25;
- Некоригираща се хипоксемия ($PaO_2 < 50$ mmHg) въпреки кислородотерапия;
- Нарушено съзнание и/или дезориентираност, възбуда и невазможност да съдейства за провеждане лечението.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се въз основа на клиничната картина, патологични параметри на КГА, рентгенографията на гръден кош, резултати от инструментални и лабораторни изследвания, които са необходими за доказване /потвърждаване на основната диагноза.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние

(клинични/параклинични) и:

1. овладяна симптоматика и причина за развитие на остра при хронична дихателна недостатъчност;
2. подобрени (стабилни) параметри на КГА;
3. уточнена терапия и поведение в амбулаторни условия;
4. рехабилитация и обучение на болните.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването"*.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ НА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вашето дете страда от хронично заболяване на органите на дишането, което с течение на времето е довело до различни по тежест нарушения в нормалната им функция. Много болести на белите дробове и гръдната клетка могат да причинят затруднено снабдяване с необходимия за живота кислород. Това състояние се определя като **дихателна недостатъчност.** Тя може да се развие много бързо (дни) или по-бавно (седмици) и да бъде основна причина за тежко нарушение на дейността на други жизнено важни органи (мозък, сърце, бъбреци). Основно оплакване е затрудненото дишане ("недостиг на въздух"), "посиняване" на устните, езика, пръстите. Това е хронично състояние, което може да прогресира бавно или да се влоши остро по различни причини и да наложи приемането Ви по спешност за лечение в болница. Провеждането в домашни условия лечение в тези случаи не винаги може да бъде успешно.

Лекар е преценил, че е необходимо детето да постъпи в болница, където ще бъде лекувано в условията на спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на дишането и/или сърдечната дейност. През времетраенето на престоя в болницата ще се провежда назначеното лечение, следва да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които счетете за важни.

Престоят в клиниката ще продължи до стабилизиране на състоянието. Ще бъдат извършвани различни изследвания, включително изследвания на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгенова снимка на белия дроб, и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани и поискано съгласието Ви преди извършването им.

Лечението ще включва различни лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), антибиотици при наличие на инфекция, кислород и др., включително "подпомагане на дишането с апарат", за което ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалация, в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Ваши близки могат ежедневно да посещават клиниката, но посещенията трябва да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с условията в клиниката/отделението и възможностите на лекуващия Ви екип.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението има неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Ако пожелаете да прекратите лечението, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по нататъшното Ви здравословно състояние.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност, но Вие не може да имате претенции към болницата, където е предложено лечението. Моля запомнете, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето дете.

Ако имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията, правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, моля обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ние ще следим здравословно състояние на детето по време на целия престой от деня на приемането в болницата, докато състоянието му се подобри и стане възможно изписването или Вие сам решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след постъпването Ви в болницата?

Лекуващият лекар ще Ви разпита, прегледа детето и ще назначи необходими изследвания, които не са направени преди постъпването в отделението. Те могат да включват изследване на дишането, ЕКГ, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложи.

След първоначалната оценка на състоянието ще бъде назначено лечение със споменатите лекарства, кислород, както и с други медикаменти според необходимото. Ако състоянието на детето не се подобри или се влошава, изпитва непреодолима умора (затруднение) при дишане и недостиг на въздух, ще се обсъди възможността (показания и противопоказания) за започване на механично подпомагане на дишането с апарат (обдишване с респиратор). Започването му ще стане само след получаване на изрично съгласие от Вас.

Обдишването с респиратор се осъществява чрез поставяне през устата на тръба (интубация) в трахеята (дихателната тръба). Тя се свързва с респиратора и той ще започне да подпомага или напълно ще замести дишането. Това се нарича “механична вентилация”. В началото може да се наложи приложението на успокояващи медикаменти за различно време докато детето привикне към работата на апарата (респиратора). Много важно е детето да остане спокойно, да не се съпротивлява на апарата с опити за дишане и да не се опитва да извадите тръбата от устата.

Състоянието на дететто ще бъде непрекъснато наблюдавано и контролирано от медицинския екип и апаратурата (монитори), която следи постоянно дишане, сърдечна дейност, кръвно налягане и количеството кислород в кръвта (сатурацията). Важно е да знаете, че по време на “механичната вентилация” детето няма да може да говори, но ще може да напише (ако е в състояние) въпроси или оплаквания.

След като се стабилизира състоянието му и лекуващият екип прецени, че е възможно, ще се пристъпи към постепенно “отвикване от апарата” като ще бъде временно оставяно да диша самостоятелно без помощта на апарата. Това не бива да Ви притеснява защото ако се умори (преценява се чрез проследяване на дишането, сърдечна честота, кислород в кръвта и др.) веднага ще бъде отново включено към апарата. Ако след като е дишало самостоятелно достатъчно дълго (обикновено 12-24 часа) без да се умори и без да се влошат показателите му ще бъде извадена тръбата от трахеята и лечението ще бъде продължено като вече диша самостоятелно.

Ако не сте разбрали напълно написаното, имате въпроси или съмнение за ползата от това лечение, задължително трябва да обсъдите това с лекуващия лекар и роднините Ви, за да може да се вземе най-правилното за Вас решение.

КП № 48
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БРОНХОПНЕВМОНИЯ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

1.Минимален болничен престой – 5 дни

При диагнози U07.1 COVID-19 и U07.2 COVID-19 минималният болничен престой продължава до края на диагностично-лечебния процес или постигане на състояние „клинично здрав“ за пациента и/или до края на въведения карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вирусна пневмония, некласифицирана другаде
Включва: бронхопневмония, причинена от други вируси, различни от вируса на грипа
Не включва: вроден пневмонит при рубеола (P35.0)
пневмония:
- аспирациона:
- БДУ (J69.0)

при анестезия по време на:
- раждане и родоразрешаване (O74.0)
- бременност (O29.0)
- послеродов период (O89.0)
- неонатална (P24.9)

при вдишване на твърди и течни вещества (J69.—)
- вродена (P23.0)
- при грип (J10.0, J11.0)
- интерстициална БДУ (J84.9)
- липоидна (J69.1)

J12.0 Аденовирусна пневмония

J12.1 Пневмония, причинена от респираторно синцитиален вирус

J12.2 Пневмония, причинена от вируса на парагрипа

J12.8 Друга вирусна пневмония

J13 Пневмония, причинена от *Streptococcus pneumoniae*
Бронхопневмония, причинена от *S. pneumoniae*
Не включва: вродена пневмония, причинена от *S. pneumoniae* (P23.6)
пневмония, причинена от други стрептококи (J15.3—J15.4)

J14 Пневмония, причинена от Haemophilus influenzae
Бронхопневмония, причинена от *H. influenzae*
Не включва: вродена пневмония, причинена от *H. influenzae* (P23.6)

Бактериална пневмония, некласифицирана другаде
Включва: бронхопневмония, причинена от други бактерии, различни от *S. pneumoniae* и *H. influenzae*
Не включва: пневмония, причинена от хламидии (J16.0) вродена пневмония (P23.—)
болест на легионерите (A48.1)

J15.0 Пневмония, причинена от *Klebsiella pneumonia*

J15.1 Пневмония, причинена от *Pseudomonas*

J15.2 Пневмония, причинена от стафилокок

J15.3 Пневмония, причинена от стрептокок група B

J15.4 Пневмония, причинена от други стрептококи ***Не включва:*** пневмония, причинена от:

- стрептокок група B (J15.3)
- *Streptococcus pneumoniae* (J13)

J15.5 Пневмония, причинена от *Escherichia coli*

J15.6 Пневмония, причинана от други аеробни грам-отрицателни бактерии
Пневмония, причинена от *Serratia marcescens*

J15.7 Пневмония, причинена от *Mycoplasma pneumonia*

J15.8 Други бактериални пневмонии

Пневмония, причинена от други инфекциозни агенти, некласифицирана другаде
орнитоза (A70) пневмоцистоза (B59) пневмония:
БДУ (J18.9)
вродена (P23.—)

J16.0 Пневмония, причинена от хламидии

J16.8 Пневмония, причинена от други уточнени инфекциозни агенти

Пневмония без уточнен причинител
Не включва: абсцес на белия дроб с пневмония (J85.1)
лекарствено причинени интерстициални белодробни нарушения (J70.2—J70.4)
пневмония:

- аспирационна:
- БДУ (J69.0)

при анестезия по време на:

- раждане и родоразрешаване (O74.0)
- бременност (O29.0)
- последродов период (O89.0)

неонатална (P24.9)

- при вдишване на твърди и течни вещества (J69.—)
- вродена (P23.9)
- интерстициална БДУ (J84.9)
- липоидна (J69.1)

пневмонит, причинен от външни агенти (J67—J70)

J18.0 Бронхопневмония, неуточнена
Не включва: бронхиолит (J21.—)

J18.1 Лобарна пневмония, неуточнена

J18.8 Друга пневмония с неуточнен причинител

Пневмонит, причинен от твърди вещества и течности
Не включва аспирационен синдром на новороденото

J69.0 Пневмонит, причинен от храна и повърнати материи

J69.1 Пневмонит, причинен от вдишване на масла и есенции

J69.8 Пневмонит, причинен от други твърди вещества и течности

U07.1 COVID-19, идентифициран вирус
Този код се използва, когато COVID-19 е потвърден чрез лабораторно изследване, независимо от тежестта на клиничните признаци или симптоми. При необходимост от идентифициране на пневмония или други прояви използвайте допълнителен код.
Не включва:
коронавирусна инфекция, неуточнена локализация (B34.2)
коронавирус като причина за болести, класифицирани другаде (B97.2)
тежък остър респираторен синдром (SARS), неуточнен (U04.9)

U07.2 COVID-19, неидентифициран вирус
COVID-19 БДУ
Този код се използва, когато COVID-19 е диагностициран клинично или епидемиологично, но лабораторните изследвания са неубедителни или не са налични. При необходимост от идентифициране на пневмония или други прояви използвайте допълнителен код.
Не включва: коронавирусна инфекция, неуточнена локализация (B34.2) COVID-19 потвърден чрез лабораторно изследване (U07.1)
специално скринингово изследване за откриване на други вирусни болести (Z11.5) наблюдение при съмнение за други болести или състояния (Z03.8)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1960 Компютърна томография ■ гръден кош

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
- диафрагма
- сърце
- бял дроб
- медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия
Електрографично мониториране
Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856*]*)

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 измерване на газове на смесена венозна кръв

1926 Микробиологични изследвания

91929-02 91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите- по преценка
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий- по преценка
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций- по преценка 91910-35 Клинично-химични изследвания за фосфати- по преценка при вирусна пневмония по показания:
91903-00 Серологично изследване за Mycoplasma pneumoniae
91903-01 Серологично изследване за Бруцелоза IgM
91903-02 Серологично изследване за Borellia (Лаймска болест)
91903-03 Серологично изследване за Rickettsia conorii (Марсилска треска)
91903-04 Серологично изследване за Лептоспироза
91903-05 Серологично изследване за Coxiella burnetii (Q треска)
91903-06 Серологично изследване за Bordetella pertussis
91922-07 Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)

91903-07 Серологично изследване за респираторно-синцитиален вирус (RSV)
91903-08 Серологично изследване за грипен вирус А и Б
91903-09 Серологично изследване за ECHO вирус
92196-00 Серологично изследване за Coxackie virus
91911-19 Други вирусологични изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер овлажняваща терапия

92044-00 Друго кислородно обогатяване
Каталитична кислородотерапия
Циторедуктивен ефект
Кислородотерапия
Оксигенатори
Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт

• Port-A-Cath

• резервоар (подкожен)

• устройство за съдов достъп

• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)

- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок[741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96203-02 - Перорално прилагане на фармакологичен агент- Противоинфекциозен агент.

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури: 58500-00, 91929-02 или 92184-02, 91910-04; (при тежка пневмония е задължителна и четвърта диагностична процедура - 91937-02) и две основни терапевтични процедури (една от които е 96199-02), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**
„При доказана бременност кодирана в системата HOSP CPW на НЗОК с код Z32.l„Бременност, потвърдена", процедура с код 58500-00 не е задължителна" . При показания и необходимост от извършване на образно изследване да се създаде възможност КП може да бъде отчетена с диагн. процедура с код 56301-00 „Компютърна томография на гръден кош".

При вирусна пневмония по показания: 91903-00, 91903-01, 91903-02, 91903-03, 9190304, 91903-05, 91903-06, 91922-07, 91903-07, 91903-08 91903-09, 92196-00, 91911-19

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична

Изисквания при обявена епидемична обстановка със заповед на министъра на здравеопазването по повод на **инфекция с COVID-19**:

1. пациенти с инфекция с COVID-19 се хоспитализират по една от следните клинични пътеки с № 39 или № 48 или № 104;

2. пациенти с бронхопневмония или бронхиолит, предизвикана от COVID-19, се хоспитализират по клинична пътека № 39 или № 48;

2а. в случаите на положителен резултат при приемане за хоспитализация или по време на хоспитализация на пациент с бронхопневмония, предизвикана от COVID-19, за поставяне на диагноза с код U07.1, лечебното заведение задължително отчита ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19"."

3. пациенти без бронхопневмония или бронхолит, но с инфекция от COVID-19 се хоспитализират по клинична пътека № 104;

4. в случай на издадена заповед от РЗИ за карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури се осъществява само по КП № 104;

5. лечебното заведение може да отчете само една от следните клинични пътеки с № 39 или № 48 или № 104 в рамките на същия отчетен период при лечението на пациент по повод на инфекция с COVID-19.

Забележка: При отчитане на заболяване „Вирусна пневмония“ или „Бронхиолит“, причинени от COVID-19 с код U07.1, изпълнителят задължително отчита и основна процедура с код: ВСМД „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ (код 92191-00) или тест за откриване на антиген на SARS-CoV-2 (код 92191-01). Високоспециализираното медико – диагностично изследавне „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ може да бъде отчетено, независимо в кое лечебно заведение, определено със заповед на министъра на здравоепазването и има сключен договор с НЗОК е извършено.

Забележка: При извършено ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ преди хоспитализацията, същото ВСМДИ в болнични условия се означава с код 92191-00.“

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология" – за новородени, отглеждани в структурата до 28-ия ден.

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с горепосочените медицински стандарти.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника по Детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по педиатрия или Неонатологична клиника/отделение - II ниво
2. Рентгенов апарат за скопия и графия
3. Клинична лаборатория с възможност за КГА и КАС
4. Легла за интензивно лечение (съгласно стандарт по неонатология)

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология на територията на областта

2. Вирусологична лаборатория
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

За провеждане на ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ по време на въведените от министъра на здравеопазването противоепидемични мерки на територията на цялата страна, лечебното заведение следва да е посочено в заповед на министъра на здравеопазването като изпълнител, съответно да има сключен договор с НЗОК.

В случай че лечебното заведение не е изпълнител на ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ по договор с НЗОК, е необходимо да представи договор с друго лечебно заведение, посочено в заповед на министъра на здравеопазването.

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

Клиника/ отделение по педиатрия

I ниво на компетентност - двама лекари, от които единият със специалност педиатрия

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия

или

детска пневмология и фтизиатрия

или

четирима лекари, от които един лекар със специалност педиатрия и един със специалност детска пневмология и фтизиатрия

III ниво на компетентност – шестима лекари, от които пет със специалност

Неонатология - за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането

I ниво на компетентност – легла в родилна зала, на които не се лекуват деца

II ниво на компетентност – се изисква минимум един лекар с придобита специалност по педиатрия и квалификация по неонатология или с придобита специалност по неонатология

III ниво на компетентност – шест лекари, от които минимум трима лекари със специалност по неонатология

Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия

I ниво на компетентност - няма първо ниво

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия

или

четирима лекари, от които двама лекари със специалност детска пневмология

или

четирима лекари, от които един лекар със специалност детска пневмология и фтизиатрия и един лекар със специалност по педиатрия

III ниво на компетентност – четирима лекари, от които поне двама с пневмология и фтизиатрия, а останалите - със специалност педиатрия

В педиатрични отделения (клиники) се приемат пациенти до 18-годишна възраст, както и новородени след изписването им от структурата по неонатология (съгласно т. IV. от медицински стандарт „Педиатрия“). За новородените задължително е необходима консултация с неонатолог.

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на деца с бронхопневмония в случаите на:

1. възраст от 0 до 2 години и доказани рентгенологично възпалителни промени (едностранно или двустранно);
2. масивно засягане на белодробния паренхим (интерстициум) едностранно или двустранно;
3. тежко общо състояние на болното дете с изразен интоксикационен синдром, цианоза;
4. съчетание на друго основно заболяване с пневмония;
5. изразен интоксикационен синдром;
6. дихателна недостатъчност - II - III степен;
7. тахипнея (тахидиспнея) - до 1 год. - > 50/мин; 1 - 6 год. - > 40/мин; над 6 год. > 30/мин;
8. сформиране на разпад в пневмоничния възпалителен инфилтрат;
9. засягане на интерлобарната плевра или на голямата плеврална кухина;

10. прояви на сърдечно засягане по време на пневмоничния процес като негово усложнение, следствие или начало;

11. обтурационен тип ателектаза;

12. пневмония при неинфекциозни болести: чуждо тяло в дихателните пътища; вроден имунен дефицит; вродени белодробни аномалии.

Наличието на един или повече от тези критерии налага обсъждане за провеждане на лечение **в интензивно отделение или консултация със специалист по детска пневмология и фтизиатрия.**

Класификацията на пневмонията като тежка следва да се осъществява след комплексна клинична преценка от лекуващ лекар, основана от съвкупност от клинични, параклинични и образни находки.

Тежка пневмония – масивно едностранно или двустранно ангажиране на паренхима или интерстициума и изразена степен на дихателна недостатъчност, състояние с нужда от кислородна терапия, интензивно наблюдение, или наличие на усложнения като плеврален излив, некроза или емпием..(ESPID- Европейско дружество по детски инфекциозни болести)

ПНЕВМОНИЯ при неинфекциозни болести:

- чуждо тяло в дихателните пътища;
- вроден имунен дефицит;
- вродени белодробни аномалии.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материл за медико-диагностични изследвания се извършва до 24 часа от приемането.

Спирометрия – при приемането (когато състоянието на болния позволява) и преди дехоспитализацията (за деца над 7 години).

Назначената от лечебното заведение рентгенография трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Хемокултурата е задължителна процедура при тежка пневмония.

Диагностични методи, чието приложение е задължително за уточняване на болестта:

- рентгенография или КАТ/МРТ;
- измерване на артериални кръвни газове или SaO2 – пулсоксиметрия;
- серологично изследване – по показания;
- хемокултура – по показания при тежки пневмонии.

ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Принципи и насоки за антибактериална терапия при деца

Приложението на антибиотици при деца с пневмонии се обуславя от допускания (доказания) етиологичен причинител, рентгеновите промени, възрастта и тежестта на състоянието, като се прилагат i.v. минимум първите три дни от хоспитализацията.

В детската пневмологична практика е уместно **емпиричното** приложение на следните антибиотици: **Група антибиотици**
Полусинтетични пеницилини
Цефалоспорини II генерация
Цефалоспорини III генерация
Цефалоспорини IV генерация
Карбапенеми
Аминоглюкозиди
Макролиди
Широкоспектърни антибиотици
Флурохинолони (при деца над 14 год.)

Преценката за приложение на антибиотик от съответната група се определя от клиничната картина, физикалната находка, резултатите от ПКК и СУЕ, рентгеноморфологичните промени.

Поради възможността за емпием/абсцедиране при всеки болен с неадекватен клиничен отговор на лечението е необходимо повтаряне на рентгенографията.

За МКБ с код J 12.0 Аденовирусна пневмония, J12.1 Пневмония, причинена от респираторно синцитиален вирус J12.2 Пневмония, причинена от вируса на парагрипа, J12.8 Друга вирусна пневмония, Jl 5.7 Пневмония, причинена от Mycoplasma pneumonia, терапевтична процедура с код 96199-02 не е задължителна

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на типичната клинична картина и характерен рентгенов образ, ПКК с диференциално броене и СУЕ, тяхната динамика и повлияване от провежданото лечение, и изключване на алтернативни диагнози.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние
(клинични/параклинични) и:

1. повлияване на фебрилния синдром;
2. отзвучаване на клиничните симптоми;
3. повлияване на физикалната белодробна находка;
4. нормализиране на стойностите от КГА или на сатурацията SPO_2.

Контролната рентгенография на гръден кош - по преценка.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”.*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Както вече Ви е известно, детето Ви е заболяло от пневмония. Това е заболяване, ангажиращо белодробния паренхим. То е остро възпаление, причинено най-често от микроорганизми (бактерии, вируси и атипични причинители). Появява се бързо, може да прогресира, да предизвика нарушения в дихателната функция и често налага приемане в болница за лечение. Поради възможност за бързо прогресиране на болестта, провежданото в домашни условия лечение може да не бъде достатъчно и да доведе до необходимостта от провеждане и на кислородотерапия.

Вашият лекар е преценил, че за по-нататъшно лечение, детето Ви трябва да постъпи в болница, където ще бъде лекувано в условията на детско/спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на белия му дроб и необходимост от лечение и проследяване, което не може да се осъществи в домашни условия.

През времетраенето на периода на лечение детето Ви ще трябва да провежда назначеното лечение, да спазва предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които сметнете за важни.

Престоят на детето Ви в клиниката ще продължи не по-малко от 5 дни. Ще бъдат направени различни изследвания, включително изследване на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани, за да дадете съгласие за извършването им.

Лечението ще включва антибактериални средства, кислород при необходимост и др., за които ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно или през устата, в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Вие или Ваши близки може да посещавате клиниката ежедневно, но е желателно посещенията да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с конкретните условия в отделението.

Какво ще стане след постъпването на детето Ви в болницата?

Лекуващият му лекар ще го прегледа, разпита и ще назначи необходими изследвания, които до момента на настаняването в отделението не са направени. Те могат да включват изследване на дишането, електрокардиограма, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които ще бъдете информирани ,ако това се наложи.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното здравословно състояние на детето Ви.

КП № 49
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БРОНХИОЛИТ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой – 5 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър бронхиолит
Включва: с бронхоспазъм
J21.0 Остър бронхиолит, причинен от респираторно-синцитиален вирус
J21.8 Остър бронхиолит, причинен от друг уточнен агент
J21.9 Остър бронхиолит, неуточнен

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
- Диафрагма
- сърце
- бял дроб
- медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92057-00 Телеметрия
Електрографично мониториране
Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1926 Микробиологични изследвания

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Хематологични изследвания

ПКК с ДКК, СУЕ (задължително) и електролити (по показания)

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий - по показания
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций - по показания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия

92044-00 Друго кислородно обогатяване 1615
Каталитична кислородотерапия
Циторедуктивен ефект
Кислородотерапия
Оксигенатори
Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, които са: 13310-00 или 13842-01 или 13311-00 и хематологични (91910-04, 91910-05, 91910-07) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.** По показания се изследват 91910-33; 91910-34

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология" – за новородени, отглеждани в структурата до 28-ия ден.

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура

1. Клиника по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по педиатрия или Неонатологична клиника/отделение
2. Легла за интензивно лечение
3. Клинична лаборатория с възможност за КГА и КАС
4. Рентгенов апарат за скопия и графия

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Имунологична лаборатория
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ...

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

Клиника/ отделение по педиатрия

I ниво на компетентност - двама лекари, от които единият със специалност педиатрия

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия или детска пневмология и фтизиатрия

или

четирима лекари, от които един лекар със специалност педиатрия и един със специалност детска пневмология и фтизиатрия

III ниво на компетентност – шестима лекари, от които пет със специалност

Неонатология - за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането

I ниво на компетентност – легла в родилна зала, на които не се лекуват деца

II ниво на компетентност – се изисква минимум един лекар с придобита специалност по педиатрия и квалификация по неонатология или с придобита специалност по неонатология

III ниво на компетентност – шест лекари, от които минимум трима лекари със специалност по неонатология

Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия

I ниво на компетентност - няма първо ниво

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия или

четирима лекари, от които двама лекари със специалност детска пневмология или четирима лекари, от които един лекар със специалност детска пневмология и фтизиатрия и един лекар със специалност по педиатрия

III ниво на компетентност – четирима лекари, от които поне двама с пневмология и фтизиатрия, а останалите - със специалност педиатрия - лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

В педиатрични отделения (клиники) се приемат пациенти до 18-годишна възраст, както и новородени след изписването им от структурата по неонатология (съгласно т. IV. от медицински стандарт „Педиатрия“). За новородените задължително е необходима консултация с неонатолог.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Задължителен прием, диагностика и лечение на деца с бронхиолит в случаите на:

1.1. възраст до една година;

1.2. придружаващи тежки хронични заболявания (вродени сърдечни малформации, имунен дефицит, хронични белодробни заболявания и др.).

2. Диагностика и лечение на деца с бронхиолит и:

2.1. клинични данни и белези на дихателна недостатъчност (обективизиране на тежестта с пулсоксиметрия и/или КГА - установяване на PaO2 < 90 mmHg (при липса на друга остра или хронична белодробна или сърдечна патология).

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материл за медико-диагностични изследвания се извършва до 24 часа от приемането.

Спирометрия при деца над 7 години се извършва преди дехоспитализацията.

Назначената от лечебното заведение рентгенография трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Диагностични методи, чието приложение е задължителни за уточняване на болестта:

- измерване на артериални кръвни газове или SaO2 – пулсоксиметрия; - серологично изследване – по показания.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на типичната клинична картина и инструменталните и параклинични изследвания, тяхната динамика и повлияване от провежданото лечение, и изключване на алтернативни диагнози.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- повлияване на фебрилния синдром;
- овладяване на клиничните симптоми;
- повлияване на физикалната белодробна находка.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Както вече Ви е известно, детето Ви е заболяло от бронхиолит. Това е заболяване, ангажиращо бронхиолите и белодробния паренхим. То е остро възпаление, причинено най-често от микроорганизми (бактерии, вируси и атипични причинители). Появява се бързо, може да прогресира, да предизвика нарушения в дихателната функция и често налага приемане в болница за лечение. Поради възможност за бързо прогресиране на болестта, провежданото в домашни условия лечение може да не бъде достатъчно и да доведе до необходимостта от провеждане и на кислородотерапия.

Вашият лекар е преценил, че за по-нататъшно лечение, детето Ви трябва да постъпи в болница, където ще бъде лекувано в условията на детско/спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на белия му дроб и необходимост от лечение и проследяване, което не може да се осъществи в домашни условия.

През времетраенето на периода на лечение детето Ви ще трябва да провежда назначеното лечение, да спазва предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които сметнете за важни.

Престоят на детето Ви в клиниката ще продължи не по-малко от 5 дни. Ще бъдат направени различни изследвания, включително изследване на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани, за да дадете съгласие за извършването им.

Лечението ще включва антибактериални средства, кислород при необходимост и др., за които ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно или през устата, в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Вие или Ваши близки може да посещавате клиниката ежедневно, но е желателно посещенията да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с конкретните условия в отделението.

Какво ще стане след постъпването на детето Ви в болницата?

Лекуващият му лекар ще го прегледа, разпита и ще назначи необходими изследвания, които до момента на настаняването в отделението не са направени. Те могат да включват изследване на дишането, електрокардиограма, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които ще бъдете информирани ,ако това се наложи.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното здравословно състояние на детето Ви.

КП № 50.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ БЕЗ ТРОМБОЛИЗА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 4 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Мозъчен инфаркт

Включва: оклузия и стеноза на церебрални и прецеребрални артерии, предизвикващи мозъчен инфаркт
Не включва: последици от мозъчен инфаркт (I69.3)

I63.0 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на прецеребрални артерии

I63.1 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на прецеребрални артерии

I63.2 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на прецеребрални артерии

I63.3 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на церебрални артерии

I63.4 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на церебрални артерии

I63.5 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на церебрални артерии

I63.6 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на мозъчна вена — непиогенна

I63.8 Друг мозъчен инфаркт

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция	
39000-00	Лумбална пункция Спинална пункция
Компютърна томография на мозък	

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:

гръден кош (57001, 57007 [1957])

и корем (57001-01, 57007-01 [1957])

лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])

средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])

орбита (56013-02, 56013-03 [1954])

питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх

Диафрагма

сърце

бял дроб

медиастинум

Не включва: такава на:

ребра (58521-01, 58524-00 [1972])

гръдна кост (58521-00 [1972])

гръден вход (58509-00 [1974])

трахея (58509-00 [1974])

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:

използвайки: мапиране с цветен поток

Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)

механично секторно сканиране

трансдюсер с фазово излъчване

с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор

Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1926 Микробиологични изследвания

при необходимост:

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

при необходимост:

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна

Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен

Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
интубация
асистирано дишане механична вентилация с:
ендотрахеална тръба (ETT)
назална
орална
трахеостомия отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
трахеостомия:
перкутанна (41880-00 [536])
постоянна (41881-01 [536]) • временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])
Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за:
анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
перфузия (виж блок [1886])
ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Кодирай също когато е направена:

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Изискване: (Доп. – ДВ, бр. 17 от 2024 г., в сила от 27.02.2024 г.) Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица.

При необходимост от продължаване на болничния престой на пациента над 4 дни лечебното заведение уведомява веднага съответната РЗОК.

Кодове на основни процедури.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Процедура **56001-00 Компютърна томография на мозък** или **56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя (**или **90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък)** е задължителна диагностична процедура, която се провежда до 48 часа от хоспитализацията - за изключване на тумор, кръвоизливи или друга патология. Невроизобразяващото изследване при мозъчен инфаркт може да бъде негативно.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934, се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Лечебните заведения, които не могат да осъществят тромболиза и/или тромбектомия (нямат договор за КП № 51.1 и КП № 51.2), са задължени да извършат образно изследване (КТ или МРТ) , с абсолютен приоритет и незабавно след постъпването на пациента в спешното отделение на лечебното заведение **като насочват за хоспитализация пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № №51.1 и/или КП 51.2.**

Задължително се спазва и златният стандарт от 4,5 до 6 часа за осъществяване на тромболиза и тромбектомия/тромбаспирация.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. <u>УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА</u> <u>ПЪТЕКА</u>

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Съгласно медицински стандарт „Нервни болести”, **отделение/клиника от I ниво** на компетентност може да осъществява диагностично-лечебни дейности по отношение на пациенти с мозъчен инсулт в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника по нервни болести от II ниво, с изключение на изискванията за персонал при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Неврологична клиника/отделение
2. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
4. Кабинет (апарат) по доплерова сонография и с възможност за изследване на мозъчното кръвообращение
5. Образна диагностика – КТ или МРТ в режим на непрекъснатост.

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Отделение/лаборатория по клинична патология в рамките на областта
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама лекари с придобита специалност; (за структури I ниво – минимум двама лекари с придобита специалност по нервни болести);

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За Доплерова сонография (невросонология) – лекар със специалност по нервни болести или друг специалист с квалификация за доплерова сонография на мозъчно кръвообращение (съгласно медицински стандарт "Нервни болести"), удостоверена чрез сертификат.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий.
- Лечение на исхемичен инсулт, с медицинска необходимост от активно лечение в рамките на 1 месец след дехоспитализацията

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностиката и лечението се осъществява, съгласно „Националния консенсус за диагностика и лечение на мозъчно – съдови заболявания 2024 г.“

Биологичен материал (кръв) за медико-диагностични изследвания се взема до 3-тия час от приемането на болния. КТ или МРТ се извършва до 48 часа от началото на хоспитализацията за изключване на хеморагия или тумор.

Диагностични методи за уточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- КТ/МРТ;
- кръвна захар, урея, креатинин, електролити;
- хемостазеологичен статус – по клинични показания;
- ЕКГ;
- изследване на очни дъна – по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- лумбална пункция - по показания;
- доплерова сонография (ДС) – по показания;
- ангиография на мозъчни артерии – по показания;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.
- ЕЕГ - по показания.
- изследване на хемостаза – по показания

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- вида на острото разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);
- локализацията – топична диагноза;
- етиологията – етиологична диагноза;
- тежестта на мозъчния инсулт;
- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- оценката на рисковите фактори.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

Оценка за всички пациенти се прави еднократно при прием (ако информацията е достъпна) и при изписване (задължително) по модифицираната скала на Ранкин (modified Rankin Scale, mRS). Скалата mRS оценява фукнционалното състояние единствено спрямо въздействието на инсулта, а не спрямо общото състояние на пациента, т.е. пациент с редуцирани функции поради други причини не трябва да се оценява със завишени точки.

Резултат при изписване:……..точки
Дата:…….....

Ежедневна оценка по NIHSS за всички пациенти. Също така следва да се прилага при остра промяна в състоянието на пациента.

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
1а. Ниво на съзнание (количествени нарушения на съзнанието): Изследователят трябва да избере един отговор, дори ако цялостната оценка е проблематична, поради причини като поставена ендотрахеална тръба, езикова бариера, оротрахеална травма / превръзки. 3 точки се дават само ако в отговор на болезнена стимулация, болният не прави никакво движение (с изключение на рефлексна поза).	0 = буден, адекватно реагиращ. 1 = сомнолентен, но се събужда при минимални стимули за да изпълни команди, да отговори или да реагира. 2 = не е буден, за изпълнение на команда са необходими неколкократни стимулации; или болният е в сопор и изисква силни или болезнени стимули, за да направи някакви движения (не стереотипни). 3 = реагира само с рефлексни моторни или автономни отговори, или е напълно нереагиращ, отпуснат (вял) и в състояние на арефлексия (кома).	
1б. Въпроси при нарушение на съзнанието: На болния/та се задава въпрос за това, кой е текущия месец и каква е неговата/нейната възраст. Отговорът трябва да бъде точен – не се дава частичен кредит за приблизителен отговор. Болните с афазия и сопор, които не разбират въпросите, ще получат 2 точки. Болните, които не могат да говорят, поради ендотрахеална интубация, оротрахеална травма, тежка дизартрия от някаква причина, езикова бариера или друг проблем, непроизтичащ от афазия, ще получат оценка 1. Важно е да бъде оценен само първоначалният отговор, а изследователят да не “помага” на пациента чрез вербални или невербални начини.	0 = правилно отговаря и на двата въпроса 1 = правилно отговаря на един въпрос 2 = неправилно отговаря и на двата въпроса	
1в. Команди при нарушение на съзнанието: Болният/а трябва (да бъде помолен) да отвори и затвори очите, а след това да стисне и отпусне непаретичната ръка. Възможно е заместване с друга едно-стъпкова команда ако ръцете не могат да се използват. Кредит се дава при несъмнен опит за изпълнение, който поради слабост не може да бъде завършен. Ако болният не реагира на командата, задачата може да му бъде демонстрирана (с пантомима, жестове) и съответно да се оцени резултата (напр. не изпълнява, изпълнява една или две команди). Болните с травми, ампутации или други физически недъзи трябва да получат подходящи едно-стъпкови команди. Оценява се само първият опит.	0 = изпълнява правилно и двете команди 1 = изпълнява правилно само една команда 2 = не изпълнява правилно и двете команди	
2. Очни движения/ погледни парези: Изследват се само хоризонталните погледни движения. Ще се точкуват		

волевите или рефлекторните (окулоцефални) очни движения, без провеждане на калоричен тест. Пациентът получава 1 точка ако има конюгирано отклонение на очите, което може да бъде преодоляно чрез волева или рефлекторна активност. Ако болният има изолирана периферна лезия на III, IV или VI ЧМН, получава също 1 точка. Погледът може да се тестува при всички болни с афазия. Болните с очни травми, превръзки, предшестваща слепота или други нарушения на зрителната активност, или зрителните полета, трябва да се изследват чрез рефлексни движения, или по избор на тест от изследователя. Ако установите очен контакт с пациента и след това се движите около него (от страна на страна), ще успеете да изясните наличието на парциална погледна пареза в някои случаи.	0 = няма погледни парези; нормални очни движения 1 = частична погледна пареза. Този резултат се дава при абнормен поглед с едното или двете очи, но при липса на спрегнато отклонение или тотална погледна парализа 2 = спрегнато отклонение или тотална погледна парализа, които не могат да бъдат преодолени чрез окулоцефалните рефлексни похвати	
3. Зрителни нарушения /зрителни полета: Зрителните полета (горни и долни квадранти) се изследват чрез конфронтационен тест, съответно броене на пръсти или зрителна заплаха. Болният трябва да бъде окуражаван (да изпълни задачата), но ако гледа към страната на движещите се пръсти адекватно, това може да бъде оценено като нормален отговор. Ако има едностранна слепота или енуклеация, зрителните полета се тестват с другото око. 1 точка се дава само ако има ясна асиметрия, включително квадрантанопсия. При слепота, независимо по каква причина, се дават 3 точки. В тази част теста се извършва двустранно симултанно зрително стимулиране. При наличие на екстинция болният получава 1 точка и резултатите се използват за отговор при изследване № 11.	0 = без зрителни нарушения 1 = частична хемианопсия, (квадрантанопсия) 2 = пълна хемианопсия 3 = билатерална хемианопсия (слепота, вкл. корова слепота)	
4. Лицева пареза, лезия на VII ЧМН: Помолете пациента да покаже зъбите, да повдигне веждите и затвори очите, или използвайте пантомима за да окуражите болния за целта. При слабо реагиращи или трудно контактни болни, отчетете симетричността на гримасата в отговор на болезнени стимули. Ако има някаква физическа бариера, която пречи на огледа на лицето (лицева травма / превръзки, ендотрахеална тръба, лейкопласт и	0 = нормални симетрични движения 1 = лека пареза (изгладена назолабиална гънка, асиметрия при показване на зъбите и усмихване) 2 = частична парализа (тотална или почти тотална парализа на	

др.), трябва да я премахнете доколкото е възможно.	мускулатурата на долната част на лицето) 3 = тежка (тотална) парализа на едната или двете страни (липса на мускулно движение в долната и горната част на лицето)	
5. и 6. **Двигателна дейност – ръка и крак:** **5а. Лява ръка** **5б. Дясна ръка** Всеки крайник се изследва последователно, започвайки с непаретична ръка, ако е ясно коя е. Крайникът се поставя в съответната позиция: екстензия на ръцете (дланите надолу) при 90 градуса в изправено положение и при 45 градуса в легнало положение, а краката при 30 градуса (винаги в легнало положение). Отклонението се точкува ако ръката пада преди 10-та секунда, а кракът преди 5-та секунда. Пациентите с афазия се окуражават да задържат крайниците чрез интонация на гласа и пантомима, но без използване на болезнена стимулация. Оценка 9 може да се даде само в случаите с ампутация или ставна неподвижност (анкилоза, контрактура) в раменната и тазобедрената става.	0 = няма отпускане (пронация), задържа крайника на 90° (или 45°) за 10 секунди или повече. 1 = пронация, задържа крайника на 90° (или 45°), но се отпуска преди 10-та секунда, без да пада на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, болният не може да достигне или задържи крайника на 90° (или съответно 45°), пронира и отпуска до леглото, но оказва някаква съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитацията, крайникът пада. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна контрактура, обяснение:	Л..... Д.....
6а. Ляв крак **6б. Десен крак**	0 = няма пронация, задържа крайника на 30° за цели 5 сек. или повече. 1 = отпускане, крайника започва да пада от края на 5-та секунда, без да падне на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, кракът пада на леглото за 5 секунди, но оказва известна съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитация, кракът пада веднага.	Л..... Д.....

	4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна анкилоза	
7. Атаксия на крайниците: Целта на изследването е да се разкрият данни за едностранна церебеларна лезия. Изследването се прави с отворени очи. В случай на зрителен дефект, осигурете изследването в интактното зрително поле. Носопоказалечната и коляно-стъпалната проби се извършват двустранно, като атаксията се оценява извън пропорцията, съответстваща на мускулна слабост (при пареза). Атаксия липсва при болни, които не разбират командата и са парализирани. Оценка “9” може да се даде в случаи с ампутация и ставна контрактура (неподвижност) или някаква фрактури. В случай на слепота, тестувайте докосването на носа от изпънато положение на ръката.	0 = липса на атаксия 1 = атаксия само в един крайник 2 = атаксия в два крайника При наличие, атаксията е в: дясната ръка – да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в лявата ръка - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в десния крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в левия крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура	
8. Сетивност: Изследва се сетивният усет или гримасите при убождания с игла. При болни с количествени нарушения на съзнанието, сопор или афазия, се оценява отдръпването след болкови стимули (защитната реакция). Като абнормна се тестува само сетивната увреда в резултат на инсулта, а изследователят трябва да изследва толкова зони (лицето, ръцете - а не дланите, тялото, краката) колкото е необходимо за определяне на нарушение по “хеми” тип.	0 = нормални сетивни функции, липса на сетивни увреди 1 = лека до умерена сензорна увреда; пациентът усеща по-слабо или по-тъпо убожданията на засегнатата страна (хемихипестезия, хипалгезия); или има загуба на повърхностна болка	

Резултат 2 “тежка или тотална сетивна увреда“ се дава само при случаи, когато може ясно да се демонстрира тежка или пълна загуба на сетивност. Ето защо пациентите със сопор или афазия най-вероятно ще получат оценка 1 или 0. Болните със стволов инсулт, които имат билатерална сетивна увреда трябва да получат оценка от 2 точки. Ако болният не реагира и е квадриплегичен – резултатът му ще бъде 2 точки. Пациентите в кома (при тест 1a = 3 т.) също произволно получават 2 точки при това изследване.	при убождане, но болният съзнава, че е докосван. 2 = тежка или тотална сетивна увреда; болният не усеща, че е докосван по лицето, ръката или крака.	
9. Най-добро езиково представяне: **(афазия)** От предшестващите секции на изследването ще получите достатъчно информация относно възможностите на болния за езиково разбиране. Пациентът трябва да опише какво се случва на представената му картина, да назове предметите от приложения лист, както и да прочете изреченията от приложения списък. Отговорът трябва да е пълен. Болният трябва да назове всички предмети от листа за назоваване и да прочете всички фрази от двата отделни листа за четене. Разбирането се оценява въз основа на дадените тук отговори, както и от всички команди от предшестващото неврологично изследване. Ако някакво нарушение на зрението затруднява изпълнението на тестовете, помолете болния да идентифицира предмети, поставени в ръката му, както и да повтори или произведе реч. Интубираните болни трябва да бъдат помолени да пишат. Болните в кома (1a = 3 т.) получават арбитражно 3 точки при това изследване. Изследователят трябва да избере резултат при болни в сопор или при нежелание за сътрудничество, но резултат от 3 точки трябва да се използва само ако болният е ням и не изпълнява нито една едно-стъпкова команда.	0 = няма афазия, нормални езикови способности 1 = лека до умерена афазия; определена загуба на възможността за говорене (плавността на говора) и разбирането (схващане на езика), без значимо ограничение на идеаторната експресия или формата на експресия. Намалените речеви способности и/или разбиране, правят разговора по предоставения материал (листовете с картинки) труден или невъзможен. Например, изследователят може да идентифицира дадена картина или наименован обект от отговорите на пациента, при разговор по предоставения материал. 2 = тежка афазия; цялата комуникация е накъсана (фрагменти-рана експресия); съществува голяма необходимост от намеса, запитване и отгатване от страна на слушащия. Размерът на обменената информация е значително ограничен; слушащият понася тежестта на комуникацията. От отговорите на болния не може да се идентифицират предоставените предмети и картини. 3 = мутизъм, глобална афазия; няма използваеми артикулационна реч или слухово разбиране.	
10. Дизартрия: Ако се смята, че болният е нормален, характерът на речта му трябва да се	0 = нормална артикулация	

оцени чрез покана да прочете и повтори думите от приложения лист. Ако пациентът има тежка афазия, то яснотата на артикулацията му може да бъде точкувана при спонтанна реч. Оценка от "9" точки се дава само ако болният е интубиран или има друга физическа бариера за произвеждане на реч. Не казвайте на пациента/ката с каква цел го изследвате.	1 = лека до умерена дизартрия; болният не изговаря добре поне някои думи или, в най-лошия случай, може да бъде разбран със затруднение. 2 = тежка дизартрия; речта на пациента е променена до неразбираемост, при липса или извън някаква степен на афазия; или болният е с мутизъм/ анартрия.	
11. Екстинция и невнимание (едностранно игнориране, неглект): От предишните изследвания може да се получи достатъчно информация за наличие на синдром на игнориране. Ако болният има тежко зрително нарушение, което възпрепятства двустранната зрителна симултанна стимулация, а сетивните стимули от кожата се възприемат нормално, резултатът от теста е нормален. Ако болният има афазия, но обръща еднакво внимание на стимули от двете страни, резултатът от теста е нормален. Наличието на зрително-пространствено игнориране или анозогнозия също е доказателство на абнормност. Тъй като абнормното нарушение се оценява само ако го има, тази точка от скалата винаги може да се изследва.	0 = без абнормности 1 = зрително, тактилно, слухово, пространствено или персонално (соматично) невнимание; или екстинция при билатерални симултанни стимули за една от сензорните модалности. 2 = изразено хеми-невнимание или хеми-игнориране за повече от една сензорна модалност. Не разпознава собствената си ръка или се ориентира само по отношение на едната страна на пространството.	

00-24 ч.

Оценката на тежестта на състоянието по NIHSS задължително се отразява в „История на заболяването" на пациента и се регистрира при приемане, по време на болничния престой и при изписване.

Инструкции за изследователя

Прилагайте отделните пунктове от скалата за оценка на болните с мозъчни инсулти в изброения ред. След всеки последователен тест записвайте резултата за всяка категория на скалата. Не се връщайте обратно и не поправяйте резултата. Следвайте указанията, предоставени за техниката на всяко изследване. Резултатът трябва да отразява това, което пациентът може, а не онова, което клиницистът мисли, че болният може. Клиницистът трябва да записва резултатите докато провежда изследването и да работи бързо. С изключение на посочените места, болният не трябва да бъде упражняван, сугестиран и трениран (напр. повтаряне на изискването болният да направи дадено специално усилие).

Ако даден въпрос остане неизследван, е необходимо да се напише детайлно обяснение за това във формуляра. Всички непопълнени пунктове трябва да бъдат прегледани от медицинския монитор и дискутирани с изследователя по телефона.

Изчисление на резултата

При изчисление на общия резултат, изключете от точка 7-ма (Атаксия на крайниците) кодовете за засегнати крайници (дясна и/или лява ръка и крак 0 = Не, 1 = Да). За точка 5, 6, 7 и 10, също изключете резултата от 9 точки.

ПРОТОКОЛ ТЕМПЕРАТУРА, КРЪВНА ЗАХАР И ПРЕГЛЪЩАНЕ (FeSS – Fever, Sugar, Swallowing) ЗА ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ НА УСЛОЖНЕНИЯ

Температурата на пациента се мониторира поне 4 пъти дневно (или на всеки 6 часа) през първите 72 часа от приема. Температура ≥37,5°C се понижава. Ако температурата надвиши 38°C, пациентът следва да се изследва за инфекции.

Кръвната захар на пациента, независимо от диабетния статус, се мониторира поне 4 пъти дневно (или на всеки 6 часа) през първите 48 часа от приема ако пациентът не се храни (72 часа ако нивата са нестабилни). Ако се храни, захарта се измерва всеки път преди и след хранене. Кръвна захар над 10 mmol/L (180 mg/d L) се коригира.

Пациентите се държат в режим нищо през устата, докато не се направи превентативен скрининг за дисфагия с инструмент ASSIST (или друг утвърден в литературата инструмент). Скринингът се извършва най-късно до 4 часа след хоспитализация.

Протокол ASSIST (Acute Screening of Swallow in Stroke/TIA)

1. ПАЦИЕНТЪТ В СЪСТОЯНИЕ ЛИ Е ДА:

Поддържа бдителност поне 20 минути? Да ☐ Не ☐

Поддържа стойката/позицията в изправено положение? Да ☐ Не ☐

Държи главата изправена? Да ☐ Не ☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с НЕ на КОЯТО И ДА Е част от 1.

Поставете пациента на режим нищо през устата и го прегледайте, когато състоянието се подобри. За прием на лекарства се препоръчва сонда.

2. ПАЦИЕНТЪТ ИМА ЛИ НЯКОЕ ОТ СЛЕДНИТЕ?

Предполагаем стволов инсулт Да ☐ Не ☐

Слабост/увисване на лицето (усмивка, нацупеност, назолабиалната гънка) Да ☐ Не ☐

Завалена/отсъстваща реч (проверете в разговор) Да ☐ Не ☐

Кашляне с отделяне на слюнка Да ☐ Не ☐

Лигавене (ъгъла на устата, брадичката) Да ☐ Не ☐

Дрезгав/липсващ глас (проверете в разговор) Да ☐ Не ☐

Слаба/липсваща кашлица (помолете да се изкашля) Да ☐ Не ☐

Задух Да ☐ Не ☐

Известно затруднено преглъщане Да ☐ Не ☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с ДА на КОЯТО И ДА Е част от 2.
Поставете пациента на режим нищо през устата и се обърнете към логопед.

3. ТЕСТВАЙТЕ ПАЦИЕНТА С ОТПИВАНЕ НА **ГЛЪТКА** ВОДА И НАБЛЮДАВАЙТЕ ЗА:

Изкашляне/прочистване на гърлото Да ☐ Не ☐

Промяна в качеството на гласа Да ☐ Не ☐

Лигавене Да ☐ Не ☐

Промяна в дишането/задух Да ☐ Не ☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с ДА на КОЯТО И ДА Е част от 3.
Поставете пациента на режим нищо през устата и се обърнете към логопед.

4. ТЕСТВАЙТЕ ПАЦИЕНТА С **ЧАША** ВОДА И НАБЛЮДАВАЙТЕ ЗА:

Изкашляне/прочистване на гърлото Да ☐ Не ☐

Промяна в качеството на гласа Да ☐ Не ☐

Лигавене Да ☐ Не ☐

Промяна в дишането/задух Да ☐ Не ☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с ДА на КОЯТО И ДА Е част от 4.
Поставете пациента на режим нищо през устата и се обърнете към логопед.

5. ЗАПОЧНЕТЕ ПРЕМОРБИДНА ПЕРОРАЛНА ДИЕТА

Медицински персонал, който да наблюдава пациента при първото хранене

Член на персонала, който преглежда първото хранене:……

Час:…… Дата:……

Модифицирана скала на Ранкин

Точки	Описание
0	Няма симптоми
1	Без значими увреждания: персистират симптоми, но може да извършва всички предишни дейности
2	Леки увреждания: невъзможност да извършва всички предишни дейности, но е в състояние да се грижи за себе си без асистент
3	Умерено увреждане: изисква помощ за ежедневни функции, но може да се движи без асистент
4	Умерено тежка инвалидност: не може да ходи без асистент и не може да се грижи за собствените си телесни нужди без асистент
5	Тежка инвалидност: прикован на легло, с инконтиненция и изискващ постоянна сестринска грижа и внимание
6	Смърт

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта: ангиография (магнитно-резонансна, КТ- и конвенционална) – по преценка; ехокардиография – по преценка.

Относителни контраиндикации – при болен с дълготрайни тежки соматични заболявания в терминално състояние и развил се мозъчен инсулт.

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧНИ МОЗЪЧНИ ИНСУЛТИ (ИМИ) – при контраиндикации за провеждане на тромболитична терапия

• *Антиагреганти:* Acidum acetylsalicylicum - 50-325 мг (включен в първите 24 - 48 ч. след ИМИ намалява сигнификантно леталитета и честотата на рецидивите).

Неспецифично лечение на ОРМК:

• профилактика и лечение на дълбоки венозни тромбози – нискомолекулни хепарини;
• корекция на артериалното налягане;
• корекция на сърдечните аритмии и сърдечната недостатъчност;
• противооточно лечение – манитол – 1-2 g/kg/24 h., на 4-6 часа в бързи болусни инфузии и/или фуроземид 20 - 40 mg венозно;
• аналгетици (metamizole sodium);
• седация – бензодиазепини производни (диазепам);
• хидратация с левулозни и водно-солеви разтвори;
• кислородолечение при SaO2 <90%;
• инсулин при кръвна захар >12 mmol/l;
• антипиретици (при фебрилитет);
• антибиотик при инфекция.

Антиепилептично лечение (при необходимост) – според вида на евентуални гърчове и данните от ЕЕГ.

Антиеметично (при необходимост) – метоклопрамид (1 до 3 ампули венозно).

При остра хидроцефалия – консултация с неврохирург за евентуално поставяне на вентрикуло-перитонеален или вентрикуло-атриален шънт.

Поддържане на нормален флуиден статус.

Реанимационни мерки при усложнения:

• ендотрахеална интубация;
• поставяне на централен венозен катетър и следене на ЦВН;
• поставяне на назогастрална сонда за хранене;
• провеждане на апаратна вентилация;
• извършване на трахеостомия;
• определяне на кръвна група и кръвопреливане.

Лечение на септичните тромбози на мозъчните вени и синуси:

Антибиотици венозно, самостоятелно (насочени срещу известен причинител) или в комбинации:

- цефтриаксон 3.0 г дневно;
- ванкомицин 2.0 г дневно (при стафилококова инфекция);
- цефтазидим 3.0 – 6.0 г дневно;
- метронидазол 1.0 – 2.0 г дневно;
- левофлоксацин – 500 – 100 мг дневно;
- цефпиром – 2.0-4.0 г дневно;
- тейкопланин – 400-800 мг дневно.

Прилагат се и антикоагуланти или антиагреганти.

След консултация с неврохирург - при необходимост оперативна ревизия на синус.

Диагностиката и лечението на новородени деца с исхемични и хеморагични поражения на ЦНС се провежда в неонатологична клиника/отделение II и III ниво (съобразно Медицински стандарт "Неонатология").

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

Преценката за степента на тежест при инсултите се прави на база скалите на NIHSS, Модифицирана скала на Ранкин, протоколите **FeSS** и ASSIST и наличие или липса на придружаващи тежки соматични заболявания

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната и етиологичната диагноза;
- стациониране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;
- липса на остър възпалителен процес.

Болните с ИМИ се изписват от болницата и се насочват да продължат лечение (посочено в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболеваемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни. Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак, и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар - специалист и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 50.2
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ БЕЗ ТРОМБОЛИЗА ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 4 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Мозъчен инфаркт
Включва: оклузия и стеноза на церебрални и прецеребрални артерии, предизвикващи мозъчен инфаркт
Не включва: последици от мозъчен инфаркт (I69.3)

I63.0 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на прецеребрални артерии

I63.1 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на прецеребрални артерии

I63.3 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на церебрални артерии

I63.4 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на церебрални артерии

I63.5 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на церебрални артерии

I63.6 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на мозъчна вена — непиогенна

I63.8 Друг мозъчен инфаркт

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция	
39000-00	Лумбална пункция
	Спинална пункция
Компютърна томография на мозък	

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
гръден кош (57001, 57007 [1957])
и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце бял
дроб
медиастинум

Не включва: такава на:

ребра (58521-01, 58524-00 [1972])

гръдна кост (58521-00 [1972])

гръден вход (58509-00 [1974])

трахея (58509-00 [1974])

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:

използвайки:

мапиране с цветен поток

Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)

механично секторно сканиране

трансдюсер с фазово излъчване

с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Магнитно резонансен образ

90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък *Не включва*: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
Електроенцефалография [ЕЕГ]	
11000-00	Електроенцефалография
1934	**Други лабораторни изследвания**
92182-07	Общо изследване на ликвор Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити
1926	**Микробиологични изследвания**
при необходимост:	
92182-01	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура
при необходимост:	

92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност *Включва*: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
1924	**Биохимична изследвания**
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна

Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен

Ендотрахеална интубация БДУ
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане]

[контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

интубация

асистирано дишане механична вентилация с:

ендотрахеална тръба (ETT)

назална

орална

трахеостомия отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

трахеостомия:

перкутанна (41880-00 [536])

постоянна (41881-01 [536]) • временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568]) дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за:

анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])

имунизация (виж блокове [1881] до [1884])

локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)

поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])

поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])

перфузия (виж блок [1886])

ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Кодирай също когато е направена:

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Изисквания: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При необходимост от продължаване на болничния престой на пациента над 4 дни лечебното заведение уведомява веднага съответната РЗОК.

Процедура 56001-00 Компютърна томография на мозък или 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя (или 90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък) е задължителна диагностична процедура, която се провежда до 48 часа от хоспитализацията - за изключване на тумор, кръвоизливи или друга патология. Невроизобразяващото изследване при мозъчен инфаркт може да бъде негативно.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934, се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Лечебните заведения, които не могат да осъществят тромболиза и/или тромбектомия (нямат договор за КП № 51.1 и КП № 51.2), са задължени да извършат образно изследване (КТ или МРТ) , с абсолютен приоритет и незабавно след постъпването на пациента в спешното отделение на лечебното заведение, **като насочват за хоспитализация пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № №51.1 и/или КП 51.2.**

Задължително се спазва и златният стандарт от 4,5 до 6 часа за осъществяване на тромболиза и тромбектомия/тромбаспирация.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“ (само за новородени до 28 ден), от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Съгласно медицински стандарт „Нервни болести”, **отделение/клиника от I ниво** на компетентност може да осъществява диагностично-лечебни дейности по отношение на пациенти с мозъчен инсулт в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника по нервни болести от II ниво, с изключение на изискванията за персонал при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Неврологична клиника/отделение или Детска неврологична клиника/отделение или Неонатологична клиника/отделение от II и III ниво - само за новородени до 28 ден
2. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
4. Кабинет (апарат) по доплерова сонография и с възможност за изследване на мозъчното кръвообращение
5. Образна диагностика – КТ или МРТ в режим на непрекъснатост.

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Отделение/лаборатория по клинична патология в рамките на областта
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст от 28-ия ден до 18 год. възраст:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама лекари с придобита специалност; (за структури I ниво – минимум двама лекари с придобита специалност по нервни болести);

или

- лекар със специалност по детска неврология или лекар със специалност по педиатрия и опит в детската неврология;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

или

- лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по "Неонатология"):

- лекар със специалност по неонатология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За Доплерова сонография (невросонология) – лекар със специалност по нервни болести или друг специалист с квалификация за доплерова сонография на мозъчно кръвообращение (съгласно медицински стандарт "Нервни болести"), удостоверена чрез сертификат.

4.2. За Трансфонтанелна ехография – лекар със специалност по неонатология или детска неврология (съгласно медицински стандарт "Неонатология").

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий.
- Лечение на исхемичен инсулт, с медицинска необходимост от активно лечение в рамките на 1 месец след дехоспитализацията

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностиката и лечението се осъществява, съгласно „Националния консенсус за диагностика и лечение на мозъчно – съдови заболявания 2024 г."

Биологичен материал (кръв) за медико-диагностични изследвания се взема до 3-тия час от приемането на болния. КТ или МРТ се извършва до 48 часа от началото на хоспитализацията за изключване на хеморагия или тумор.

Диагностични методи за уточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- КТ/МРТ;
- кръвна захар, урея, креатинин, електролити;
- хемостазеологичен статус – по клинични показания;
- ЕКГ;
- изследване на очни дъна – по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- лумбална пункция - по показания;
- доплерова сонография (ДС) – по показания;
- ангиография на мозъчни артерии – по показания;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.
- ЕЕГ - по показания.
- изследване на хемостаза – по показания

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- вида на острото разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);
- локализацията – топична диагноза;
- етиологията – етиологична диагноза;
- тежестта на мозъчния инсулт;
- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- оценката на рисковите фактори.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE – NIHSS:

Време: .... : ....

00-24 ч.

Оценката на тежестта на състоянието по NIHSS задължително се отразява в „История на заболяването“ на пациента и се регистрира при приемане, по време на болничния престой и при изписване.

Изчисление на резултата

При изчисление на общия резултат, изключете от точка 7-ма (Атаксия на крайниците) кодовете за засегнати крайници (дясна и/или лява ръка и крак 0 = Не, 1 = Да). За точка 5, 6, 7 и 10, също изключете резултата от 9 точки.

Инструкции	**Дефиниция на скалата**	Резултат
1а. Ниво на съзнание (количествени нарушения на съзнанието): Изследователят трябва да избере един отговор, дори ако цялостната оценка е проблематична, поради причини като поставена ендотрахеална тръба, езикова бариера, оротрахеална травма / превръзки. 3 точки се дават само ако в отговор на болезнена стимулация, болният не прави никакво движение (с изключение на рефлексна поза).	0 = буден, адекватно реагиращ. 1 = сомнолентен, но се събужда при минимални стимули за да изпълни команди, да отговори или да реагира. 2 = не е буден, за изпълнение на команда са необходими неколкократни стимулации; или болният е в сопор и изисква силни или болезнени стимули, за да направи някакви движения (не стереотипни). 3 = реагира само с рефлексни моторни или автономни отговори, или е напълно нереагиращ, отпуснат (вял) и в състояние на арефлексия (кома).	
1б. Въпроси при нарушение на съзнанието: На болния/та се задава въпрос за това, кой е текущия месец и каква е неговата/нейната възраст. Отговорът трябва да бъде точен – не се дава частичен кредит за приблизителен отговор. Болните с афазия и сопор, които не разбират въпросите, ще получат 2 точки. Болните, които не могат да говорят, поради ендотрахеална интубация, оротрахеална травма, тежка дизартрия от някаква причина, езикова бариера или друг проблем, непроизтичащ от афазия, ще получат оценка 1. Важно е да бъде оценен само първоначалният отговор, а изследователят да не “помага” на пациента чрез вербални или невербални начини.	0 = правилно отговаря и на двата въпроса 1 = правилно отговаря на един въпрос 2 = неправилно отговаря и на двата въпроса	

1в. Команди при нарушение на съзнанието: Болният/а трябва (да бъде помолен) да отвори и затвори очите, а след това да стисне и отпусне непаретичната ръка. Възможно е заместване с друга едно-стъпкова команда ако ръцете не могат да се използват. Кредит се дава при несъмнен опит за изпълнение, който поради слабост не може да бъде завършен. Ако болният не реагира на командата, задачата може да му бъде демонстрирана (с пантомима, жестове) и съответно да се оцени резултата (напр. не изпълнява, изпълнява една или две команди). Болните с травми, ампутации или други физически недъзи трябва да получат подходящи едно-стъпкови команди. Оценява се само първият опит.	0 = изпълнява правилно и двете команди 1 = изпълнява правилно само една команда 2 = не изпълнява правилно и двете команди	
2. Очни движения/ погледни парези: Изследват се само хоризонталните погледни движения. Ще се точкуват волевите или рефлекторните (окулоцефални) очни движения, без провеждане на калоричен тест. Пациентът получава 1 точка ако има конюгирано отклонение на очите, което може да бъде преодоляно чрез волева или рефлекторна активност. Ако болният има изолирана периферна лезия на III, IV или VI ЧМН, получава също 1 точка. Погледът може да се тестува при всички болни с афазия. Болните с очни травми, превръзки, предшестваща слепота или други нарушения на зрителната активност, или зрителните полета, трябва да се изследват чрез рефлексни движения, или по избор на тест от изследователя. Ако установите очен контакт с пациента и след това се движите около него (от страна на страна), ще успеете да изясните наличието на парциална погледна пареза в някои случаи.	0 = няма погледни парези; нормални очни движения 1 = частична погледна пареза. Този резултат се дава при абнормен поглед с едното или двете очи, но при липса на спрегнато отклонение или тотална погледна парализа 2 = спрегнато отклонение или тотална погледна парализа, които не могат да бъдат преодолени чрез окулоцефалните рефлексни похвати	
3. Зрителни нарушения /зрителни полета: Зрителните полета (горни и долни квадранти) се изследват чрез конфронтационен тест, съответно броене на пръсти или зрителна заплаха. Болният трябва да бъде окуражаван (да изпълни задачата), но ако гледа към страната на движещите се пръсти адекватно, това може да бъде оценено като нормален отговор. Ако има едностранна слепота или енуклеация, зрителните полета се тестват с другото око. 1 точка се дава	0 = без зрителни нарушения 1 = частична хемианопсия,	

само ако има ясна асиметрия, включително квадрантанопсия. При слепота, независимо по каква причина, се дават 3 точки. В тази част теста се извършва двустранно симултанно зрително стимулиране. При наличие на екстинция болният получава 1 точка и резултатите се използват за отговор при изследване № 11.	(квадрантанопсия) 2 = пълна хемианопсия 3 = билатерална хемианопсия (слепота, вкл. корова слепота)	
4. Лицева пареза, лезия на VII ЧМН: Помолете пациента да покаже зъбите, да повдигне веждите и затвори очите, или използвайте пантомима за да окуражите болния за целта. При слабо реагиращи или трудно контактни болни, отчетете симетричността на гримасата в отговор на болезнени стимули. Ако има някаква физическа бариера, която пречи на огледа на лицето (лицева травма / превръзки, ендотрахеална тръба, лейкопласт и др.), трябва да я премахнете доколкото е възможно.	0 = нормални симетрични движения 1 = лека пареза (изгладена назолабиална гънка, асиметрия при показване на зъбите и усмихване) 2 = частична парализа (тотална или почти тотална парализа на мускулатурата на долната част на лицето) 3 = тежка (тотална) парализа на едната или двете страни (липса на мускулно движение в долната и горната част на лицето)	
5. и 6. **Двигателна дейност – ръка и крак:** **5а. Лява ръка** **5б. Дясна ръка** Всеки крайник се изследва последователно, започвайки с непаретична ръка, ако е ясно коя е. Крайникът се поставя в съответната позиция: екстензия на ръцете (дланите надолу) при 90 градуса в изправено положение и при 45 градуса в легнало положение, а краката при 30 градуса (винаги в легнало положение). Отклонението се точкува ако ръката пада преди 10-та секунда, а кракът преди 5-та секунда. Пациентите с афазия се окуражават да задържат крайниците чрез интонация на гласа и пантомима, но без използване на болезнена стимулация. Оценка 9 може да се даде само в случаите с ампутация или ставна неподвижност (анкилоза, контрактура) в раменната и тазобедрената става.	0 = няма отпускане (пронация), задържа крайника на 90° (или 45°) за 10 секунди или повече. 1 = пронация, задържа крайника на 90° (или 45°), но се отпуска преди 10-та секунда, без да пада на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, болният не може да достигне или задържи крайника на 90° (или съответно 45°), пронира и отпуска до леглото, но оказва някаква съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитацията, крайникът пада. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна контрактура, обяснение:	Л..... Д.....

6а. Ляв крак **6б. Десен крак**	0 = няма пронация, задържа крайника на 30° за цели 5 сек. или повече. 1 = отпускане, крайника започва да пада от края на 5-та секунда, без да падне на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, кракът пада на леглото за 5 секунди, но оказва известна съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитация, кракът пада веднага. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна анкилоза	Л..... Д.....
7. Атаксия на крайниците: Целта на изследването е да се разкрият данни за едностранна церебеларна лезия. Изследването се прави с отворени очи. В случай на зрителен дефект, осигурете изследването в интактното зрително поле. Носопоказалечната и коляно-стъпалната проби се извършват двустранно, като атаксията се оценява извън пропорцията, съответстваща на мускулна слабост (при пареза). Атаксия липсва при болни, които не разбират командата и са парализирани. Оценка “9” може да се даде в случаи с ампутация и ставна контрактура (неподвижност) или някаква фрактури. В случай на слепота, тестувайте докосването на носа от изпънато положение на ръката.	0 = липса на атаксия 1 = атаксия само в един крайник 2 = атаксия в два крайника При наличие, атаксията е в: дясната ръка – да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в лявата ръка - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в десния крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в левия крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура	
8. Сетивност: Изследва се сетивният усет или гримасите при убождания с игла. При болни с количествени нарушения на съзнанието, сопор или афазия, се оценява отдръпването след болкови стимули (защитната реакция). Като абнормна се тестува само сетивната увреда в резултат на инсулта, а изследователят трябва да изследва толкова зони (лицето, ръцете - а не дланите, тялото, краката) колкото е необходимо за определяне на нарушение по “хеми” тип.	0 = нормални сетивни функции, липса на сетивни увреди 1 = лека до умерена сензорна увреда; пациентът усеща по-слабо или по-тъпо убожданията на засегнатата страна (хемихипестезия, хипалгезия); или има загуба на повърхностна болка	

Резултат 2 “тежка или тотална сетивна увреда“ се дава само при случаи, когато може ясно да се демонстрира тежка или пълна загуба на сетивност. Ето защо пациентите със сопор или афазия най-вероятно ще получат оценка 1 или 0. Болните със стволов инсулт, които имат билатерална сетивна увреда трябва да получат оценка от 2 точки. Ако болният не реагира и е квадриплегичен – резултатът му ще бъде 2 точки. Пациентите в кома (при тест 1а = 3 т.) също произволно получават 2 точки при това изследване.	при убождане, но болният съзнава, че е докосван. 2 = тежка или тотална сетивна увреда; болният не усеща, че е докосван по лицето, ръката или крака.	
9. Най-добро езиково представяне: **(афазия)** От предшестващите секции на изследването ще получите достатъчно информация относно възможностите на болния за езиково разбиране. Пациентът трябва да опише какво се случва на представената му картина, да назове предметите от приложения лист, както и да прочете изреченията от приложения списък. Отговорът трябва да е пълен. Болният трябва да назове всички предмети от листа за назоваване и да прочете всички фрази от двата отделни листа за четене. Разбирането се оценява въз основа на дадените тук отговори, както и от всички команди от предшестващото неврологично изследване. Ако някакво нарушение на зрението затруднява изпълнението на тестовете, помолете болния да идентифицира предмети, поставени в ръката му, както и да повтори или произведе реч. Интубираните болни трябва да бъдат помолени да пишат. Болните в кома (1а = 3 т.) получават арбитражно 3 точки при това изследване. Изследователят трябва да избере резултат при болни в сопор или при нежелание за сътрудничество, но резултат от 3 точки трябва да се използва само ако болният еням и не изпълнява нито една едно-стъпкова команда.	0 = няма афазия, нормални езикови способности 1 = лека до умерена афазия; определена загуба на възможността за говорене (плавността на говора) и разбирането (схващане на езика), без значимо ограничение на идеаторната експресия или формата на експресия. Намалените речеви способности и/или разбиране, правят разговора по предоставения материал (листовете с картинки) труден или невъзможен. Например, изследователят може да идентифицира дадена картина или наименован обект от отговорите на пациента, при разговор по предоставения материал. 2 = тежка афазия; цялата комуникация е накъсана (фрагменти-рана експресия); съществува голяма необходимост от намеса, запитване и отгатване от страна на слушащия. Размерът на обменената информация е значително ограничен; слушащият понася тежестта на комуникацията. От отговорите на болния не може да се идентифицират предоставените предмети и картини. 3 = мутизъм, глобална афазия; няма използваеми артикулационна реч или слухово разбиране.	
10. Дизартрия:		

Ако се смята, че болният е нормален, характерът на речта му трябва да се оцени чрез покана да прочете и повтори думите от приложения лист. Ако пациентът има тежка афазия, то яснотата на артикулацията му може да бъде точкувана при спонтанна реч. Оценка от "9" точки се дава само ако болният е интубиран или има друга физическа бариера за произвеждане на реч. Не казвайте на пациента/ката с каква цел го изследвате.	0 = нормална артикулация 1 = лека до умерена дизартрия; болният не изговаря добре поне някои думи или, в най-лошия случай, може да бъде разбран със затруднение. 2 = тежка дизартрия; речта на пациента е променена до неразбираемост, при липса или извън някаква степен на афазия; или болният е с мутизъм/ анартрия.	
11. Екстинция и невнимание (едностранно игнориране, неглект): От предишните изследвания може да се получи достатъчно информация за наличие на синдром на игнориране. Ако болният има тежко зрително нарушение, което възпрепятства двустранната зрителна симултанна стимулация, а сетивните стимули от кожата се възприемат нормално, резултатът от теста е нормален. Ако болният има афазия, но обръща еднакво внимание на стимули от двете страни, резултатът от теста е нормален. Наличието на зрително-пространствено игнориране или анозогнозия също е доказателство на абнормност. Тъй като абнормното нарушение се оценява само ако го има, тази точка от скалата винаги може да се изследва.	0 = без абнормности 1 = зрително, тактилно, слухово, пространствено или персонално (соматично) невнимание; или екстинция при билатерални симултанни стимули за една от сензорните модалности. 2 = изразено хеми-невнимание или хеми-игнориране за повече от една сензорна модалност. Не разпознава собствената си ръка или се ориентира само по отношение на едната страна на пространството.	

ПРОТОКОЛ ТЕМПЕРАТУРА, КРЪВНА ЗАХАР И ПРЕГЛЪЩАНЕ (FeSS – Fever, Sugar, Swallowing) ЗА ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ НА УСЛОЖНЕНИЯ

Температурата на пациента се мониторира поне 4 пъти дневно (или на всеки 6 часа) през първите 72 часа от приема. Температура ≥37,5°C се понижава. Ако температурата надвиши 38°C, пациентът следва да се изследва за инфекции.

Кръвната захар на пациента, независимо от диабетния статус, се мониторира поне 4 пъти дневно (или на всеки 6 часа) през първите 48 часа от приема ако пациентът не се храни (72 часа ако нивата са нестабилни). Ако се храни, захарта се измерва всеки път преди и след хранене. Кръвна захар над 10 mmol/L (180 mg/d L) се коригира.

Пациентите се държат в режим нищо през устата, докато не се направи превентативен скрининг за дисфагия с инструмент ASSIST (или друг утвърден в литературата инструмент). Скринингът се извършва най-късно до 4 часа след хоспитализация.

Протокол ASSIST (Acute Screening of Swallow in Stroke/TIA)

1. ПАЦИЕНТЪТ В СЪСТОЯНИЕ ЛИ Е ДА:

Поддържа бдителност поне 20 минути? Да ☐ Не ☐

Поддържа стойката/позицията в изправено положение? Да ☐ Не ☐

Държи главата изправена? Да ☐ Не ☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с НЕ на КОЯТО И ДА Е част от 1.
Поставете пациента на режим нищо през устата и го прегледайте, когато състоянието се подобри. За прием на лекарства се препоръчва сонда.

2. ПАЦИЕНТЪТ ИМА ЛИ НЯКОЕ ОТ СЛЕДНИТЕ?

Предполагаем стволов инсулт Да ☐ Не ☐

Слабост/увисване на лицето (усмивка, нацупеност, назолабиалната гънка) Да ☐ Не ☐

Завалена/отсъстваща реч (проверете в разговор) Да ☐ Не ☐

Кашляне с отделяне на слюнка Да ☐ Не ☐

Лигавене (ъгъла на устата, брадичката) Да ☐ Не ☐

Дрезгав/липсващ глас (проверете в разговор) Да ☐ Не ☐

Слаба/липсваща кашлица (помолете да се изкашля) Да ☐ Не ☐

Задух Да ☐ Не ☐

Известно затруднено преглъщане Да ☐ Не ☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с ДА на КОЯТО И ДА Е част от 2.
Поставете пациента на режим нищо през устата и се обърнете към логопед.

3. ТЕСТВАЙТЕ ПАЦИЕНТА С ОТПИВАНЕ НА **ГЛЪТКА** ВОДА И НАБЛЮДАВАЙТЕ ЗА:

Изкашляне/прочистване на гърлото Да ☐ Не ☐

Промяна в качеството на гласа Да ☐ Не ☐

Лигавене Да ☐ Не ☐

Промяна в дишането/задух Да ☐ Не ☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с ДА на КОЯТО И ДА Е част от 3.
Поставете пациента на режим нищо през устата и се обърнете към логопед.

4. ТЕСТВАЙТЕ ПАЦИЕНТА С **ЧАША** ВОДА И НАБЛЮДАВАЙТЕ ЗА:

Изкашляне/прочистване на гърлото Да ☐ Не ☐

Промяна в качеството на гласа Да ☐ Не ☐

Лигавене Да ☐ Не ☐

Промяна в дишането/задух Да ☐ Не ☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с ДА на КОЯТО И ДА Е част от 4.
Поставете пациента на режим нищо през устата и се обърнете към логопед.

5. ЗАПОЧНЕТЕ ПРЕМОРБИДНА ПЕРОРАЛНА ДИЕТА
Медицински персонал, който да наблюдава пациента при първото хранене
Член на персонала, който преглежда първото хранене:.....
Час:..... Дата:.....

Модифицирана скала на Ранкин

Точки	Описание

0	Няма симптоми
1	Без значими увреждания: персистират симптоми, но може да извършва всички предишни дейности
2	Леки увреждания: невъзможност да извършва всички предишни дейности, но е в състояние да се грижи за себе си без асистент
3	Умерено увреждане: изисква помощ за ежедневни функции, но може да се движи без асистент
4	Умерено тежка инвалидност: не може да ходи без асистент и не може да се грижи за собствените си телесни нужди без асистент
5	Тежка инвалидност: прикован на легло, с инконтиненция и изискващ постоянна сестринска грижа и внимание
6	Смърт

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта: ангиография (магнитно-резонансна, КТ- и конвенционална) – по преценка; ехокардиография – по преценка.

Относителни контраиндикации – при болен с дълготрайни тежки соматични заболявания в терминално състояние и развил се мозъчен инсулт.

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧНИ МОЗЪЧНИ ИНСУЛТИ (ИМИ) – при контраиндикации за провеждане на тромболитична терапия

• *Антиагреганти:* Acidum acetylsalicylicum - 50-325 мг (включен в първите 24 - 48 ч.

след ИМИ намалява сигнификантно леталитета и честотата на рецидивите).

Неспецифично лечение на ОРМК:

• профилактика и лечение на дълбоки венозни тромбози – нискомолекулни хепарини;

• корекция на артериалното налягане;

• корекция на сърдечните аритмии и сърдечната недостатъчност;

• противооточно лечение – манитол – 1-2 g/kg/24 h., на 4-6 часа в бързи болусни инфузии и/или фуроземид 20 - 40 mg венозно;

• аналгетици (metamizole sodium);

• седация – бензодиазепини производни (диазепам);

• хидратация с левулозни и водно-солеви разтвори;

• кислородолечение при SaO2 <90%;

• инсулин при кръвна захар >12 mmol/l;

• антипиретици (при фебрилитет);

• антибиотик при инфекция.

Антиепилептично лечение (при необходимост) – според вида на евентуални гърчове и данните от ЕЕГ.

Антиеметично (при необходимост) – метоклопрамид (1 до 3 ампули венозно).

При остра хидроцефалия – консултация с неврохирург за евентуално поставяне на вентрикуло-перитонеален или вентрикуло-атриален шънт.

Поддържане на нормален флуиден статус.

Реанимационни мерки при усложнения:

- ендотрахеална интубация;
- поставяне на централен венозен катетър и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- определяне на кръвна група и кръвопреливане.

Лечение на септичните тромбози на мозъчните вени и синуси:

Антибиотици венозно, самостоятелно (насочени срещу известен причинител) или в комбинации:

- цефтриаксон 3.0 г дневно;
- ванкомицин 2.0 г дневно (при стафилококова инфекция);
- цефтазидим 3.0 – 6.0 г дневно;
- метронидазол 1.0 – 2.0 г дневно;
- левофлоксацин – 500 – 100 мг дневно;
- цефпиром – 2.0-4.0 г дневно;
- тейкопланин – 400-800 мг дневно.

Прилагат се и антикоагуланти или антиагреганти.

След консултация с неврохирург - при необходимост оперативна ревизия на синус.

Диагностиката и лечението на новородени деца с исхемични и хеморагични поражения на ЦНС се провежда в неонатологична клиника/отделение II и III ниво (съобразно Медицински стандарт "Неонатология").

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

Преценката за степента на тежест при инсултите се прави на база скалите на, NIHSS, Модифицирана скала на Ранкин, протоколите FeSS и ASSIST и наличие или липса на придружаващи тежки соматични заболявания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната и етиологичната диагноза;
- стациониране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;
- липса на остър възпалителен процес.

Болните с ИМИ се изписват от болницата и се насочват да продължат лечение (посочено в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. **ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА** се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).

2. **ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ** – в *"История на заболяването"*.

3. **ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:**
   - *"История на заболяването";*
   - част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;
   - епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. **ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ** – подписва се от пациента

(родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболеваемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни. Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак, и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар - специалист и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 51.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ С ТРОМБОЛИЗА

1.Минимален болничен престой – 5 дни
При насочване за оперативно лечение – тромбектомия – 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Мозъчен инфаркт
Включва: оклузия и стеноза на церебрални и прецеребрални артерии, предизвикващи мозъчен инфаркт
Не включва: последици от мозъчен инфаркт (I69.3)

I63.0 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на прецеребрални артерии

I63.1 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на прецеребрални артерии

I63.2 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на прецеребрални артерии

I63.3 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на церебрални артерии

I63.4 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на церебрални артерии

I63.5 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на церебрални артерии

I63.6 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на мозъчна вена — непиогенна

I63.8 Друг мозъчен инфаркт

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция – по преценка
39000-00 Лумбална пункция
Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:

гръден кош (57001, 57007 [1957])

и корем (57001-01, 57007-01 [1957])

лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])

средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])

орбита (56013-02, 56013-03 [1954])

питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце бял
дроб
медиастинум

Не включва: такава на:

ребра (58521-01, 58524-00 [1972])

гръдна кост (58521-00 [1972])

гръден вход (58509-00 [1974])

трахея (58509-00 [1974])

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:

използвайки:

мапиране с цветен поток

Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)

механично секторно сканиране

трансдюсер с фазово излъчване

с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор – по преценка

Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролит

1926 Микробиологични изследвания

при необходимост:

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

при необходимост:

92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или

	ликвор за култура и чувствителност *Включва*: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
	1924 Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия	
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ *Включва*: отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули
Манипулации на дихателни пътища	

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен

Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])

такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва:само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])

такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия

Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

интубация

асистирано дишане механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)

назална

орална

трахеостомия отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

трахеостомия:

перкутанна (41880-00 [536])

постоянна (41881-01 [536])

временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])

дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])

фармакологичен агент за:

анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])

имунизация (виж блокове [1881] до [1884])

локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране,

по видове, по локализация)

поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])

поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])

перфузия (виж блок [1886])

ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Кодирай също когато е направена:
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

	фармакологичен агент *Кодирай също когато е направена:* • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: инфузионен порт Port-A-Cath резервоар (подкожен) устройство за съдов достъп венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Изискване: Клиничната пътека 51.1 се счита за завършена при приложени и отчетени 3 диагностични и 2 терапевтични процедури, освен в случаите, когато след 51.1 трябва да се продължи с 51.2 – тогава са необходими 2 диагностични и две терапевтични процедури.

Процедура **56001-00 Компютърна томография на мозък** или **59970-02 Мозъчна ангиография (извършена с КТ) (**или **90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък)** е задължителна диагностична процедура – провежда се двукратно. Първата се провежда при приема на пациента, с абсолютен приоритет и незабавно след постъпването на пациента в спешното отделение на лечебното заведение. Втората се провежда по време на болничния престой и в срок според клиничните показания и преценка на лекуващия екип, освен ако не се налага пациентът да бъде спешно пренасочен към друго лечебно заведение за ендоваскуларно лечение по КП №51.2 (отнася се за лечебни заведения само с договор за КП № 51.1) или за тромболиза (отнася се за лечебни заведения само с договор за КП № 50.1) – тогава втора процедура може да се извърши при необходимост, но не се изисква, за да се счита КП № 51.1 за завършена.

В случай, че КП № 51 се осъществява в лечебно заведение с договор КП № 51.1 и КП № 51.2 и е последвана по клинични индикации от ендоваскуларно лечение в същото ЛЗ, КАТ на глава (МРТ на глава) се провежда в началото на инсулта - при приема на пациента и втората контролна по време на болничния престой и в срок според клиничните показания и преценка на лекуващия екип. В този случай КП № 51.1 се счита за завършена при приложена и отчетена една процедура **56001-00 Компютърна томография на мозък** или **59970-02 Мозъчна ангиография (извършена с КТ)** (или **90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък**).

Когато в едно и също лечебно заведение се провеждат тромболитично и ендоваскуларно (тромбекстракция/тромбаспирация) лечение (КП № 51.1 и КП № 51.2), процедурата 56001-00 КТ на мозък или 59970-02 Мозъчна ангиография (извършена с КТ) или 90901-00 МРТ на мозък се провежда при приема на пациента (първа процедура), след провеждане на ендоваскуларното лечение (втора) и 24 часа след края на ендоваскуларното лечение (трета). В тези случаи са изпълнени тромболитичното и ендоваскуларно лечение, както и трите горепосочени процедури в едно и също лечебно заведение по КП № 51 (КП № 51.1 и КП № 51.2).

В условията на спешност, които обуславят лечението на остър исхемичен инсулт, официалният разчет задължително се изготвя веднага, непосредствено след извършване на скенера.

Процедура с кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършва с абсолютен приоритет и незабавно в спешен порядък при постъпването на пациента в лечебното заведение. Тромболитичната терапия може да се започне в болничното заведение под наблюдение на невролог при липсващи анамнестични данни за нарушения в кръвосъсирващата система или провеждана антикоагулантна терапия, преди да са получени резултатите от лабораторните изследвания, веднага след провеждане на КТ без данни за изключващи образни критерии. При получаване на лабораторните изследвания в процеса на провежданата инфузия, ако са установени релативни отклонения от нормата същата трябва да се преустанови.

Когато се използват кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934 се извършват по преценка и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Процедура **96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент**, е задължителна терапевтична процедура.
Тромболиза и механична тромбектомия/тромбаспирация се извършват до 4,5–24 ч (времеви стандарт 1) от началото на симптомите по клинични показания, подкрепени с нативна КАТ/МРТ и, при възможност, с КАТ перфузия както следва (от Национален консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчносъдовите заболявания) :

- с неизвестен час на получаване на инсулта (събудили се с инсулт) или повече от 4,5 часа след началото на инсулта, когато лезията на DWI–MRI е по-малка от една трета от СМА и не се позитивира на FLAIR (клас II, ниво А) (AHA-ASA).
- с неизвестен начален час на инцидента, с инсулт при събуждане или с инсулт във времеви интервал от 4,5 до 9 часа от началото на инцидента, когато КТ- перфузията или МРТ (DWI, PWI) отговарят на критериите от проучването EXTEND: - Обем на исхемично ядро ≤ 70 ml; - Mismatch ≥ 1,2 или ≥10 ml абсолютна разлика (Клас IIa, ниво В). Mismatch съотношение = общ обем на хипоперфузия (пенумбра + инфарктно ядро) /обем на инфарктно ядро.

Тромболиза се извърша за максимум от 60 минути врата–игла и тромбектомия за максимум от 120 минути врата–пункция, освен при изключителни случаи (времеви стандарт 2; за начало на интервала врата–игла и врата–пункция се счита часът, в който пациентът прекрачва прага на болничното звено).

Клинична пътека № 51.2 може да се изпълнява след осъществяване на тромболиза или без предходна тромболиза (КП № 51.1.) В този случай не се изисква минимален болничен престой на КП № 51.1.

Лечебни заведения, които не могат да осъществят тромболиза и/или тромбектомия (нямат договор за КП № 51.1 и КП № 51.2) са задължени да извършат образно изследване (КТ или МРТ) с абсолютен приоритет и незабавно в спешен порядък при постъпване, като насочват за хоспитализация пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51.1 и 51.2.

Лечебни заведения, които не могат да осъществяват тромболиза и/или тромбектомия в никакъв случай не трябва да хоспитализират пациенти в терапевтичен прозорец или с показания за реканализационно лечение освен в случаите на необходимост от диагностични процедури, необходими за насочване за такова лечение, които няма да предзвикат неговото забавяне, като например 59970-02 Мозъчна ангиография (извършена с КТ).

В случаите, когато ЛЗ има договор само за КП №51.1, същото ЛЗ насочва и осигурява, хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51.2 при задължително спазване на времевите стандарти.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност) съгласно медицински стандарт „Нервни болести“. Съгласно медицински стандарт „Нервни болести“ отделение/клиника от I ниво на компетентност може да осъществява диагностично-лечебни дейности по отношение на пациенти с мозъчен инсулт в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника по нервни болести от II ниво, с изключение на изискванията за персонал при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Неврологична клиника/отделение
2. ОАИЛ/КАИЛ или Клиника/отделение по неврология с легла за интензивни грижи
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
4. Образна диагностика - КТ или МРТ в режим на непрекъснатост

*В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория - структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Лаборатория/отделение по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести"; (за структури I ниво – минимум двама лекари с придобита специалност по нервни болести);

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Диагностика и тромболитично лечение на исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий.
- Тромболитично лечение на исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий
- При неизвестен час на инсулт или инсулт при събуждане – до 24-тия час

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи за доуточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- кръвна захар, урея, креатинин, електролити; - по клинични показания;

- хемостазеологичен статус

- ЕКГ;

- очни дъна - по клинични показания;

- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

 вида на острото разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);

 локализацията – топична диагноза;

 етиологията – етиологична диагноза;

 тежестта на мозъчния инсулт;

 придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);

 оценката на рисковите фактори.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

Оценка за всички пациенти се прави еднократно при прием (ако информацията е достъпна) и при изписване (задължително) по модифицираната скала на Ранкин (modified Rankin Scale, mRS). Скалата mRS оценява фукнционалното състояние единствено спрямо въздействието на инсулта, а не спрямо общото състояние на пациента, т.е. пациент с редуцирани функции поради други причини не трябва да се оценява със завишени точки.

Резултат при изписване:……..точки
Дата:…….....

Трикратна оценка по NIHSS за всички пациенти – веднъж при прием, веднъж след провеждане на тромболизата и веднъж при изписване. Също така следва да се прилага при остра промяна в състоянието на пациента и при предсрочно прекратяване на тромболизата.

Резултат	**Преди тромболиза** **Час:……..**	**След тромболиза** **Час:……**	**При остра промяна на състоянието** **Дата:……**	**Изписване** **Дата:……**
NIHSS				

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта:

- ангиография;
- ехокардиография;
- МРТ – по показания.

Тромболитична терапия при остро настъпили Исхемични мозъчни инсулти (ИМИ) с тъканен плазминогенен активатор

Тромболитичната терапия при острия ИМИ трябва да започне с абсолютен приоритет и незабавно от началото на инцидента и да се извършва според препоръките на актуалния Национален консенсус за профилактика, диагностика и лечение на мозъчносъдовите заболявания. Терапията с **тъканен плазминогенен активатор** трябва да се провежда в болнично заведение с определените компетенции в областта на съдовите заболявания на мозъка.

ПРОТОКОЛ

ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРО НАСТЪПИЛИ ИСХЕМИЧНИ МОЗЪЧНИ ИНСУЛТИ (ИМИ) С ТЪКАНЕН ПЛАЗМИНОГЕНЕН АКТИВАТОР

Име:……
……

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

Телесно тегло: ……
Артериално кръвно налягане: …….

Протокол (критерии) за провеждане на тромболиза

ПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Клинични признаци на остър исхемичен мозъчен инсулт		
2. При КТ на глава с ASPECTS>7 или данни от КТ перфузия, индикиращи спасяема пенумбра.		
3. Възраст над 18 години		
4. Пациентът и близките му трябва да бъдат информирани за потенциалния риск и полза от лечението и да подпишат информирано съгласие		
Пациентът отговаря ли ЕДНОВРЕМЕННО на т. 1, 2, 3, и 4		

АБСОЛЮТНИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Интракраниален кръвоизлив с различна локализация.		

АБСОЛЮТНИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
2. Повишен риск от кървене: • при неуправляемо кръвно налягане ≥185/110 mmHg • известна хеморагична диатеза; • пациенти на антикоагулантно лечение с INR над 1.7 при прилагане на алтеплаза и INR над 1.3 при прилагане на тенектеплаза; • пациенти, приемащи директни антикоагуланти (ДОАК), освен при наличие на антидот или сигурни данни, че пациентът не е приел последната доза; • протромбиново време под 60%; • прием на хепарин и удължено аРТ; • тромбоцити под 100x109/L; • анамнеза за АВ-малформация, аневризма; • варикоза на хранопровода; • документирана язва на стомаха през последните три месеца; • тежко неопластично и чернодробно заболяване, включително цироза или активен хепатит; • големи операции или тежки травми през последните 14 дни; • мозъчна или гръбначномозъчна хирургична интервенция в предходните 3 месеца; • кръвоизливи от гастроинтестиналния или уринарния тракт през последните 21 дни • данни за активно кървене или остра травма (фрактура с риск за масивно кървене) пункция на артериален съд, неподлежащ на компресия, през последните 7 дни		
3. Тежка черепно-мозъчна травма (фрактура или контузия на мозъка през последните три месеца)		
4. Кръвна захар под 2,7 ммол/л		
5. Бактериален ендокардит, перикардит, остър панкреатит		
Пациентът има ли поне ЕДНО от горните противопоказания.		

Пациентът има ли ВСИЧКИ показания и НИТО ЕДНО абсолютно противопоказание	□ ДА	□НЕ

ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЯ ОТГОВОРЪТ НА ГОРНИЯ ВЪПРОС ТРЯБВА ДА БЪДЕ ‘ДА’! ОТНОСИТЕЛНИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ СЕ ОПРЕДЕЛЯТ ПО ЛЕКАРСКА ПРЕЦЕНКА СПОРЕД Национален консенсус за профилактика, диагноза и лечение на мозъчносъдовите заболявания.

✓ **ДА СЕ ВНИМАВА:**

- Много добра оценка между очаквана полза и последващ риск.
- При оценка за повишен риск от кървене лекуващият екип може да вземе решение за приложение на редуцирана доза алтеплаза x 0.6мг/кг т.м.

✓ **ДОЗИРОВКА И НАЧИН НА ПРИЛОЖЕНИЕ:**

Съгласно кратката характеристика на съответния активатор на тъканния плазминоген (алтеплаза или тенектеплаза)

ПОВЕДЕНИЕ
1. Приложение на tPA

2. Необходими са 2 периферни венозни пътя-и поставяне на мониторен контрол преди тромболизата. Определяне на кръвна група не е задължително изследване преди тромболизата и се извършва само при необходимост.
3. Артериалното налягане да се поддържа в стойности не по-високи от 180/105 след започване на тромболизата **4. Не се извършва лумбална пункция по време и 48 часа след лечението с tPA. Поставянето на назогастрална сонда, уринарен катетър или ендотрахеална интубация, при необходимост, трябва да се извършат преди началото на инфузията или да бъдат отложени след 24 часа, освен при неотложност и преценка на евентуални полза – риск от страна на лекуващия екип.**

ПРОТОКОЛ С ДОЗИ НА КГ/Т.Т. ЗА АЛТЕПЛАЗА И ТЕНЕКТЕПЛАЗА

Алтеплаза – доза 0,9 мг/кг т.т. до 90 мг	**Тенектеплаза 0,25 мг/кг т.т. до 25 мг**
Време на стартиране на болус:……часа	Време на стартиране на болус:……часа
Приложен медкамент болусно:……мг	Приложен медикамент болусно:……мг
Време на стартиране на инфузия……часа	---
Приложен медикамент общо (болус + инфузия):……мг	---

В цената на клинична пътека № 51.1 “Исхемичен мозъчен инсулт с тромболиза” е разчетено лечение с тъканен плазминогенен активатор. Националната здравноосигурителна каса осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

ЛЕЧЕНИЕ С тъканен плазминогенен активатор фабричен № на флакона ....

ПОДЪРЖАНЕ НА АДЕКВАТНО КРЪВНО НАЛЯГАНЕ:

Кръвното налягане след тромболиза се измерва и записва в таблица на всеки 15 минути през първия час след края на тромболизата; на всеки 30 минути през следващите 6 часа; след това на всеки час до 24-тия час след края на тромболизата. Кръвното налягане трябва да се държи под стойности 180 mmHg за систолично или 105 mmHg за диастолично налягане през първите 24 ч след тромболизата.

ЗА ЗАПОЧВАНЕ НА ТРОМБОЛИТИЧНА ТЕРАПИЯ ОТГОВОРЪТ НА ГОРНИЯ ВЪПРОС ТРЯБВА ДА БЪДЕ ‘ДА’!

✔ **ДА СЕ ВНИМАВА**:

• Много добра оценка между очаквана полза и последващ риск.

• При възрастни пациенти, при които рискът от кървене е по-висок - оптимална преценка полза - риск.

• Пациенти с дългогодишна неконтролирана артериална хипертония, предсърдно мъждене или левкоенцефалопатия имат повишен риск от кървене или смъртен изход.

• При оценка за повишен риск от кървене лекуващият екип може да вземе решение за приложение на редуцирана доза тромболитик x 0.6мг/кг т.м.

✔ **ДОЗИРОВКА И НАЧИН НА ПРИЛОЖЕНИЕ:**

Съгласно кратката характеристика на съответния активатор на тъканния

плазминоген

Изчислена обща доза тъканен плазминогенен активатор **за пациента**:……**мг**

Изчислена болус доза тъканен плазминогенен активатор **за пациента**:……**мг**

ПОВЕДЕНИЕ
1. Приложение на tPA
2. Необходими са сигурен периферен венозен път, поставяне на мониторен контрол и определяне на кръвна група
3. Артериалното налягане да се поддържа в стойности не по-високи от 180/105 съгласно преценка на лекуващия екип
4. Не се извършва лумбална пункция по време и 48 часа след лечението с tPA.
Поставянето на назогастрална сонда, уринарен катетър или ендотрахеална интубация, при необходимост, трябва да се извършат
преди началото на инфузията или да бъдат отложени след 24 часа освен при неотложност и преценка на евентуални полза – риск
от страна на лекуващия екип.

Време на стартиране на болус - инфузията:……..
Приложен медикамент болусно:……мг
Време на стартиране на подържаща доза:……
Приложен медикамент общо:……мг

В цената на клинична пътека № 51.1 “Исхемичен мозъчен инсулт с тромболиза” е разчетено лечение с тъканен плазминогенен активатор. Националната здравноосигурителна

каса осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

ПОДЪРЖАНЕ НА АДЕКВАТНО КРЪВНО НАЛЯГАНЕ:

Кръвното налягане след тромболиза се измерва и записва в таблица на всеки 15 минути през първия час след края на тромболизата; на всеки 30 минути през следващите 6 часа; след това на всеки час до 24-тия час след края на тромболизата. Кръвното налягане трябва да се държи под стойности 180 mmHg за систолично или 105 mmHg за диастолично налягане през първите 24 ч след тромболизата.

УСЛОЖНЕНИЯ	ПОВЕДЕНИЕ ПРИ УСЛОЖНЕНИЕ
При развитие на тежко главоболие, остра хипертонична реакция, гадене, повръщане, влошаване на съзнанието и неврологичния статус.	Прекратете инфузията с алтеплаза Направете спешен КТ Изследвайте ПТВ, аРТТ, тромбоцити и фибриноген.
При КТ данни за кръвоизлив	Прекратете инфузията, ако не е спряна. Симптоматично лечение и субституираща терапия: - 6-8 единици криопреципитат, съдържащ фибриноген и фактор VIII; - 6-8 единици тромбоцити, и/или прясно замразена плазма. Неврохирургична и хематологична консултация (по преценка).
Нежелани и странични ефекти Най-честият от тях е кървене с последващо намаляване на хематокрита и хемоглобина. Кръвоизливите при терапия с *тромболитик*се разделят основно на два вида 1. Повърхностни (убождане с игла и др.) 2. Вътрешни (стомах и др.) 3. Повторна тромбоемболия Кръвозагуба в гастроинтестиналната, урогениталната или ретроперитонеалната област. Много по-често се наблюдават екхимози, кървене от носа или от зъбите	Симптоматично лечение и субституираща терапия.

ПРОТОКОЛ ТЕМПЕРАТУРА, КРЪВНА ЗАХАР И ПРЕГЛЪЩАНЕ (FeSS – Fever, Sugar, Swallowing) ЗА ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ НА УСЛОЖНЕНИЯ

Температурата на пациента се мониторира поне 4 пъти дневно (или на всеки 6 часа) през първите 72 часа от приема. Температура ≥37,5°C се понижава. Ако температурата надвиши 38°C, пациентът следва да се изследва за инфекции.

Кръвната захар на пациента, независимо от диабетния статус, се мониторира поне 4 пъти дневно (или на всеки 6 часа) през първите 48 часа от приема ако пациентът не се храни (72 часа ако нивата са нестабилни). Ако се храни, захарта се измерва всеки път преди и след хранене. Кръвна захар над 10 mmol/L (180 mg/d L) се коригира.

Пациентите се държат в режим нищо през устата, докато не се направи превентативен скрининг за дисфагия с инструмент ASSIST (или друг утвърден в литературата инструмент). Скринингът се извършва най-късно до 4 часа след хоспитализация.

Протокол ASSIST (Acute Screening of Swallow in Stroke/TIA)

1. ПАЦИЕНТЪТ В СЪСТОЯНИЕ ЛИ Е ДА:

Поддържа бдителност поне 20 минути? Да ☐ Не ☐

Поддържа стойката/позицията в изправено положение? Да ☐ Не ☐

Държи главата изправена? Да ☐ Не ☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с НЕ на КОЯТО И ДА Е част от 1.
Поставете пациента на режим нищо през устата и го прегледайте, когато състоянието се подобри. За прием на лекарства се препоръчва сонда.

2. ПАЦИЕНТЪТ ИМА ЛИ НЯКОЕ ОТ СЛЕДНИТЕ?

Предполагаем стволов инсулт Да ☐ Не ☐

Слабост/увисване на лицето (усмивка, нацупеност, назолабиалната гънка) Да ☐ Не ☐

Завалена/отсъстваща реч (проверете в разговор) Да ☐ Не ☐

Кашляне с отделяне на слюнка Да ☐ Не ☐

Лигавене (ъгъла на устата, брадичката) Да ☐ Не ☐

Дрезгав/липсващ глас (проверете в разговор) Да ☐ Не ☐

Слаба/липсваща кашлица (помолете да се изкашля) Да ☐ Не ☐

Задух Да ☐ Не ☐

Известно затруднено преглъщане Да ☐ Не ☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с ДА на КОЯТО И ДА Е част от 2.
Поставете пациента на режим нищо през устата и се обърнете към логопед.

3. ТЕСТВАЙТЕ ПАЦИЕНТА С ОТПИВАНЕ НА **ГЛЪТКА** ВОДА И НАБЛЮДАВАЙТЕ ЗА:

Изкашляне/прочистване на гърлото Да ☐ Не ☐

Промяна в качеството на гласа Да ☐ Не ☐

Лигавене Да ☐ Не ☐

Промяна в дишането/задух Да ☐ Не ☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с ДА на КОЯТО И ДА Е част от 3.
Поставете пациента на режим нищо през устата и се обърнете към логопед.

4. ТЕСТВАЙТЕ ПАЦИЕНТА С **ЧАША** ВОДА И НАБЛЮДАВАЙТЕ ЗА:

Изкашляне/прочистване на гърлото Да ☐ Не ☐

Промяна в качеството на гласа Да ☐ Не ☐

Лигавене Да ☐ Не ☐

Промяна в дишането/задух Да ☐ Не ☐

СПРЕТЕ ТУК, ако сте отговорили с ДА на КОЯТО И ДА Е част от 4.
Поставете пациента на режим нищо през устата и се обърнете към логопед.

5. ЗАПОЧНЕТЕ ПРЕМОРБИДНА ПЕРОРАЛНА ДИЕТА
Медицински персонал, който да наблюдава пациента при първото хранене

Член на персонала, който преглежда първото хранене:.....

Час:..... Дата:.....

Модифицирана скала на Ранкин

Точки	Описание
0	Няма симптоми
1	Без значими увреждания: персистират симптоми, но може да извършва всички предишни дейности
2	Леки увреждания: невъзможност да извършва всички предишни дейности, но е в състояние да се грижи за себе си без асистент
3	Умерено увреждане: изисква помощ за ежедневни функции, но може да се движи без асистент
4	Умерено тежка инвалидност: не може да ходи без асистент и не може да се грижи за собствените си телесни нужди без асистент
5	Тежка инвалидност: прикован на легло, с инконтиненция и изискващ постоянна сестринска грижа и внимание
6	Смърт

National Institute of Health Stroke Scale - NIHSS

Изчисление на резултата

При изчисление на общия резултат, изключете от точка 7-ма (Атаксия на крайниците) кодовете за засегнати крайници (дясна и/или лява ръка и крак 0 = Не, 1 = Да). За точка 5, 6, 7 и 10, също изключете резултата от 9 точки.

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
1а. Ниво на съзнание (количествени нарушения на съзнанието): Изследователят трябва да избере един отговор, дори ако цялостната оценка е проблематична, поради причини като поставена ендотрахеална тръба, езикова бариера, оротрахеална травма/ превръзки. 3 точки се дават само ако в отговор на болезнена стимулация, болният не прави никакво движение (с изключение на рефлексна поза).	0 = буден, адекватно реагиращ. 1 = сомнолентен, но се събужда при минимални стимули за да изпълни команди, да отговори или да реагира. 2 = не е буден, за изпълнение на команда са необходими неколкократни стимулации; или болният е в сопор и изисква силни или болезнени стимули, за да направи някакви движения (не стереотипни). 3 = реагира само с рефлексни моторни или автономни отговори или е напълно нереагиращ, отпуснат (вял) и в състояние на арефлексия (кома).	

1б. Въпроси при нарушение на съзнанието: На болния/та се задава въпрос за това, кой е текущият месец и каква е неговата/нейната възраст. Отговорът трябва да бъде точен - не се дава частичен кредит за приблизителен отговор. Болните с афазия и сопор, които не разбират въпросите, ще получат 2 точки. Болните, които не могат да говорят поради ендотрахеална интубация, оротрахеална травма, тежка дизартрия от някаква причина, езикова бариера или друг проблем, непроизтичащ от афазия, ще получат оценка 1. Важно е да бъде оценен само първоначалният отговор, а изследователят да не "помага" на пациента чрез вербални или невербални начини.	0 = правилно отговаря и на двата въпроса 1 = правилно отговаря на един въпрос 2 = неправилно отговаря и на двата въпроса	
1в. Команди при нарушение на съзнанието: Болният/а трябва (да бъде помолен) да отвори и затвори очите, а след това да стисне и отпусне непаретичната ръка. Възможно е заместване с друга едно-стъпкова команда, ако ръцете не могат да се използват. Кредит се дава при несъмнен опит за изпълнение, който поради слабост не може да бъде завършен. Ако болният не реагира на командата, задачата може да му бъде демонстрирана (с пантомима, жестове) и съответно да се оцени резултата (напр. не изпълнява, изпълнява една или две команди). Болните с травми, ампутации или други физически недъзи трябва да получат подходящи едностъпкови команди. Оценява се само първият опит.	0 = изпълнява правилно и двете команди 1 = изпълнява правилно само една команда 2 = не изпълнява правилно и двете команди	
2. Очни движения/погледни парези: Изследват се само хоризонталните погледни движения. Ще се точкуват	0 = няма погледни парези; нормални очни движения	

волевите или рефлекторните (окулоцефални) очни движения, без провеждане на калоричен тест. Пациентът получава 1 точка, ако има конюгирано отклонение на очите, което може да бъде преодоляно чрез волева или рефлекторна активност. Ако болният има изолирана периферна лезия на III, IV или VI ЧМН, получава също 1 точка. Погледът може да се тестува при всички болни с афазия. Болните с очни травми, превръзки, предшестваща слепота или други нарушения на зрителната активност или зрителните полета, трябва да се изследват чрез рефлексни движения или по избор на тест от изследователя. Ако установите очен контакт с пациента и след това се движите около него (от страна на страна), ще успеете да изясните наличието на парциална погледна пареза в някои случаи.	1 = частична погледна пареза. Този резултат се дава при абнормен поглед с едното или двете очи, но при липса на спрегнато отклонение или тотална погледна парализа 2 = спрегнато отклонение или тотална погледна парализа, които не могат да бъдат преодолени чрез окулоцефалните рефлексни похвати	
3.Зрителни нарушения/зрителни полета: Зрителните полета (горни и долни квадранти) се изследват чрез конфронтационен тест, съответно броене на пръсти или зрителна заплаха. Болният трябва да бъде окуражаван (да изпълни задачата), но ако гледа към страната на движещите се пръсти адекватно, това може да бъде оценено като нормален отговор. Ако има едностранна слепота или енуклеация, зрителните полета се тестват с другото око. 1 точка се дава само ако има ясна асиметрия, включително квадрантанопсия. При слепота, независимо по каква причина, се дават 3 точки. В тази част теста се извършва двустранно симултанно зрително стимулиране. При	0 = без зрителни нарушения 1 = частична хемианопсия, (квадрантанопсия) 2 = пълна хемианопсия 3= билатерална хемианопсия (слепота, вкл. корова слепота)	

наличие на екстинция болният получава 1 точка и резултатите се използват за отговор при изследване № 11.		
4. Лицева пареза, лезия на VII **ЧМН:** Помолете пациента да покаже зъбите, да повдигне веждите и затвори очите или използвайте пантомима, за да окуражите болния за целта. При слабо реагиращи или трудно контактни болни отчетете симетричността на гримасата в отговор на болезнени стимули. Ако има някаква физическа бариера, която пречи на огледа на лицето (лицева травма / превръзки, ендотрахеална тръба, лейкопласт и др.), трябва да я премахнете, доколкото е възможно.	0 = нормални симетрични движения 1 = лека пареза (изгладена назолабиална гънка, асиметрия при показване на зъбите и усмихване) 2 = частична парализа (тотална или почти тотална парализа на мускулатурата на долната част на лицето) 3 = тежка (тотална) парализа на едната или двете страни (липса на мускулно движение в долната и горната част на лицето)	
5. и 6. **Двигателна дейност – ръка и крак:** **5а. Лява ръка** **5б. Дясна ръка** Всеки крайник се изследва последователно, започвайки с непаретична ръка, ако е ясно коя е. Крайникът се поставя в съответната позиция: екстензия на ръцете (дланите надолу) при 90 градуса в изправено положение и при 45 градуса в легнало положение, а краката при 30 градуса (винаги в легнало положение). Отклонението се точкува ако ръката пада преди 10-та секунда, а кракът преди 5-та секунда. Пациентите с афазия се окуражават да задържат крайниците чрез интонация на гласа и пантомима, но без използване на болезнена стимулация. Оценка 9 може да се даде само в случаите с ампутация или ставна неподвижност (анкилоза, контрактура) в раменната и тазобедрената става.	0 = няма отпускане (пронация), задържа крайника на 90º (или 45º) за 10 секунди или повече. 1 = пронация, задържа крайника на 90º (или 45º), но се отпуска преди 10-та секунда, без да пада на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, болният не може да достигне или задържи крайника на 90º (или съответно 45º), пронира и отпуска до леглото, но оказва някаква съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитацията, крайникът пада. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна контрактура, обяснение:	Л..... Д.....

6а. Ляв крак **6б. Десен крак**	0 = няма пронация, задържа крайника на 30 º за цели 5 сек. или повече. 1 = отпускане, крайника започва да пада от края на 5-та секунда, без да падне на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, кракът пада на леглото за 5 секунди, но оказва известна съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитация, кракът пада веднага. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна анкилоза	Л..... Д.....
7. Атаксия на крайниците: Целта на изследването е да се разкрият данни за едностранна церебеларна лезия. Изследването се прави с отворени очи. В случай на зрителен дефект, осигурете изследването в интактното зрително поле. Носопоказалечната и коляно-стъпалната проби се извършват двустранно, като атаксията се оценява извън пропорцията, съответстваща на мускулна слабост (при пареза). Атаксия липсва при болни, които не разбират командата и са парализирани. Оценка “9” може да се даде в случаи с ампутация и ставна контрактура (неподвижност) или някаква фрактури. В случай на слепота, тестувайте докосването на носа от изпънато положение на ръката.	0 = липса на атаксия 1 = атаксия само в един крайник 2 = атаксия в два крайника При наличие, атаксията е в: дясната ръка – да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в лявата ръка - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в десния крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в левия крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура	
8. Сетивност: Изследва се сетивният усет или гримасите при убождания с игла. При болни с количествени нарушения на съзнанието, сопор или афазия, се оценява отдръпването след болкови	0 = нормални сетивни функции, липса на сетивни увреди 1 = лека до умерена сензорна увреда; пациентът усеща по-	

стимули (защитната реакция). Като абнормна се тестува само сетивната увреда в резултат на инсулта, а изследователят трябва да изследва толкова зони (лицето, ръцете - а не дланите, тялото, краката) колкото е необходимо за определяне на нарушение по "хеми" тип. Резултат 2 "тежка или тотална сетивна увреда" се дава само при случаи, когато може ясно да се демонстрира тежка или пълна загуба на сетивност. Ето защо пациентите със сопор или афазия най-вероятно ще получат оценка 1 или 0. Болните със стволов инсулт, които имат билатерална сетивна увреда трябва да получат оценка от 2 точки. Ако болният не реагира и е квадриплегичен – резултатът му ще бъде 2 точки. Пациентите в кома (при тест 1а = 3 т.) също произволно получават 2 точки при това изследване.	слабо или по-тъпо убожданията на засегнатата страна (хемихипестезия, хипалгезия); или има загуба на повърхностна болка при убождане, но болният съзнава, че е докосван. 2 = тежка или тотална сетивна увреда; болният не усеща, че е докосван по лицето, ръката или крака.	
9. Най-добро езиково представяне: **(афазия)** От предшестващите секции на изследването ще получите достатъчно информация относно възможностите на болния за езиково разбиране. Пациентът трябва да опише какво се случва на представената му картина, да назове предметите от приложения лист, както и да прочете изреченията от приложения списък. Отговорът трябва да е пълен. Болният трябва да назове всички предмети от листа за назоваване и да прочете всички фрази от двата отделни листа за четене. Разбирането се оценява въз основа на дадените тук отговори, както и от всички команди от предшестващото неврологично изследване. Ако някакво нарушение на зрението затруднява изпълнението на	0 = няма афазия, нормални езикови способности 1 = лека до умерена афазия; определена загуба на възможността за говорене (плавността на говора) и разбирането (схващане на езика), без значимо ограничение на идеаторната експресия или формата на експресия. Намалените речеви способности и/или разбиране, правят разговора по предоставения материал (листовете с картинки) труден или невъзможен. Например, изследователят може да идентифицира дадена картина или наименован обект от отговорите на пациента, при разговор по предоставения материал. 2 = тежка афазия; цялата комуникация е накъсана (фрагментирана експресия);	

тестовете, помолете болния да идентифицира предмети, поставени в ръката му, както и да повтори или произведе реч. Интубираните болни трябва да бъдат помолени да пишат. Болните в кома (1а = 3 т.) получават арбитражно 3 точки при това изследване. Изследователят трябва да избере резултат при болни в сопор или при нежелание за сътрудничество, но резултат от 3 точки трябва да се използва само ако болният е ням и не изпълнява нито една едно-стъпкова команда.	съществува голяма необходимост от намеса, запитване и отгатване от страна на слушащия. Размерът на обменената информация е значително ограничен; слушащият понася тежестта на комуникацията. От отговорите на болния не може да се идентифицират предоставените предмети и картини. 3 = мутизъм, глобална афазия; няма използваеми артикулационна реч или слухово разбиране.	
10. Дизартрия: Ако се смята, че болният е нормален, характерът на речта му трябва да се оцени чрез покана да прочете и повтори думите от приложения лист. Ако пациентът има тежка афазия, то яснотата на артикулацията му можеда бъде точкувана при спонтанна реч. Оценка от “9” точки се дава само ако болният е интубиран или има друга физическа бариера за произвеждане на реч. Не казвайте на пациента/ката с каква цел го изследвате.	0 = нормална артикулация 1 = лека до умерена дизартрия; болният не изговаря добре поне някои думи или, в най-лошия случай, може да бъде разбран със затруднение. 2 = тежка дизартрия; речта на пациента е променена до неразбираемост, при липса или извън някаква степен на афазия; или болният е с мутизъм/ анартрия.	
11. Екстинция и невнимание **(едностранно игнориране, неглект):** От предишните изследвания може да се получи достатъчно информация за наличие на синдром на игнориране. Ако болният има тежко зрително нарушение, което възпрепятства двустранната зрителна симултанна стимулация, а сетивните стимули от кожата се възприемат нормално, резултатът от теста е нормален.	0 = без абнормности 1 = зрително, тактилно, слухово, пространствено или персонално (соматично) невнимание; или екстинция при билатерални симултанни стимули за една от сензорните модалности. 2 = изразено хеми-невнимание или хеми-игнориране за повече от една сензорна модалност. Не разпознава собствената си	

Ако болният има афазия, но обръща еднакво внимание на стимули от двете страни, резултатът от теста е нормален. Наличието на зрително-пространствено игнориране или анозогнозия също е доказателство на абнормност. Тъй като абнормното нарушение се оценява само ако го има, тази точка от скалата винаги може да се изследва.	ръка или се ориентира само по отношение на едната страна на пространството.	

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и и едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната диагноза – чрез КТ;
- проведена тромболиза;
- стациониране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;
- липса на остър възпалителен процес;
- в случаите на успешно реканализационно лечение, при стабилизиране на общото състояние, липса на неврологичен дефицит и писмено желание от страна на пациента, след преценка от страна на лекуващия екип, дехоспитализацията може да се извърши преди изтичане на минималния болничен престой.

След изписване от болницата болните с ИМИ се насочват да продължат лечение (посочено в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, болници за долекуване или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог според състоянието и потребностите им.

Медицински критерии за дехоспитализация при насочване за ендоваскуларно лечение:

-Установяване на топичната диагноза чрез КТ/ЯМР;
- Проведена тромболиза;
- Липсва подобрение на неврологичната симптоматика;
- Наличие на възможност за продължаване на лечението чрез ендоваскуларни методи.

След изписване от болницата болните се насочват да продължат лечението си в структура по ендоваскуларно лечение на мозъчен инсулт.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на „*Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури*" (бл. МЗ - НЗОК № 7)..

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ - в "*История на заболяването*".

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- епикриза - получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ - подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от "История на заболяването". При невъзможност на пациента да разбере и подпише информирано съгласие, както и при отсъствие на близки или упълномощен представител на пациента, процедурите се извършат по витални индикации въз основа на преценка от мултидисциплинарния екип, като това се отрази стриктно в медицинската документация.

ДОКУМЕНТ № 4

Формуляр за информирано съгласие за тромболиза при остър исхемичен инсулт

Име на пациента.....

Име на близък/отговорно лице.....

Дата.....

Вие/Вашият роднина има/те исхемичен инсулт, което означава запушване на кръвоносен съд в мозъка. До част от мозъка в момента не достигат кислород и хранителни вещества, затова тази част е започнала да умира. Увреждането е перманентно и без лечение засегнатата зона ще се разраства. Колкото по-голяма е тя, толкова по-голяма е вероятността за тежка доживотна инвалидизация.

Лечението, което можем да приложим се нарича тромболиза. То трябва да се направи възможно най-скоро след началото на инцидента, защото тогава ползата спрямо риска е най-голяма. Тромболизата е инжекция на лекарство, което цели да разгради запушването и да възстанови кръвния поток. Това ще предотврати по-нататъшна мозъчна смърт. Колкото по-бързо действаме, толкова е по-добре за пациента.

Ако направим тромболиза, пациентът може напълно да се възстанови и да няма остатъчни симптоми в най-добрия случай. Може да има остатъчен дефицит и да има нужда от

физиотерапия и логопед, за да се възстанови. Тромболизата не успява да излекува успешно всички видове запушвания, но ако не я направим, е почти сигурно, че пациентът ще остане тежък инвалид, няма да може да се обслужва и ще са необходими постоянни грижи.

Тъй като това е лекарство за разреждане на кръвта, съществува риск от прокървяване в мозъка или в други части на тялото, което става при 2-7% от пациентите. Фатален кръвоизлив може да има при около 2.5% от случаите. Съществува и риск от развитие на алергична реакция в около 2% от случаите. При евентуално развитие на нежелани реакции сме оборудвани да се справим с тях.

Желаете ли да се приложи лечение с тромболиза?

Съгласен съм за лечение с тромболиза (име и подпис).....

.....

Не съм съгласен за лечение с тромболиза (име и подпис).....

.....

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболеваемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание) в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 51 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ С ТРОМБОЛИЗА

КП № 51.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИСХЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ С ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ

1. Минимален болничен престой –5 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Мозъчен инфаркт

Включва: оклузия и стеноза на церебрални и прецеребрални артерии, предизвикващи мозъчен инфаркт

Не включва: последици от мозъчен инфаркт (I69.3)

I63.0 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на прецеребрални артерии

I63.1 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на прецеребрални артерии

I63.2 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на прецеребрални артерии

I63.3 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на церебрални артерии

I63.4 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на церебрални артерии

I63.5 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на церебрални артерии

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:

• използвайки:
• мапиране с цветен поток
• Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
• механично секторно сканиране
• трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор – по преценка
Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролит

1926 Микробиологични изследвания

при необходимост:

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

при необходимост:

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика
Корекция } стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиоп

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35309-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент

Не включва: такава при каротидна артерия (35307-00 [754])

35309-07 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове

Не включва: такава при каротидна артерия (35307-01 [754])

35307-00 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, един стент

Включва: използване на устройство за емболна протекция

35307-01 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, много стентове

Включва: използване на устройство за емболна протекция

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Деструкция на интракраниална аневризма или друга съдова лезия

35412-00 Ендоваскуларна оклузия на мозъчна аневризма или артериовенозна малформация
Транскатетърна емболизация на мозъчна аневризма или артериовенозна малформация

Включва: поставяне на:
• спирали
• интракраниални:
  • балони
  • стентове
Катетеризация

Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
• балон
• спирали
• етанол

• желатинова гъба
• лепило
• пластмасови частици
катетеризация

35321-02 Транскатетърна емболизация на интракраниални артерии, некласифицирани другаде

Не включва: ендоваскуларно запушване на мозъчна аневризма или артериовенозна малформация (34512-00 [11])

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
  • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  • имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  • перфузия (виж блок [1886])
  • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три

основни диагностични (минимум една задължително интервенционална с катетеризация) и две основни терапевтични процедури, от които едната е задължително интервенционална - 35412-00 или 35321-02 или - 35309-06 или 35309-07 или 35307-00 или 35307-01 от посочените в таблица Кодове на основни процедури.

Процедура **56001-00 Компютърна томография на мозък или 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя (90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък)** е задължителна диагностична процедура. Провежда се двукратно – в началото на инсулта при приема на пациента и втората контролна по време на болничния престой и в срок според клиничните показания и преценка на лекуващия екип. Първата процедура може да се проведе в друго лечебно заведение, което диагностицира и насочва пациента за ендоваскуларно лечение по спешност. В този случай изследването от насочващото лечебно заведение трябва да съпровожда пациента.

В случай, че КП № 51 се осъществява в едно и също лечебно заведение и там се провежда и тромболитично лечение и ендоваскуларно лечение - КП № 51.1 + КП № 51.2 КАТ на глава (МРТ на глава) се провежда в началото на инсулта - при приема на пациента и втората по време на болничния престой и в срок според клиничните показания и преценка на лекуващия екип.

Кодовете от блокове 1923 и 1924 се изследват до третия час от хоспитализацията. Когато се използват кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934 се извършват по преценка и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Тромболиза и механична тромбектомия/тромбаспирация се извършват до 4.5 - 6 часа (времеви стандарт) от началото на симптомите освен в случаите на голяма пенумбра, доказана с КАТ/МРТ.

Клинична пътека № 51.2 може да се изпълнява след осъществяване на тромболиза или без предходна тромболиза (КП № 51.1.)

Лечебни заведения, които не могат да осъществят тромболиза и/или тромбектомия (нямат договор за КП № 51.1 и КП № 51.2) са задължени да извършат образно изследване (КТ или МРТ) до първия час на болничния прием, като насочват и осигуряват хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромболиза и/или тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51.

В случаите, когато ЛЗ има договор само за КП № 51.1. същото ЛЗ насочва и осигурява хоспитализация на пациентите, които имат индикации за тромбектомия/тромбаспирация към най-близкото лечебно заведение, което има договор по КП № 51.2. при задължително спазване на времевия стандарт.

В случаите, при които се извършва тромболиза с последваща тромбектомия/тромбаспирация, КП № 51 се отчита с кодовете за тромболиза **96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент и задължителна терапевтична процедура 35309-06, 35309-07, 35307-00 или 35307-01.**

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. <u>УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>:

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия", от обхвата на медицинската специалност „Образна диагностика“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по нервни болести - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Нервни болести“ .
2.Клиника/отделение по неврохирургия - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия“.
Клиника/отделение по образна диагностика - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Образна Диагностика“.
3. Клиника/отделение по интензивно лечение - III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“.
4. Клинична лаборатория, III-то ниво на компетентност;
5. Ангиографска зала с ангиографска апаратура с денонощен екип 24/7 и апаратура за видеонаблюдение;
6. КТ, КТ дифузия/перфузия, КТ мулти-слайс (спирален скенер).
7. Специализирано невросонологично оборудване от III-то ниво на компетентност (цветен дуплекс сонограф с възможност за мултимодално доплерово мониториране) и най-малко двама лекари с придобита квалификация по невросонология;
8. МРТ с възможност за дифузия, перфузия и магнитно-резонасна ангиография
9. Неврохиругична операционна и неврохирургичен екип на повикване при усложнения на разположение 24/7

ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЗАДЪЛЖИТЕЛНАТА АПАРАТУРА

1. Компютърна томография (КТ) с квалифициран екип

2. Магнитно резонансна томография (МРТ)

3. Конвенционална ангиография, необходима за интервенционално лечение

4. Ултразвукова диагностика на екстракраниални съдове посредством дуплекс сонограф,

съгласно стандарт „Нервни болести“

5. Осигуреност с консумативи и медицински изделия

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

• Началник-клиника/отделение – лекар с призната специалност по нервни болести, с опит в диагностицирането и лечението на мозъчно-съдовите заболявания най-малко 5 години, след придобиване на специалност. Необходимо е да бъде на разположение 24/7.

• Невролог - лекари със специалност по нервни болести, като един от тях е с невроинтервенционален профил, на разположение 24/7, притежаващ международни и/или български сертификати (последните са издадени от Ректор на медицински университет), удостоверяващи обучението по интервенционално лечение на мозъчен инсулт или поне двама имат документирано проведени самостоятелни минимум 30 диагностични мозъчни ангиографии, 20 стентирания на каротидни булбове и клонове на аортна дъга и 10 терапевтични неврорентгенологични интервенции под контрола на сертифициран специалист с устойчиво добра резултатност

и/или

• Лекари със специалност по образна диагностика, от които задължително един на разположение 24/7, притежаващ международни и/или български сертификати (последните са издадени от Ректор на медицински университет), удостоверяващи обучението по интервенционално лечение на мозъчен инсулт или поне двама имат документирано проведени самостоятелни минимум 30 диагностични мозъчни ангиографии, 20 стентирания на каротидни булбове и клонове на аортна дъга и 10 терапевтични неврорентгенологични интервенции под контрола на сертифициран специалист с устойчиво добра резултатност и минимум един лекар с клиничен стаж и специалност по нервни болести;

и/или

• Лекари със специалност по неврохирургия, съгласно медицински стандарт по „Неврохирургия“, като задължително един от тях е на разположение 24/7, притежаващ международни и/или български сертификати (последните са издадени от Ректор на медицински университет), удостоверяващи обучението по интервенционално лечение на мозъчен инсулт или поне двама имат документирано проведени самостоятелни минимум 30 диагностични мозъчни ангиографии, 20 стентирания на каротидни булбове и клонове на аортна дъга и 10 терапевтични неврорентгенологични интервенции под контрола на сертифициран специалист с устойчиво добра резултатност и минимум един лекар с клиничен стаж и специалност по нервни болести;

• Специалист по анестезиология и интензивно лечение;

• Специалист по клинична лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Исхемичен мозъчен инсулт – остър стадий.

Механична тромбаспирация и/или тромбектомия и интраартериална тромболиза се провежда до 6-я час от началото на исхемичния мозъчен инсулт освен в случаите на голяма пенумбра, доказана с КАТ/МРТ.

1.2. Индикации за механична тромбаспирация/тромбектомия

1.2.1 Индикации за механична тромбаспирация/тромбектомия (без предшестваща интравенозна) тромболиза може да се проведе при следните условия:

-Остър ИМИ в рамките на 6 –ти час от началото , с КТ/МРТ ангиографски данни за симптоматична тромбоза на вътрешна каротидна артерия, М1 или проксимален М2 сегмент на СМА, базиларна артерия

Механична тромбектомия се препоръчва за пациенти и след 6-ия час от началото на симптоматиката (до 16 часа-AHA/ASA, 6-24 часа-SNIS), които имат оклузия на голям съд от предното кръвообращение и отговарят на останалите критерии за допустимост от DAWN или DEFUSE 3 (клас I, ниво B).

Механична тромбектомия може да бъде проведена при пациенти с исхемичен инсулт, причинен от оклузия на голям съд, във времеви интервал от 6 до 24 часа от началото на инцидента, ако отговарят на критериите от проучването DEFUSE3 на КТ- перфузия или на МРТ (DWI и PWI): •Обем на исхемично ядро ≤ 70 ml; •Mismatch ≥1,8 или ≥15 ml абсолютна разлика (клас IIa, ниво B).

-Контраиндикации за провеждане на интравенозна тромболиза (напр. повишени стойности на INR)

1.2.2 Индикации за механична тромбаспирация/тромбектомия (след предшестваща интравенозна) тромболиза може да се проведе при следните условия:

Липса на подобрение или влошаване след провеждане на интравенозна тромболиза при липса на кървене;

Липса на реканализация или ранна реоклузия след провеждане на интравенозна тромболиза

При КТ/МРТ ангиографски данни за симптоматична тромбоза на вътрешна каротидна артерия, М1 или проксимален М2 сегменти на СМА, базиларна артерия

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Решението за невроинтервенционално лечение се взема от ръководителя на мултидисциплинарният екип, невролог със сертификат за ендоваскуларна диагностика и лечение, специалист по образна диагностика, неврохирург и анестезиолог. Решението се записва в протокол, който е неразделна част от ИЗ.

Мултидисциплинарният екип може да бъде структуриран и по следния начин: ръководител на мултидисциплинарния екип, невролог, неврохирург, специалист по образна диагностика с инвазивна и интервенционална правоспособност и анестезиолог.

или

Ръководител на мултидисциплинарния екип, невролог, специалист по образна диагностика, анестезиолог и неврохирург с инвазивна и интервенционална правоспособност.

Осъществява се незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план. След получаване на информирано съгласие от пациента или негов упълномощен представител се провежда интервенционалното лечение при остър инсулт.

При невъзможност на пациента да разбере и подпише информирано съгласие, както и при отсъствие на близки или упълномощен представител на пациента, процедурите се извършат по витални индикации въз основа на преценка от мултидисциплинарния екип, като се отрази стриктно в медицинската документация.

Протокол (критерии) за провеждане на интрартериална тромболиза

ПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Исхемичен мозъчен инсулт до шест часа след началото на симптоматиката. Механична тромбектомия се препоръчва за избрани пациенти и след 6-ия час от началото на симптоматиката (до 16 часа-AHA/ASA, 6-24 часа-SNIS), които имат оклузия на голям съд от предното кръвообращение и отговарят на останалите критерии за допустимост от DAWN или DEFUSE 3 (клас I, ниво B). Механична тромбектомия може да бъде проведена при пациенти с исхемичен инсулт, причинен от оклузия на голям съд, във времеви интервал от 6 до 24 часа от началото на инцидента, ако отговарят на критериите от проучването DEFUSE3 на КТ- перфузия или на МРТ (DWI и PWI): •Обем на исхемично ядро ≤ 70 ml; •Mismatch ≥1,8 или ≥15 ml абсолютна разлика (клас IIa, ниво B		
2. Неврологичен дефицит по скалата за оценка на мозъчните инсулти NIHSS по-голямо или равно на 6 точки		
3. Възраст над 18 г.		
4. Пациентът и/или близките му да бъдат информирани за процедурата и да подпишат информирано съгласие		
Пациентът има всички показания		

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ	ДА	НЕ
1. Хиподензна зона, по-голяма от 1/3 от басейна на средна мозъчна артерия.		
2.Интракраниален кръвоизлив с различна локализация.		

• Повишен риск от кървене: • при систолично RR над 185 и диастолично над 110 мм Hg; • анамнеза за предишна интракраниална хеморагия;??? • пациенти на антикоагулантно лечение с INR над 1.7; • прием на хепарин и удължено aPT; • През предходните 48 часа са били на лечение с директни тромбинови инхибитори или директни инхибитори на фактор Xa • (клас III, ниво C). Изключение може да се направи ако aPTT, INR, тромбоцитите, тромбиновото време и активността на директния фактор Xa са в границите на нормата и/или пациента не е получавал тези медикаменти повече от 48 часа. • тромбоцити под 100000; • прекарана травма на мозъка или ИМИ през последните 3 месеца, интракраниална неоплазия, АВ-малформация; • варикоза на хранопровода; • тежко неопластично и чернодробно заболяване, включително цироза или активен хепатит; • големи операции или тежки травми през последните 14 дни. • кръвоизливи от гастроинтестиналния или уринарния тракт през последните 21 дни • данни за активно кървене или остра травма (фрактура)		
3. Тежка черепно-мозъчна травма (фрактура или контузия на мозъка през последните три месеца)		
4. Кръвна захар под 2,7 ммол/л		
5. Гърчове – постиктална резидуална неврологична симптоматика		
6. Психиатрично или неврологично заболяване, непозволяващо неврологична оценка		
7.Бактериален ендокардит, перикардит, остър панкреатит		
Пациентът има ли поне ЕДНО от горните противопоказания.		

Необходимо е оценка на състоянието с NIHSS скалата **и модифицираната скала на Ранкин (mRS).**

National Institute of Health Stroke Scale - NIHSS

Изчисление на резултата

При изчисление на общия резултат, изключете от точка 7-ма (Атаксия на крайниците) кодовете за засегнати крайници (дясна и/или лява ръка и крак 0 = Не, 1 = Да). За точка 5, 6, 7 и 10, също изключете резултата от 9 точки.

Инструкции	**Дефиниция на скалата**	**Резултат**
1а. Ниво на съзнание (количествени нарушения на съзнанието): Изследователят трябва да избере един отговор, дори ако цялостната оценка е проблематична, поради причини като поставена ендотрахеална тръба, езикова бариера, оротрахеална травма / превръзки. 3 точки се дават само ако в отговор на болезнена стимулация, болният не прави никакво движение (с изключение на рефлексна поза).	0 = буден, адекватно реагиращ. 1 = сомнолентен, но се събужда при минимални стимули за да изпълни команди, да отговори или да реагира. 2 = не е буден, за изпълнение на команда са необходими неколкократни стимулации; или болният е в сопор и изисква силни или болезнени стимули, за да направи някакви движения (не стереотипни). 3 = реагира само с рефлексни моторни или автономни отговори, или е напълно нереагиращ, отпуснат (вял) и в състояние на арефлексия (кома).	
1б. Въпроси при нарушение на съзнанието:		

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
На болния/та се задава въпрос за това, кой е текущия месец и каква е неговата/нейната възраст. Отговорът трябва да бъде точен – не се дава частичен кредит за приблизителен отговор. Болните с афазия и сопор, които не разбират въпросите, ще получат 2 точки. Болните, които не могат да говорят, поради ендотрахеална интубация, оротрахеална травма, тежка дизартрия от някаква причина, езикова бариера или друг проблем, непроизтичащ от афазия, ще получат оценка 1. Важно е да бъде оценен само първоначалният отговор, а изследователят да не "помага" на пациента чрез вербални или невербални начини.	0 = правилно отговаря и на двата въпроса 1 = правилно отговаря на един въпрос 2 = неправилно отговаря и на двата въпроса	
1в. Команди при нарушение на съзнанието: Болният/а трябва (да бъде помолен) да отвори и затвори очите, а след това да стисне и отпусне непаретичната ръка. Възможно е заместване с друга едно-стъпкова команда ако ръцете не могат да се използват. Кредит се дава при несъмнен опит за изпълнение, който поради слабост не може да бъде завършен. Ако болният не реагира на командата, задачата може да му бъде демонстрирана (с пантомима, жестове) и съответно да се оцени резултата (напр. не изпълнява, изпълнява една или две команди). Болните с травми, ампутации или други физически недъзи трябва да получат подходящи едно-стъпкови команди. Оценява се само първият опит.	0 = изпълнява правилно и двете команди 1 = изпълнява правилно само една команда 2 = не изпълнява правилно и двете команди	
2. Очни движения/ погледни парези: Изследват се само хоризонталните погледни движения. Ще се точкуват волевите или рефлекторните (окулоцефални) очни движения, без провеждане на калоричен тест. Пациентът получава 1 точка ако има конюгирано отклонение на очите, което може да бъде преодоляно чрез волева или рефлекторна активност. Ако болният има изолирана периферна лезия на III, IV или VI ЧМН, получава също 1 точка. Погледът може да се тестува при всички болни с афазия. Болните с очни травми, превръзки, предшестваща слепота или други нарушения на зрителната активност, или зрителните полета, трябва да се изследват чрез рефлексни движения, или по избор на тест от изследователя. Ако установите очен контакт с пациента и след това се движите около него (от страна на страна), ще успеете да изясните наличието на парциална погледна пареза в някои случаи.	0 = няма погледни парези; нормални очни движения 1 = частична погледна пареза. Този резултат се дава при абнормен поглед с едното или двете очи, но при липса на спрегнато отклонение или тотална погледна парализа 2 = спрегнато отклонение или тотална погледна парализа, които не могат да бъдат преодолени чрез окулоцефалните рефлексни похвати	
3. Зрителни нарушения /зрителни		

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
полета: Зрителните полета (горни и долни квадранти) се изследват чрез конфронтационен тест, съответно броене на пръсти или зрителна заплаха. Болният трябва да бъде окуражаван (да изпълни задачата), но ако гледа към страната на движещите се пръсти адекватно, това може да бъде оценено като нормален отговор. Ако има едностранна слепота или енуклеация, зрителните полета се тестват с другото око. 1 точка се дава само ако има ясна асиметрия, включително квадрантанопсия. При слепота, независимо по каква причина, се дават 3 точки. В тази част теста се извършва двустранно симултанно зрително стимулиране. При наличие на екстинция болният получава 1 точка и резултатите се използват за отговор при изследване № 11.	0 = без зрителни нарушения 1 = частична хемианопсия, (квадрантанопсия) 2 = пълна хемианопсия 3 = билатерална хемианопсия (слепота, вкл. корова слепота)	
4. Лицева пареза, лезия на VII ЧМН: Помолете пациента да покаже зъбите, да повдигне веждите и затвори очите, или използвайте пантомима за да окуражите болния за целта. При слабо реагиращи или трудно контактни болни, отчетете симетричността на гримасата в отговор на болезнени стимули. Ако има някаква физическа бариера, която пречи на огледа на лицето (лицева травма / превръзки, ендотрахеална тръба, лейкопласт и др.), трябва да я премахнете доколкото е възможно.	0 = нормални симетрични движения 1 = лека пареза (изгладена назолабиална гънка, асиметрия при показване на зъбите и усмихване) 2 = частична парализа (тотална или почти тотална парализа на мускулатурата на долната част на лицето) 3 = тежка (тотална) парализа на едната или двете страни (липса на мускулно движение в долната и горната част на лицето)	
5. и 6. **Двигателна дейност – ръка и крак:** **5а. Лява ръка** **5б. Дясна ръка** Всеки крайник се изследва последователно, започвайки с непаретична ръка, ако е ясно коя е. Крайникът се поставя в съответната позиция: екстензия на ръцете (дланите надолу) при 90 градуса в изправено положение и при 45 градуса в легнало положение, а краката при 30 градуса (винаги в легнало положение). Отклонението се точкува ако ръката пада преди 10-та секунда, а кракът преди 5-та секунда. Пациентите с афазия се окуражават да задържат крайниците чрез интонация на гласа и пантомима, но без използване на болезнена стимулация. Оценка 9 може да се даде само в случаите с ампутация или ставна неподвижност (анкилоза, контрактура) в раменната и тазобедрената става.	0 = няма отпускане (пронация), задържа крайника на 90° (или 45°) за 10 секунди или повече. 1 = пронация, задържа крайника на 90° (или 45°), но се отпуска преди 10-та секунда, без да пада на леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, болният не може да достигне или задържи крайника на 90° (или съответно 45°), пронира и отпуска до леглото, но оказва някаква съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитацията, крайникът пада. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна контрактура, обяснение:	Л..... Д.....
6а. Ляв крак **6б. Десен крак**	0 = няма пронация, задържа крайника на 30° за цели 5 сек. или повече. 1 = отпускане, крайника започва да пада от края на 5-та секунда, без да падне на	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
	леглото. 2 = има известна съпротива срещу гравитацията, кракът пада на леглото за 5 секунди, но оказва известна съпротива срещу гравитацията. 3 = няма съпротива срещу гравитация, кракът пада веднага. 4 = няма (невъзможно е) движение 9 = ампутация, ставна анкилоза	Л..... Д.....
7. Атаксия на крайниците: Целта на изследването е да се разкрият данни за едностранна церебеларна лезия. Изследването се прави с отворени очи. В случай на зрителен дефект, осигурете изследването в интактното зрително поле. Носопоказалечната и коляно-стъпалната проби се извършват двустранно, като атаксията се оценява извън пропорцията, съответстваща на мускулна слабост (при пареза). Атаксия липсва при болни, които не разбират командата и са парализирани. Оценка “9” може да се даде в случаи с ампутация и ставна контрактура (неподвижност) или някаква фрактури. В случай на слепота, тестувайте докосването на носа от изпънато положение на ръката.	0 = липса на атаксия 1 = атаксия само в един крайник 2 = атаксия в два крайника При наличие, атаксията е в: дясната ръка – да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в лявата ръка - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в дясната ръка - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в десния крак - да = 1, не = 0 9 = ампутация, ставна контрактура в левия крак - да = 1, не = 0	
8. Сетивност: Изследва се сетивният усет или гримасите при убождания с игла. При болни с количествени нарушения на съзнанието, сопор или афазия, се оценява отдръпването след болкови стимули (защитната реакция). Като абнормна се тестува само сетивната увреда в резултат на инсулта, а изследователят трябва да изследва толкова зони (лицето, ръцете - а не дланите, тялото, краката) колкото е необходимо за определяне на нарушение по “хеми” тип. Резултат 2 “тежка или тотална сетивна увреда“ се дава само при случаи, когато може ясно да се демонстрира тежка или пълна загуба на сетивност. Ето защо пациентите със сопор или афазия най-вероятно ще получат оценка 1 или 0. Болните със стволов инсулт, които имат билатерална сетивна увреда трябва да получат оценка от 2 точки. Ако болният не реагира и е квадриплегичен – резултатът му ще бъде 2 точки. Пациентите в кома (при тест 1а = 3 т.) също произволно получават 2 точки при това изследване.	0 = нормални сетивни функции, липса на сетивни увреди 1 = лека до умерена сензорна увреда; пациентът усеща по-слабо или по-тъпо убожданията на засегнатата страна (хемихипестезия, хипалгезия); или има загуба на повърхностна болка при убождане, но болният съзнава, че е докосван. 2 = тежка или тотална сетивна увреда; болният не усеща, че е докосван по лицето, ръката или крака.	
9. Най-добро езиково представяне: (афазия) От предшестващите секции на изследването ще получите достатъчно информация относно възможностите на	0 = няма афазия, нормални езикови способности 1 = лека до умерена афазия; определена загуба на възможността за говорене	

Инструкции	Дефиниция на скалата	Резултат
болния за езиково разбиране. Пациентът трябва да опише какво се случва на представената му картина, да назове предметите от приложения лист, както и да прочете изреченията от приложения списък. Отговорът трябва да е пълен. Болният трябва да назове всички предмети от листа за назоваване и да прочете всички фрази от двата отделни листа за четене. Разбирането се оценява въз основа на дадените тук отговори, както и от всички команди от предшестващото неврологично изследване. Ако някакво нарушение на зрението затруднява изпълнението на тестовете, помолете болния да идентифицира предмети, поставени в ръката му, както и да повтори или произведе реч. Интубираните болни трябва да бъдат помолени да пишат. Болните в кома (1a = 3 т.) получават арбитражно 3 точки при това изследване. Изследователят трябва да избере резултат при болни в сопор или при нежелание за сътрудничество, но резултат от 3 точки трябва да се използва само ако болният еням и не изпълнява нито една едно-стъпкова команда.	(плавността на говора) и разбирането (схващане на езика), без значимо ограничение на идеаторната експресия или формата на експресия. Намалените речеви способности и/или разбиране, правят разговора по предоставения материал (листовете с картинки) труден или невъзможен. Например, изследователят може да идентифицира дадена картина или наименован обект от отговорите на пациента, при разговор по предоставения материал. 2 = тежка афазия; цялата комуникация е накъсана (фрагменти-рана експресия); съществува голяма необходимост от намеса, запитване и отгатване от страна на слушащия. Размерът на обменената информация е значително ограничен; слушащият понася тежестта на комуникацията. От отговорите на болния не може да се идентифицират предоставените предмети и картини. 3 = мутизъм, глобална афазия; няма използваеми артикулационна реч или слухово разбиране.	
10. Дизартрия: Ако се смята, че болният е нормален, характерът на речта му трябва да се оцени чрез покана да прочете и повтори думите от приложения лист. Ако пациентът има тежка афазия, то яснотата на артикулацията му може да бъде точкувана при спонтанна реч. Оценка от “9” точки се дава само ако болният е интубиран или има друга физическа бариера за произвеждане на реч. Не казвайте на пациента/ката с каква цел го изследвате.	0 = нормална артикулация 1 = лека до умерена дизартрия; болният не изговаря добре поне някои думи или, в най-лошия случай, може да бъде разбран със затруднение. 2 = тежка дизартрия; речта на пациента е променена до неразбираемост, при липса или извън някаква степен на афазия; или болният е с мутизъм/ анартрия.	
11. Екстинция и невнимание (едностранно игнориране, неглект): От предишните изследвания може да се получи достатъчно информация за наличие на синдром на игнориране. Ако болният има тежко зрително нарушение, което възпрепятства двустранната зрителна симултанна стимулация, а сетивните стимули от кожата се възприемат нормално, резултатът от теста е нормален. Ако болният има афазия, но обръща еднакво внимание на стимули от двете страни, резултатът от теста е нормален. Наличието на зрително-пространствено игнориране или анозогнозия също е доказателство на абнормност. Тъй като абнормното нарушение се оценява само ако го има, тази точка от скалата винаги може да се изследва.	0 = без абнормности 1 = зрително, тактилно, слухово, пространствено или персонално (соматично) невнимание; или екстинция при билатерални симултанни стимули за една от сензорните модалности. 2 = изразено хеми-невнимание или хеми-игнориране за повече от една сензорна модалност. Не разпознава собствената си ръка или се ориентира само по отношение на едната страна на пространството.	

Модифицирана скала на Ранкин

Точки	Описание
0	Няма симптоми
1	Без значими увреждания: персистират симптоми, но може да извършва всички предишни дейности
2	Леки увреждания: невъзможност да извършва всички предишни дейности, но е в състояние да се грижи за себе си без асистент
3	Умерено увреждане: изисква помощ за ежедневни функции, но може да се движи без асистент
4	Умерено тежка инвалидност: не може да ходи без асистент и не може да се грижи за собствените си телесни нужди без асистент
5	Тежка инвалидност: прикован на легло, с инконтиненция и изискващ постоянна сестринска грижа и внимание
6	Смърт

След 48-ия час оценката по NIHHS и mRS се документира при изписването.

ПРОТОКОЛ ЗА ИНТРААРТЕРИАЛНА ТРОМБОЛИЗА/МЕХАНИЧНА ТРОМБЕКТОМИЯ/ТРОМБАСПИРАЦИЯ

Име:……

ЕГН □□□□□□□□□□
ИЗ №: □□□□□

Телесно тегло: ……
Час на ИМИ ……..
NIHSS:……
mRS:
Артериално налягане:……

ПОВЕДЕНИЕ
1. Интраартериално приложение на tPA **2. Механична тромбектомия/тромбаспирация** **3. Поставяне на мониторен контрол и определяне на кръвна група**
4. Артериалното налягане да се поддържа в стойности не по-високи от 150/90 **5. Не се извършва лумбална пункция по време и 48 часа след лечението с tPA. Поставянето на назогастрална сонда, уринарен катетър или ендотрахеална интубация, при необходимост, трябва да се извършат преди началото на инфузията или да бъдат отложени след 24 часа.**

Време на стартиране:……
Приложен медикамент общо:……мг
Край на процедурата: ……

Време	Неврологична оценка (вкл. NIHSS)	Витални белези			
		RR	Пулс	t◦C	Дишане
Начало					
15 мин					
30 мин					
45 мин					
60 мин					
1 ч 15 м					
1 ч 30 м					
1 ч 45 м					
2 час					
2 ч 30 м					
3 час					
3 ч 30 м					
4 час					
4 ч 30 м					
5 час					
5 ч 30 м					
6 час					
7 час					
8 час					
9 час					
10 час					
11 час					
12 час					
13 час					
14 час					
15 час					
16 час					
17 час					

Време	Неврологична оценка (вкл. NIHSS)	Витални белези			
		RR	Пулс	t◦C	Дишане
18 час					
19 час					
20 час					
21 час					
22 час					
23 час					
24 час					
	Приложена есктра-интракраниална цветно-кодирана дуплекссонография На 0, на 60 мин., на 24 час □ ДА □ НЕ				
	Приложен КТ НА ГЛАВЕН МОЗЪК Контролен на 24 час □ ДА □ НЕ				
1 д 4 ч					
1 д 8 ч					
1 д 12 ч					
1 д 16 ч					
1 д 20 ч					
48 час					

КРЪВНОТО НАЛЯГАНЕ НАДВИШИЛО ЛИ Е 150/90 ПРЕЗ МОНИТОРИРАНИЯ ПЕРИОД □ ДА □ НЕ

ПОДЪРЖАНЕ НА АДЕКВАТНО КРЪВНО НАЛЯГАНЕ:

- Увеличаване честотата на измерване на RR при систолично ≥ 180 mm Hg или диастолично налягане ≥ 105 mm Hg
- При диастолично налягане над 105 mm Hg или систолично налягане над 180 mm Hg се прилага венозно Glyceryl trinitrate.

УСЛОЖНЕНИЯ	**ПОВЕДЕНИЕ ПРИ УСЛОЖНЕНИЕ**
При развитие на тежко главоболие, остра хипертонична реакция, гадене, повръщане, влошаване на съзнанието и неврологичния статус.	Прекратете инфузията Направете спешен КТ Изследвайте ПТВ, аРТТ, тромбоцити и фибриноген.
При КТ данни за кръвоизлив	Прекратете инфузията, ако не е спряна. Симптоматично лечение и субституираща терапия: - 6-8 единици криопреципитат, съдържащ фибриноген и фактор VIII; - 6-8 единици тромбоцити, и/или прясно замразена плазма. Неврохирургична и хематологична консултация (по преценка).
Нежелани и странични ефекти Най-честият от тях е кървене с последващо намаляване на хематокрита и хемоглобина. Кръвоизливите при терапия с *тромболитик*се разделят основно на два вида 1. Повърхностни (убождане с игла и др.) 2. Вътрешни (стомах и др.) 3. Повторна тромбоемболия Кръвозагуба в гастроинтестиналната, урогениталната или ретроперитонеалната област. Много по-често се наблюдават екхимози, кървене от носа или от зъбите	Симптоматично лечение и субституираща терапия.

Подпис на лекуващия лекар:

Фишът за лечение с тъканен плазминогенен активатор става неразделна част от ИЗ на пациента.

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП № .....

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:……

ЕГН □□□□□□□□□□
ИЗ №: □□□□□

ЛЕЧЕНИЕ С тъканен плазминогенен активатор фабричен № на флакона .....
Индикации

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

3. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

4. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и и едно или повече от следните условия:

установяване на топичната диагноза – чрез КТ/МРТ;
проведена тромбектомия/тромбаспирация;
стациониране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;
липса на остър възпалителен процес;

Непосредствено след медицинската процедура по тромбекстракцията/ тромбаспирацията или друга ендоваскуларна процедура се извършва контролна КТ или МРТ.

След изписване от болницата болните с ИМИ се насочват да продължат лечение (посочено в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

Катетеризационният протокол от извършеното ендоваскуларно лечение изследване се подписва от специалиста, осъществил интервенционалната процедура; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

Довършване на лечебния процес и проследяване.

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

III. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)=*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

1. ЗА ВЛОЖЕНИТЕ/ПОЛЗВАНИТЕ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ ПРИ ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ТРОМБЕКТОМИЯ/ТРОМБАСПИРАЦИЯ СЕ ПОПЪЛВА

„ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА / АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА / КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА"

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..-..-....

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул..... №.....

ж.к. .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... **№.** ..-..

Амбулаторна процедура ..... **№.** ..-..

Клинична процедура ..... **№.** ..-..

Диагноза: .....МКБ10 ...-.. ...-..

дата на приемане: .. .. ИЗ: .... ден месец година номер година

дата на операцията: .. .. ден месец година

Пациент: ..... (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: .. .. ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

Формуляр за информирано съгласие за тромбектомия при остър исхемичен инсулт

Име на пациента.....

Име на близък/отговорно лице.....

Дата.....

Вие/Вашият роднина има/те исхемичен инсулт, което означава запушване на кръвоносен съд в мозъка. До част от мозъка в момента не достигат кислород и хранителни вещества, затова тази част е започнала да умира. Увреждането е перманентно и без лечение засегнатата зона ще се разраства. Колкото по-голяма е тя, толкова по-голяма е вероятността за тежка доживотна инвалидизация.

Лечението, което можем да приложим се нарича тромбектомия. То трябва да се направи възможно най-скоро след началото на инцидента, защото тогава ползата спрямо риска е най-голяма. Тромболизата е инвазивна процедура, което цели да разгради запушването и да възстанови кръвния поток. Това ще предотврати по-нататъшна мозъчна смърт. Колкото по-бързо действаме, толкова е по-добре за пациента.

Ако направим тромбектомия, пациентът може напълно да се възстанови и да няма остатъчни симптоми в най-добрия случай. Може да има остатъчен дефицит и да има нужда от физиотерапия и логопед, за да се възстанови. Тромбектомията не успява да излекува успешно всички видове запушвания, но ако не я направим, е почти сигурно, че пациентът ще остане тежък инвалид, няма да може да се обслужва и ще са необходими постоянни грижи.

Тъй като при това лечение съществува риск от прокървяване в мозъка. Фатален кръвоизлив може да има при около **2.5%** ??? от случаите. При евентуално развитие на нежелани реакции сме оборудвани да се справим с тях.

Желаете ли да се приложи лечение с тромбектомия?

Съгласен съм за лечение с тромболиза (име и подпис).....

.....

Не съм съгласен за лечение с тромболиза (име и подпис).....

.....

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболеваемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание) в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

Информираното съгласие да се отнася за инвазивно лечение!

КП № 52.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРЕНХИМЕН МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 7 дни
При насочване за оперативно лечение – 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вътремозъчен кръвоизлив
Не включва: последици от вътремозъчен кръвоизлив (I69.1)

I61.0 Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, субкортикален
Дълбок вътремозъчен кръвоизлив

I61.1 Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, кортикален
Кръвоизлив в мозъчен дял
Повърхностен вътремозъчен кръвоизлив

I61.2 Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, неуточнен

I61.3 Вътремозъчен кръвоизлив в мозъчния ствол

I61.4 Вътремозъчен кръвоизлив в малкия мозък

I61.5 Вътремозъчен кръвоизлив в мозъчно стомахче

I61.6 Вътремозъчен кръвоизлив с множествена локализация

I61.8 Друг вътремозъчен кръвоизлив

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
гръден кош (57001, 57007 [1957])
и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор
Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1926 Микробиологични изследвания

при необходимост:

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

при необходимост:

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
интубация
асистирано дишане механична вентилация с:
ендотрахеална тръба (ETT)
назална
орална
трахеостомия отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
трахеостомия:
перкутанна (41880-00 [536])
постоянна (41881-01 [536]) • временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568]) дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум Трансфузия на:
албумин
плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за:

анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
перфузия (виж блок [1886])
ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок
[1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт
Port-A-Cath
резервоар (подкожен)
устройство за съдов достъп
венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: инфузионен порт Port-A-Cath резервоар (подкожен) устройство за съдов достъп венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок[766]) зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва:	*хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])*
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: инфузионен порт Port-A-Cath резервоар (подкожен) устройство за съдов достъп венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент *Кодирай също когато е направена:* • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Процедура 56001-00 Компютърна томография на мозък или 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя (или 90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък), е задължителна диагностична процедура, която се провежда в първите 24 часа (по изключение до 72 час) от хоспитализацията.

Кодовете от блокове 1923 и 1924, се изследват **в първите 6 часа от хоспитализацията.**

Когато се използват кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите на изписване с изпълнени условия по АПр № 99, когато пациента се насочва за спешно хирургично лечение на кръвоизлива в друго лечебно заведение, престоят може да бъде до 12 часа.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. <u>УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Съгласно медицински стандарт „Нервни болести”, **отделение/клиника от I ниво** на компетентност може да осъществява диагностично-лечебни дейности по отношение на пациенти с мозъчен инсулт в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника по нервни болести от II ниво, с изключение на изискванията за персонал при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Неврологична клиника/отделение
2. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
4. Образна диагностика – КТ или МРТ в режим на непрекъснатост.

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Лаборатория/отделение по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести"; (за структури I ниво – минимум двама лекари с придобита специалност по нервни болести);

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

<u>А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ</u>:

- Консервативно лечение на мозъчен кръвоизлив – остър стадий.
- Диагностика на пациенти с клинични и/или данни от образни изследвания за мозъчен кръвоизлив – остър стадий и оценка на терапевтичните алтернативи.

Болните със спонтанен интракраниален кръвоизлив се хоспитализират за своевременно установяване вида на острото разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК), за определяне на топичната и етиологичната диагноза чрез извършване на редица специализирани изследвания. Това е необходима предпоставка за провеждане на адекватно специфично лечение, корекция на нарушените витални функции, профилактика на усложненията и лечение на придружаващите ОРМК соматични заболявания.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи за доуточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- ЕКГ;
- очни дъна – по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- лумбална пункция - по показания;
- ангиография на мозъчни артерии (магнитно-резонансна, КТ- или конвенционална) – по показания;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- вида на острото разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);
- локализацията – топична диагноза;
- етиологията – етиологична диагноза;
- тежестта на мозъчния инсулт;
- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- оценката на рисковите фактори.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

<u>Критерии за паренхимен мозъчен кръвоизлив (ПМК) - лека степен</u>:

1. **Оценка по скалата на Глазгоу - Лиеж - 20 – 17 точки;**
2. **Липса на тежки соматични заболявания;**
3. **Лек неврологичен дефицит – парези на крайниците.**

<u>Критерии за паренхимен мозъчен кръвоизлив (ПМК) - умерена и тежка степен</u>:

1. **Оценка по скалата на Глазгоу - Лиеж ≤ 16точки;**
2. **Наличие на тежки соматични заболявания;**

3. Тежък неврологичен дефицит.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО							
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ	4								
Спонтанно	3								
На повикване	2								
На болка	1								
Няма отговор									
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР	5								
Ориентиран	4								
Объркан	3								
Неадекватен	2								
Неразбираем	1								
Няма отговор									
МОТОРЕН ОТГОВОР	6								
Подчинява се	5								
Локализира	4								
Отдръпва (оттегля)	3								
Абнормна флексия	2								
Абнормна екстензия	1								
Няма отговор									
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ	5								
Фронто - орбикуларен	4								
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	3								
Зенична реакция на светлина	2								
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	1								
Окулокардиален	0								
Няма отговор									
ОБЩ СБОР:									

Оценката на тежестта на състоянието по скалата на GLASGOW – LIEGE, наличието на тежки соматични заболявания и неврологичен дефицит, задължително се отразява в “История на заболяването” на пациента и се регистрира при приемане, по време на болничния престой и при изписване.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта:

- ангиография (магнитно-резонансна, КТ- или конвенционална) – по преценка;
- ехокардиография – по преценка.

Относителни контраиндикации – при болен с дълготрайни тежки соматични заболявания в терминално състояние и развил се мозъчен инсулт.

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРЕНХИМНИЯ МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ (ПМК)

Включва комбинирани, консервативни и оперативни терапевтични подходи, насочени за лечение преди всичко на основното заболяване, довело до развитие на мозъчен кръвоизлив, лечение на мозъчния оток и интракраниалната хипертензия.

Специфично медикаментозно лечение:

- за артериалната хипертония се прилага антихипертензивна терапия; не трябва да се снижава систолното артериално налягане с повече от 30% в първите 24 часа след мозъчно съдовия инцидент;
- противооточно лечение (при умерени и тежки ПМК) – манитол 1-2 g/kg/24 часа, разделен на 4-6 бързи интравенозни болусни инфузии и/или фуроземид 20-40 mg венозно;
- кръвоспиращи медикаменти, като витамин К и др., се прилагат само при наличие на кръвни заболявания, коагулопатии и тежки чернодробни заболявания.

Индикациите за оперативно отстраняване на хематома са в зависимост от неговите локализация и големина и от общото състояние на болния. При лобарните хематоми и особено при тези в недоминантната голямомозъчна хемисфера и малкомозъчните хематоми може да се обсъжда оперативната им евакуация, особено при случаите когато започнатото консервативно лечение не дава благоприятни резултати и състоянието на болния продължава да се влошава.

При обсъждане на възможността за оперативно лечение е необходимо да се подхожда строго индивидуално поради следните причини:

- ако общото състояние на болния е нестабилно и са налице тежки соматични заболявания, хирургичното лечение не е най-подходящия терапевтичен метод;
- ако болният е с траен тежък неврологичен дефицит – евакуацията на хематома с нищо не би допринесла за подобрението на състоянието на болния;
- при възрастни болни с деменция - оперативното лечение няма да подобри цялостния неврологичен дефицит;
- при болни с мозъчна амилоидна (конгофилна) ангиопатия - оперативното лечение на интрацеребралния хематом може да доведе до вторично продължително кървене;
- при ПМК и вторично развитие на хидроцефалия може да се обсъжда извършването и на вентрикулен дренаж.

Неспецифично лечение на ОРМК:

- профилактика и лечение на дълбоки венозни тромбози – нискомолекулни хепарини;
- корекция на артериалното налягане;
- корекция на сърдечните аритмии и сърдечната недостатъчност;
- противооточно лечение – манитол – 1-2 г/кг/24 ч., на 4-6 часа в бързи болусни инфузии и/или фуроземид 20 - 40 мг венозно;
- аналгетици (metamizole sodium);
- седация – бензодиазепини производни (диазепам);
- хидратация с левулозни и водно-солеви разтвори;
- кислородолечение при SaO2 <90%;
- инсулин при кръвна захар >12mmol/l;
- антипиретици (при фебрилитет);
- антибиотик при инфекция.

Антиепилептично лечение (при необходимост) – според вида на евентуални гърчове и данните от ЕЕГ.

Антиеметично (при необходимост) – метоклопрамид (1 до 3 ампули венозно).

При остра хидроцефалия – консултация с неврохирург за евентуално поставяне на вентрикуло-перитонеален или вентрикуло-атриален шънт.

Поддържане на нормален флуиден статус.

Реанимационни мерки при усложнения:

- ендотрахеална интубация;
- поставяне на централен венозен катетър и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- определяне на кръвна група и кръвопреливане.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

Преценката за степента на тежест при паренхимните мозъчни кръвоизливи се прави на база скалата на Глазгоу-Лиеж, наличието или липсата на придружаващи тежки соматични заболявания и според тежестта на неврологичния дефицит.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (стациониране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика) и едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната диагноза - чрез КТ или МРТ;
- липса на остър възпалителен процес;
- оценена необходимост и възможност за последващо неврохирургично лечение.

Пациентите се насочват да продължат лечение (посочено в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни

исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболеваемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата, за да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 52 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРЕНХИМЕН МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ

КП № 52.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРЕНХИМЕН МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 7 дни

2.При насочване за оперативно лечение – 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вътремозъчен кръвоизлив
Не включва: последици от вътремозъчен кръвоизлив (I69.1)

I61.0 **Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, субкортикален**
Дълбок вътремозъчен кръвоизлив

I61.1 **Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, кортикален**
Кръвоизлив в мозъчен дял
Повърхностен вътремозъчен кръвоизлив

I61.2 **Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, неуточнен**

I61.3 **Вътремозъчен кръвоизлив в мозъчния ствол**

I61.4 **Вътремозъчен кръвоизлив в малкия мозък**

I61.5 **Вътремозъчен кръвоизлив в мозъчно стомахче**

I61.6 **Вътремозъчен кръвоизлив с множествена локализация**

I61.8 **Друг вътремозъчен кръвоизлив**

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор
Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1926 Микробиологични изследвания

при необходимост:

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

при необходимост:

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия

Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568]) дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])

• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])*

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Процедура 56001-00 Компютърна томография на мозък или 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя (или 90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък), е задължителна диагностична процедура, която се провежда в първите 24 часа (по изключение до 72 час) от хоспитализацията.

Кодовете от блокове 1923 и 1924, се изследват в **първите 6 часа от хоспитализацията.**

Когато се използват кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите на изписване с изпълнени условия по АПр № 99, когато пациента се насочва за спешно хирургично лечение на кръвоизлива в друго лечебно заведение, престоят може да бъде до 12 часа.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Съгласно медицински стандарт „Нервни болести”, **отделение/клиника от I ниво** на компетентност може да осъществява диагностично-лечебни дейности по отношение на пациенти с мозъчен инсулт в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника по нервни болести от II ниво, с изключение на изискванията за персонал при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология или Клиника/отделение по детска неврология или Клиника/отделение по неонатология от II и III ниво – само за новородени до 28 ден
2. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
4. Образна диагностика – КТ или МРТ в режим на непрекъснатост.

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Лаборатория/отделение по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б.НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст от 28-ия ден до 18 годишна възраст:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”; (за структури I ниво – минимум двама лекари с придобита специалност по нервни болести);

или

- лекар със специалност по детска неврология или лекар със специалност по педиатрия и опит в детската неврология;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- лекар със специалност по неонатология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Трансфонтанелна ехография – лекар със специалност по неонатология или детска неврология (съгласно медицински стандарт по "Неонатология").

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

<u>А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ</u>:

- Консервативно лечение на мозъчен кръвоизлив – остър стадий.
- Диагностика на пациенти с клинични и/или данни от образни изследвания за мозъчен кръвоизлив – остър стадий и оценка на терапевтичните алтернативи.

Болните със спонтанен интракраниален кръвоизлив се хоспитализират за своевременно установяване вида на острото разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК), за определяне на топичната и етиологичната диагноза чрез извършване на редица специализирани изследвания. Това е необходима предпоставка за провеждане на адекватно специфично лечение, корекция на нарушените витални функции, профилактика на усложненията и лечение на придружаващите ОРМК соматични заболявания.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи за доуточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- ЕКГ;
- очни дъна – по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- лумбална пункция - по показания;
- ангиография на мозъчни артерии (магнитно-резонансна, КТ- или конвенционална) – по показания;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- вида на острото разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);
- локализацията – топична диагноза;
- етиологията – етиологична диагноза;
- тежестта на мозъчния инсулт;
- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- оценката на рисковите фактори.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

<u>Критерии за паренхимен мозъчен кръвоизлив (ПМК) - лека степен</u>:

1. **Оценка по скалата на Глазгоу - Лиеж - 20 – 17 точки;**
2. **Липса на тежки соматични заболявания;**
3. **Лек неврологичен дефицит – парези на крайниците.**

<u>Критерии за паренхимен мозъчен кръвоизлив (ПМК) - умерена и тежка степен</u>:

1. **Оценка по скалата на Глазгоу - Лиеж ≤ 16точки;**
2. **Наличие на тежки соматични заболявания;**
3. **Тежък неврологичен дефицит.**

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО									
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ											
Спонтанно	4										
На повикване	3										
На болка	2										
Няма отговор	1										
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР											
Ориентиран	5										
Объркан	4										
Неадекватен	3										
Неразбираем	2										
Няма отговор	1										
МОТОРЕН ОТГОВОР											
Подчинява се	6										
Локализира	5										
Отдръпва (оттегля)	4										
Абнормна флексия	3										
Абнормна екстензия	2										
Няма отговор	1										
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ											
Фронто - орбикуларен	5										
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	4 3										
Зенична реакция на светлина	2										
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	1 0										
Окулокардиален											
Няма отговор											
ОБЩ СБОР:											

Оценката на тежестта на състоянието по скалата на GLASGOW – LIEGE, наличието на тежки соматични заболявания и неврологичен дефицит, задължително се отразява в “История на заболяването” на пациента и се регистрира при приемане, по време на болничния престой и при изписване.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта:

- ангиография (магнитно-резонансна, КТ- или конвенционална) – по преценка;
- ехокардиография – по преценка.

Относителни контраиндикации – при болен с дълготрайни тежки соматични заболявания в терминално състояние и развил се мозъчен инсулт.

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРЕНХИМНИЯ МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ (ПМК)

Включва комбинирани, консервативни и оперативни терапевтични подходи, насочени за лечение преди всичко на основното заболяване, довело до развитие на мозъчен кръвоизлив, лечение на мозъчния оток и интракраниалната хипертензия.

Специфично медикаментозно лечение:

- за артериалната хипертония се прилага антихипертензивна терапия; не трябва да се снижава систолното артериално налягане с повече от 30% в първите 24 часа след мозъчно съдовия инцидент;
- противооточно лечение (при умерени и тежки ПМК) – манитол 1-2 g/kg/24 часа, разделен на 4-6 бързи интравенозни болусни инфузии и/или фуроземид 20-40 mg венозно;
- кръвоспиращи медикаменти, като витамин К и др., се прилагат само при наличие на кръвни заболявания, коагулопатии и тежки чернодробни заболявания.

Индикациите за оперативно отстраняване на хематома са в зависимост от неговите локализация и големина и от общото състояние на болния. При лобарните хематоми и особено при тези в недоминантната голямомозъчна хемисфера и малкомозъчните хематоми може да се обсъжда оперативната им евакуация, особено при случаите когато започнатото консервативно лечение не дава благоприятни резултати и състоянието на болния продължава да се влошава.

При обсъждане на възможността за оперативно лечение е необходимо да се подхожда строго индивидуално поради следните причини:

- ако общото състояние на болния е нестабилно и са налице тежки соматични заболявания, хирургичното лечение не е най-подходящия терапевтичен метод;
- ако болният е с траен тежък неврологичен дефицит – евакуацията на хематома с нищо не би допринесла за подобрението на състоянието на болния;
- при възрастни болни с деменция - оперативното лечение няма да подобри цялостния неврологичен дефицит;
- при болни с мозъчна амилоидна (конгофилна) ангиопатия - оперативното лечение на интрацеребралния хематом може да доведе до вторично продължително кървене;
- при ПМК и вторично развитие на хидроцефалия може да се обсъжда извършването и на вентрикулен дренаж.

Неспецифично лечение на ОРМК:

- профилактика и лечение на дълбоки венозни тромбози – нискомолекулни хепарини;
- корекция на артериалното налягане;
- корекция на сърдечните аритмии и сърдечната недостатъчност;
- противооточно лечение – манитол – 1-2 г/кг/24 ч., на 4-6 часа в бързи болусни инфузии и/или фуроземид 20 - 40 мг венозно;
- аналгетици (metamizole sodium);
- седация – бензодиазепини производни (диазепам);
- хидратация с левулозни и водно-солеви разтвори;
- кислородолечение при SaO2 <90%;
- инсулин при кръвна захар >12mmol/l;
- антипиретици (при фебрилитет);
- антибиотик при инфекция.

Антиепилептично лечение (при необходимост) – според вида на евентуални гърчове и данните от ЕЕГ.

Антиеметично (при необходимост) – метоклопрамид (1 до 3 ампули венозно).

При остра хидроцефалия – консултация с неврохирург за евентуално поставяне на вентрикуло-перитонеален или вентрикуло-атриален шънт.

Поддържане на нормален флуиден статус.

Реанимационни мерки при усложнения:

- ендотрахеална интубация;
- поставяне на централен венозен катетър и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- определяне на кръвна група и кръвопреливане.

Диагностиката и лечението на новородени деца с исхемични и хеморагични поражения на ЦНС се провежда в неонатологична клиника/отделение II и III ниво (съобразно Медицински стандарт "Неонатология").

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

Преценката за степента на тежест при паренхимните мозъчни кръвоизливи се прави на база скалата на Глазгоу-Лиеж, наличието или липсата на придружаващи тежки соматични заболявания и според тежестта на неврологичния дефицит.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (стациониране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика) и едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната диагноза - чрез КТ или МРТ;
- липса на остър възпалителен процес;
- оценена необходимост и възможност за последващо неврохирургично лечение.

Пациентите се насочват да продължат лечение (посочено в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболеваемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата, за да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 53.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СУБАРАХНОИДЕН КРЪВОИЗЛИВ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 7 дни
При насочване за оперативно лечение – 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Субарахноидален кръвоизлив
Включва: руптура на мозъчна аневризма
Не включва:последици от субарахноидален кръвоизлив (I69.0)

I60.0 Субарахноидален кръвоизлив от сифона и бифуркацията на каротидната артерия

I60.1 Субарахноидален кръвоизлив от средната мозъчна артерия

I60.2 Субарахноидален кръвоизлив от предната свързваща артерия

I60.3 Субарахноидален кръвоизлив от задната свързваща артерия

I60.4 Субарахноидален кръвоизлив от базиларната артерия

I60.5 Субарахноидален кръвоизлив от вертебралната артерия

I60.6 Субарахноидален кръвоизлив от други интракраниални артерии
Множествено засягане на интракраниални артерии

I60.7 Субарахноидален кръвоизлив от интракраниална артерия, неуточнен
Руптура на (вродена) гроздовидна аневризма БДУ Субарахноидален кръвоизлив от: мозъчна
свързваща артерия БДУ

I60.8 Друг субарахноидален кръвоизлив
Менингеален кръвоизлив
Руптура на мозъчен артериовенозен дефект

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
при спирална ангиография (57350 [1966]); при сканиране на: гръден кош (57001, 57007 [1957]); корем (57001-01, 57007-01 [1957]); лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956]); средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955]); орбита (56013-02, 56013-03 [1954]) ; питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Магнитно резонансна ангиография

Включва: контрастно вещество

90902-00 Магнитно резонансна ангиография на глава и шия

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор
Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1926 Микробиологични изследвания

при необходимост:

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура
при необходимост:

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

интубация

асистирано дишане механична вентилация с:

ендотрахеална тръба (ETT)

назална

орална

трахеостомия отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

трахеостомия:

перкутанна (41880-00 [536])

постоянна (41881-01 [536]) • временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568]) дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])

вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за:

анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])

имунизация (виж блокове [1881] до [1884])

локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)

поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])

поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])

перфузия (виж блок [1886])

ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез:

инфузионен порт

Port-A-Cath

резервоар (подкожен)

устройство за съдов достъп

венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])*

96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: инфузионен порт Port-A-Cath резервоар (подкожен) устройство за съдов достъп венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент *Кодирай също когато е направена:* • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (КТ и/или ликворно изследване; КТ-съдова програма/МРТ-съдова програма или конвенционална мозъчна ангиография), и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Процедура 56001-00 Компютърна томография на мозък или 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя и/или 92182-07 Общо изследване на ликвор, или 90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък е задължителна диагностична процедура и се провежда в първите 24 часа от хоспитализацията.

Процедура с код 59970-02 Мозъчна ангиография, или 90902-00 Магнитно резонансна ангиография на глава и шия 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя се прави задължително при САК от 1- 3 степен.

Процедура с код 59970-02 Мозъчна ангиография, не се прави само при САК 4-5 степен по скалата на Hunt & Hess, когато има документирана консултация от неврохирург, че болният няма да бъде опериран.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите на изписване с изпълнени условия по АПр № 99, когато пациента се насочва за спешно хирургично лечение на кръвоизлива в друга структура или друго лечебно заведение, престоят може да бъде до 12 часа.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болестни“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Неврологична клиника/отделение
2. Профилирана неврологична клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
4. Кабинет (апарат) за доплерова сонография
5. Образна диагностика – КТ или МРТ в режим на непрекъснатост.

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

-лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама лекари с придобита специалност;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

- лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Ангиография (КТ- или МРТ-) – допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

4.2. За доплерова сонография (невросонология) – лекар със специалност по нервни болести и допълнителна квалификация за извършване на доплерова сонография, удостоверена чрез сертификат.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u> <u>А.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ</u>:

- Клинични данни за САК в първите часове или дни.
- Диагностика на пациенти с клинични и/или данни от образни изследвания за субарахноидален кръвоизлив в първите часове или дни и оценка на терапевтичните алтернативи

Болните със САК се хоспитализират за своевременно установяване вида на острото разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК), за определяне на топичната и етиологичната диагноза чрез извършване на редица специализирани изследвания, включително ангиографско изследване на мозъчните съдове. Това е необходима предпоставка за провеждане на адекватно специфично лечение, своевременно оперативно лечение, корекция на нарушените витални функции, профилактика на усложненията и лечение на придружаващите ОРМК соматични заболявания.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи за доуточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- ЕКГ;
- очни дъна – по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;
- след негативен КТ- задължителна е лумбалната пункция;
- доплерова сонография (ДС);
- ангиография на мозъчни артерии и КТ- /МРТ- съдови програми – при I-III степен по Хънт и Хес – задължителна консултация с неврохирург;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- вида на острото разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);
- локализацията – топична диагноза;
- етиологията – етиологична диагноза;
- тежестта на мозъчния инсулт;
- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- оценката на рисковите фактори.

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

- субарахноиден кръвоизлив (САК):
  - лек (1-2 степен по скалата на Хънт и Хес);
  - умерено тежък (3 степен по скалата на Хънт и Хес);
  - тежък (4-5 степен по скалата на Хънт и Хес).

Оценката на тежестта на състоянието на пациента задължително се отразява в документ “История на заболяването”.

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА СУБАРАХНОИДЕН КРЪВОИЗЛИВ (САК)

Включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи, които са насочени към преодоляване на основните причини за лошата прогноза:

- рецидив на САК;
- развитие на вазоспазъм; • хидроцефалия.

При коматозно болните се провежда интензивно лечение.

Консервативното лечение (специфично) включва съответен режим и медикаменти за предпазване от рецидив и развитие на вазоспазъм.

Поведението, което се използва за профилактиката на рецидив на САК е следното:

- пълен физичен и психичен покой чрез строг постелен режим в продължение на две седмици и аналгоседация;
- редовна дефекация, осигурявана с подходящ хранителен режим, слабителни средства и очистителни клизми;
- системен контрол на артериалното налягане;
- при неоперирани болни с дългогодишна хипертония систолното налягане да не надвишава 150 mm Hg;
- при наличие на епилептични гърчове и след операция се използват съответно подходящи антиконвулсанти;
- при извършване на болезнени манипулации (лумбална пункция, поставяне на централен венозен катетър и др.) - допълнително обезболяване, за да се избегнат транзиторни покачвания на артериалното налягане;
- подходящо е да се включат и някои медикаменти с укрепващо действие върху съдовия пермеабилитет, като витамин С.

Профилактика и лечение на исхемично - хипоксичните изменения, които се развиват в хода на САК:

- хиперволемична хемодилуция с хемодекс, водно-солеви разтвори и др., за да се подържа хематокрит между 0,33 и 0,38;
- поддържане в норма на кръвната захар, електролитите и кислородната сатурация над 95%;
- да се следи централното венозно налягане (ЦВН) да не надвишава 120 mm H2O поради опасност от белодробен оток, сърдечна декомпенсация и мозъчен оток;
- прилагане на калциеви антагонисти - Nimodipine флакони от 50 ml (10 mg), в непрекъсната венозна инфузия чрез перфузор 1-2 mg/h, или перорален прием на таблетки от 30 mg (обща дневна доза 240–300 mg) – само при АН>120 mm/80 mm Hg;

Ранното извършване на ангиография и оперативно лечение (клипсиране на аневризмата възможно най-рано) при болни в първа, втора и трета степен от скалата на Hunt & Hess елиминира източника на кървене, а в комбинация с калциеви антагонисти (нимодипин), адекватна хемодилуция и артериална хипертензия се намалява и рискът от късен исхемичен дефицит. Това е единственият правилен подход в острия стадий на САК.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- установена топичната диагноза - чрез КТ или МРТ;
- стациониране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика; • липса на остър възпалителен процес.

Болни, при които е извършена ангиография и е установена мозъчна аневризма или друга мозъчно-съдова малформация, след консултация с неврохирург се превеждат в неврохирургична клиника за оперативно лечение. Болните, при които не е установена аневризма или друга мозъчно-съдова малформация при ангиография, или болни, които са отказали ангиографско изследване, при стабилизиране на състоянието им се изписват.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболеваемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и коментирате информацията с общопрактикуващия лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание) в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 53 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СУБАРАХНОИДЕН КРЪВОИЗЛИВ

КП № 53.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СУБАРАХНОИДЕН КРЪВОИЗЛИВ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 7 дни

При насочване за оперативно лечение – 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Субарахноидален кръвоизлив
Включва: руптура на мозъчна аневризма
Не включва:последици от субарахноидален кръвоизлив (I69.0)

I60.0 Субарахноидален кръвоизлив от сифона и бифуркацията на каротидната артерия

I60.1 Субарахноидален кръвоизлив от средната мозъчна артерия

I60.2 Субарахноидален кръвоизлив от предната свързваща артерия

I60.3 Субарахноидален кръвоизлив от задната свързваща артерия

I60.4 Субарахноидален кръвоизлив от базиларната артерия

I60.5 Субарахноидален кръвоизлив от вертебралната артерия

I60.6 Субарахноидален кръвоизлив от други интракраниални артерии
Множествено засягане на интракраниални артерии

I60.7 Субарахноидален кръвоизлив от интракраниална артерия, неуточнен
Руптура на (вродена) гроздовидна аневризма БДУ
Субарахноидален кръвоизлив от:
- мозъчна
- свързваща артерия БДУ

I60.8 Друг субарахноидален кръвоизлив
Менингеален кръвоизлив
Руптура на мозъчен артериовенозен дефект

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06,

56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Магнитно резонансна ангиография

Включва: контрастно вещество

90902-00 Магнитно резонансна ангиография на глава и шия

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор
Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1926 Микробиологични изследвания

при необходимост:

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

при необходимост:

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия

Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия)

пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп

• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])*

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (КТ и/или ликворно изследване; КТ-съдова програма/МРТ-съдова програма или конвенционална мозъчна ангиография), и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Процедура 56001-00 Компютърна томография на мозък или 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя и/или 92182-07 Общо изследване на ликвор, или 90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък е задължителна диагностична процедура и се провежда в първите 24 часа от хоспитализацията.

Процедура с код 59970-02 Мозъчна ангиография, или 90902-00 Магнитно резонансна ангиография на глава и шия, 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя се прави задължително при САК от 1- 3 степен.

Процедура с код 59970-02 Мозъчна ангиография, не се прави само при САК 4-5 степен по скалата на Hunt & Hess, когато има документирана консултация от неврохирург, че болният няма да бъде опериран.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите на изписване с изпълнени условия по АПр № 99, когато пациента се насочва за спешно хирургично лечение на кръвоизлива в друга структура или друго лечебно заведение, престоят може да бъде до 12 часа.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болестни“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Неврологична клиника/отделение или Клиника/отделение по детска неврология или Неонатологична клиника/отделение от II и III ниво – само за новородени до 28 ден
2. Профилирана неврологична клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
4. Кабинет (апарат) за доплерова сонография
5. Образна диагностика – КТ или МРТ в режим на непрекъснатост.

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст от 28-ия ден до 18 год възраст:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама лекари с придобита специалност;

или

- лекар със специалност по детска неврология или лекар със специалност по педиатрия и опит в детската неврология или двама лекари със специалност по нервни болести;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

- лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по "Неонатология"):

- лекар със специалност по неонатология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. Ангиография (КТ- или МРТ-) – допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

2. За доплерова сонография (невросонология) – лекар със специалност по нервни болести и допълнителна квалификация за извършване на доплерова сонография, удостоверена чрез сертификат.

3. За трансфонтанелна ехография – лекар със специалност по неонатология или детска неврология (съгласно медицински стандарт "Неонатология").

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

<u>А.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ</u>:

- Клинични данни за САК в първите часове или дни.

- Диагностика на пациенти с клинични и/или данни от образни изследвания за субарахноидален кръвоизлив в първите часове или дни и оценка на терапевтичните алтернативи.

Болните със САК се хоспитализират за своевременно установяване вида на острото разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК), за определяне на топичната и етиологичната диагноза чрез извършване на редица специализирани изследвания, включително ангиографско изследване на мозъчните съдове. Това е необходима предпоставка за провеждане на адекватно специфично лечение, своевременно оперативно лечение, корекция на нарушените витални функции, профилактика на усложненията и лечение на придружаващите ОРМК соматични заболявания.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи за доуточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- **ЕКГ;**
- **очни дъна – по клинични показания;**
- **рентгенография на бял дроб и сърце – по клинични показания;**
- **след негативен КТ- задължителна е лумбалната пункция;**
- **доплерова сонография (ДС);**
- **ангиография на мозъчни артерии и КТ- /МРТ- съдови програми – при I-III степен по Хънт и Хес – задължителна консултация с неврохирург;**
- **RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.**

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- **вида на острото разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);**
- **локализацията – топична диагноза;**
- **етиологията – етиологична диагноза;**
- **тежестта на мозъчния инсулт;**
- **придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);**
- **оценката на рисковите фактори.**

СТЕПЕНИ НА ТЕЖЕСТ:

- **субарахноиден кръвоизлив (САК):**
  - **лек (1-2 степен по скалата на Хънт и Хес);**
  - **умерено тежък (3 степен по скалата на Хънт и Хес);**
  - **тежък (4-5 степен по скалата на Хънт и Хес).**

Оценката на тежестта на състоянието на пациента задължително се отразява в документ "История на заболяването".

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА СУБАРАХНОИДЕН КРЪВОИЗЛИВ (САК)

Включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи, които са насочени към преодоляване на основните причини за лошата прогноза:

- **рецидив на САК;**
- **развитие на вазоспазъм; хидроцефалия.**

При коматозно болните се провежда интензивно лечение.

Консервативното лечение (специфично) включва съответен режим и медикаменти за предпазване от рецидив и развитие на вазоспазъм. Поведението, което се използва за профилактиката на рецидив на САК е следното:

- **пълен физичен и психичен покой чрез строг постелен режим в продължение на две седмици и аналгоседация;**
- **редовна дефекация, осигурявана с подходящ хранителен режим, слабителни средства и очистителни клизми;**
- **системен контрол на артериалното налягане;**
- **при неоперирани болни с дългогодишна хипертония систолното налягане да не надвишава 150 mm Hg;**
- **при наличие на епилептични гърчове и след операция се използват съответно подходящи антиконвулсанти;**
- **при извършване на болезнени манипулации (лумбална пункция, поставяне на централен венозен катетър и др.) - допълнително обезболяване, за да се избегнат транзиторни покачвания на артериалното налягане;**
- **подходящо е да се включат и някои медикаменти с укрепващо действие върху съдовия пермеабилитет, като витамин С.**

Профилактика и лечение на исхемично - хипоксичните изменения, които се развиват в хода на САК:

- **хиперволемична хемодилуция с хемодекс, водно-солеви разтвори и др., за да се подържа хематокрит между 0,33 и 0,38;**
- **поддържане в норма на кръвната захар, електролитите и кислородната сатурация над 95%;**
- **да се следи централното венозно налягане (ЦВН) да не надвишава 120 mm H2O поради опасност от белодробен оток, сърдечна декомпенсация и мозъчен оток;**
- **прилагане на калциеви антагонисти - Nimodipine флакони от 50 ml (10 mg), в непрекъсната венозна инфузия чрез перфузор 1-2 mg/h, или перорален прием на таблетки от 30 mg (обща дневна доза 240–300 mg) – само при АН>120 mm/80 mm Hg;**

Ранното извършване на ангиография и оперативно лечение (клипсиране на аневризмата възможно най-рано) при болни в първа, втора и трета степен от скалата на Hunt & Hess елиминира източника на кървене, а в комбинация с калциеви антагонисти (нимодипин), адекватна хемодилуция и артериална хипертензия се намалява и рискът от късен исхемичен дефицит. Това е единственият правилен подход в острия стадий на САК.

Диагностиката и лечението на новородени деца с исхемични и хеморагични поражения на ЦНС се провежда в неонатологична клиника/отделение II и III ниво (съобразно Медицински стандарт "Неонатология").

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- **установена топичната диагноза - чрез КТ или МРТ;**
- **стациониране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика;**
- **липса на остър възпалителен процес.**

Болни, при които е извършена ангиография и е установена мозъчна аневризма или друга мозъчно-съдова малформация, след консултация с неврохирург се превеждат в неврохирургична клиника за оперативно лечение. Болните, при които не е установена аневризма или друга мозъчно-съдова малформация при ангиография, или болни, които са отказали ангиографско изследване, при стабилизиране на състоянието им се изписват.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- ***"История на заболяването";***
- **част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;**
- **епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.**

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки; асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболеваемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и коментирате информацията с общопрактикуващия лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание) в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 54 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ)

КП № 54.1 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ) ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 15 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Възпалителна полиневропатия

G61.0 **Синдром на Guillain-Barré**
Остър (пост-)инфекциозен полиневрит

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56233-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели

56234-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели
Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1929 Вирусологични изследвания

91911-19 Други вирусологични изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин

Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

Аферeза

13750-00 Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури (от които задължително 39000-00 Лумбална пункция с изследване на ликвор и 11012-00 Електромиография (ЕМГ) и две основни терапевтични процедури (едната от които задължително е 13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин или 13750-00 Терапевтична плазмафереза или 96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923, 1924 и 1925 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология
2. Клинична лаборатория II ниво (с възможност за ликворологично изследване, КГА)*
3. Профилирана неврологична клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
4. Кабинет (апарат) за ЕМГ

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести";

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

2. За ЕМГ изследване – лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт "Нервни болести").

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и специфично лечение с приложение на имуноглобулин или плазмафереза на пациенти със:

- остра форма на синдром на Guillain-Barre;
- хронична форма на синдром на Guillain-Barre след неуспех на кортикостероидната терапия.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 12 часа от началото на хоспитализацията. Изследване на ликвор и ЕМГ се извършват до 3-тия ден от хоспитализацията. Вирусологичното изследване на кръв и на ликвор е задължително.

Диагностичният процес в болничното заведение включва поставянето на диагнозата полиневропатия, определяне на нейния вид (сетивна, моторна, сетивно-моторна, множествена мононевропатия), нейната тежест, клиничен ход (остър, подостър, хроничен) и етиология.

Необходимо е да се определят степените на двигателния дефицит, наличието на дихателна недостатъчност и/или булбарна симптоматика, необходимостта от изкуствена белодробна вентилация, както и евентуални придружаващи заболявания.

Клинично могат да се разграничат **три форми на ПНП** в зависимост от двигателния дефицит, наличието на булбарни и дихателни нарушения:

- ***лека форма*** – възможна самостоятелна походка;
- ***умерено тежка форма*** – походката е възможна само с придружител;
- ***тежка форма*** – невъзможна походка, наличие на дихателни нарушения и/или булбарни прояви.

В хода на протичането на ПНП някои пациенти могат да преминат от една в друга степен на клиничен (двигателен) дефицит и съответно на това се променят кода, вида на отделението – общо неврологично или интензивно, и времето на болничния престой.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване особеностите на болестта – КТ (МРТ) миелография.

Специфично лечение на острата форма (остра възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **на синдрома на Гилен–Баре с имуноглобулини**. Това лечение включва интравенозно въвеждане на имуноглобулин във високи дози – до 400 мг/кг дневно в продължение на 5 последователни дни. При развитие на остра дихателна недостатъчност се извършва ендотрахеална интубация с последваща трахеостомия и провеждане на продължителна апаратна вентилация.

Специфично лечение може да се провежда и **с плазмафереза**.

При по-лека неврологична симптоматика може да се провежда лечение с кортикостероиди.

Индикации за лечение при ***острата форма на синдрома на Гилен – Баре***: болни с невъзможна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. След стабилизиране на състоянието, в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение. При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин се прилага плазмафереза.

Неспецифично (интензивно) лечение

При неподвижни пациенти се взимат всички мерки за профилактика на ранни контрактури и декубитуси – физикалната терапия започва още в началото на заболяването. При пациенти с долна парапареза (или квадрипареза/квадриплегия), се провежда профилактика на флеботромбози с нискомолекулярни хепарини. Проследява се чревната перисталтика и при признаци за субилеус – приложение на антихолинестеразни средства. При алгични форми на синдрома на Гилен-Баре се прилагат неопиоидни и опиоидни аналгетици, карбамазепин. Извършва се и психологично подпомагане на болния.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- стациониране или намаляване на изявената неврологична симптоматика, доказана чрез неврологично изследване;
- проведен курс на лечение с имуноглобулин или плазмафереза.

Пациентите се изписват от неврологичната клиника (отделение) и се насочват за продължаване на лечението (посочено в епикризата) и двигателна рехабилитация в домашни условия или балнео-санаториални заведения под контрола на ОПЛ или специалиста невролог.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ПРОТОКОЛ

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛУБУЛИН ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОСТРА ВЪЗПАЛИТЕЛНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЯ (СИНДРОМ НА ГИЛЕН-БАРЕ)

Име:.....

ЕГН □□□□□□□□□□

ИЗ №: □□□□□

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	**Да**	**Не**
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
При болни с невъзможна самостоятелна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. (виж приложения алгоритъм). След стабилизиране на състоянието в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение		
Ако след проведено лечение с имуноглобулин по указаната схема и начално подобрение се стигне до ново влошаване на походката, се препоръчва нов 5 дневен курс на лечение		
Бърза прогресия на паретичните явления, дори при запазена все още походка		
При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин, се прилага плазмафереза		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към имуноглобулини		
Селективен ИгА-недоимък		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		
Анафилаксия.		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия имуноглобулин се прилага в доза до 400мг/кг/дневно в продължение на 5 последователни дни. Инфузията се провежда много бавно - 4.5 гр. за 1 час.		

Подпис на лекуващия лекар:

В цената на клиничната пътека е разчетено лечение с имуноглобулин. НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с ИгА недоимък са много вероятни тежките анафилактични реакции. При суспектни пациенти е необходимо предварително определяне на серумния ИгА.

При пациенти с компенсирана бъбречна недостатъчност се препоръчва редукция както на денонощната доза имуноглобулин, така и на скоростта на инфузия на препарата. По този начин може да се избегне възникването на остра бъбречна недостатъчност.

Имуноглобулините водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация, или може да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрита за настъпване на хемоконцентрация преди провеждане на терапията.

Фишът за лечение с човешки имуноглобулин става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или в отделението 1 година, и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП № .....

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:.....

ЕГН □□□□□□□□□□
ИЗ №: □□□□□

ЛЕЧЕНИЕ С ИМУНОГЛОБУЛИН фабричен № на флакона	
Индикации	**Контраиндикации**

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Синдромът на Гилен - Баре е остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви, което е сравнително рядко. Характеризира се с нарастваща слабост в продължение на 1-3 седмици на долните или на четирите крайника. Понякога могат да се прибавят парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. 90% от случаите се възстановяват през следващите месеци. 10% от болните остават трайно инвалидизирани. В 20% от случаите се развива парализа на дихателната мускулатура с последващи дихателни нарушения, които водят до смъртен изход, ако пациентът не се включи по спешност на апаратна вентилация. Това налага всички съмнителни случаи с това заболяване да бъдат приети по спешност в болнично лечебно заведение (неврологична клиника/отделение или отделение за интензивно лечение). В болничното заведение ще се проведе правилното лечение, което ще подобри прогнозата на заболяването по отношение на пълноценното възстановяване на пациента.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 54 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ)

КП № 54.2 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ) ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 15 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Възпалителна полиневропатия

G61.0 **Синдром на Guillain-Barré**
Остър (пост-)инфекциозен полиневрит

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56233-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели

56234-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели
Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1929 Вирусологични изследвания

91911-19 Други вирусологични изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
• на ≥ 1 мускул(и)
• използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка:Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920]

Прилагане на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт

• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

Аферeза

13750-00 Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури (от които задължително 39000-00 Лумбална пункция с изследване на ликвор и 11012-00 Електромиография (ЕМГ) и две основни терапевтични процедури (едната от които задължително е 13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин или 13750-00 Терапевтична плазмафереза или 96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923, 1924 и 1925 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология или Детска неврологична клиника/отделение
2. Клинична лаборатория II ниво (с възможност за ликворологично изследване, КГА)*
3. Профилирана неврологична клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
4. Кабинет (апарат) за ЕМГ

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести" за Клиника/отделение по неврология;

или

- лекар със специалност по нервни болести за Клиника/отделение по детска неврология

или

- лекар със специалност по детска неврология

или

с педиатрия и с опит в детската неврология;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

2. За ЕМГ изследване – лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт "Нервни болести").

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и специфично лечение с приложение на имуноглобулин или плазмафереза на пациенти със:

- остра форма на синдром на Guillain-Barre;
- хронична форма на синдром на Guillain-Barre след неуспех на кортикостероидната терапия.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 12 часа от началото на хоспитализацията. Вирусологичното изследване на кръв и на ликвор е задължително.

Диагностичният процес в болничното заведение включва поставянето на диагнозата полиневропатия, определяне на нейния вид (сетивна, моторна, сетивно-моторна, множествена мононевропатия), нейната тежест, клиничен ход (остър, подостър, хроничен) и етиология.

Необходимо е да се определят степените на двигателния дефицит, наличието на дихателна недостатъчност и/или булбарна симптоматика, необходимостта от изкуствена белодробна вентилация, както и евентуални придружаващи заболявания.

Клинично могат да се разграничат **три форми на ПНП** в зависимост от двигателния дефицит, наличието на булбарни и дихателни нарушения:

- ***лека форма*** – възможна самостоятелна походка;
- ***умерено тежка форма*** – походката е възможна само с придружител;
- ***тежка форма*** – невъзможна походка, наличие на дихателни нарушения и/или булбарни прояви.

В хода на протичането на ПНП някои пациенти могат да преминат от една в друга степен на клиничен (двигателен) дефицит и съответно на това се променят кода, вида на отделението – общо неврологично или интензивно, и времето на болничния престой.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване особеностите на болестта – КТ (МРТ) миелография.

Специфично лечение на острата форма (остра възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **на синдрома на Гилен–Баре с имуноглобулини**. Това лечение включва интравенозно въвеждане на имуноглобулин във високи дози – до 400 мг/кг дневно в продължение на 5 последователни дни. При развитие на остра дихателна недостатъчност се извършва ендотрахеална интубация с последваща трахеостомия и провеждане на продължителна апаратна вентилация.

Специфично лечение може да се провежда и **с плазмафереза**.

При по-лека неврологична симптоматика може да се провежда лечение с кортикостероиди.

Индикации за лечение при ***острата форма на синдрома на Гилен – Баре***: болни с невъзможна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. След стабилизиране на състоянието, в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение. При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин се прилага плазмафереза.

Неспецифично (интензивно) лечение

При неподвижни пациенти се взимат всички мерки за профилактика на ранни контрактури и декубитуси – физикалната терапия започва още в началото на заболяването. При пациенти с долна парапареза (или квадрипареза/квадриплегия), се провежда профилактика на флеботромбози с нискомолекулярни хепарини. Проследява се чревната перисталтика и при признаци за субилеус – приложение на антихолинестеразни средства. При алгични форми на синдрома на Гилен-Баре се прилагат неопиоидни и опиоидни аналгетици, карбамазепин. Извършва се и психологично подпомагане на болния.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- стациониране или намаляване на изявената неврологична симптоматика, доказана чрез неврологично изследване;
- проведен курс на лечение с имуноглобулин или плазмафереза.

Пациентите се изписват от неврологичната клиника (отделение) и се насочват за продължаване на лечението (посочено в епикризата) и двигателна рехабилитация в домашни условия или балнео-санаториални заведения под контрола на ОПЛ или специалиста невролог.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛУБУЛИН ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОСТРА ВЪЗПАЛИТЕЛНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЯ (СИНДРОМ НА ГИЛЕН-БАРЕ)

Име:……

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	Да	Не
Пълна кръвна картина		
Креатинин		

Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
При болни с невъзможна самостоятелна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. (виж приложения алгоритъм). След стабилизиране на състоянието в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение		
Ако след проведено лечение с имуноглобулин по указаната схема и начално подобрение се стигне до ново влошаване на походката, се препоръчва нов 5 дневен курс на лечение		
Бърза прогресия на паретичните явления, дори при запазена все още походка		
При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин, се прилага плазмафереза		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към имуноглобулини		
Селективен ИгА-недоимък		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		
Анафилаксия.		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия имуноглобулин се прилага в доза до 400мг/кг/дневно в продължение на 5 последователни дни. Инфузията се провежда много бавно - 4.5 гр. за 1 час.		

Подпис на лекуващия лекар:

В цената на клиничната пътека е разчетено лечение с имуноглобулин. НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с ИгА недоимък са много вероятни тежките анафилактични реакции. При суспектни пациенти е необходимо предварително определяне на серумния ИгА.

При пациенти с компенсирана бъбречна недостатъчност се препоръчва редукция както на денонощната доза имуноглобулин, така и на скоростта на инфузия на препарата. По този начин може да се избегне възникването на остра бъбречна недостатъчност.

Имуноглобулините водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация, или може да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрита за настъпване на хемоконцентрация преди провеждане на терапията.

Фишът за лечение с човешки имуноглобулин става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или в отделението 1 година, и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП № .....

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:.....

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

ЛЕЧЕНИЕ С ИМУНОГЛОБУЛИН фабричен № на флакона	
Индикации	**Контраиндикации**

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Синдромът на Гилен - Баре е остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви, което е сравнително рядко. Характеризира се с нарастваща слабост в продължение на 1-3 седмици на долните или на четирите крайника. Понякога могат да се прибавят парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. 90% от случаите се възстановяват през следващите месеци. 10% от болните остават трайно инвалидизирани. В 20% от случаите се развива парализа на дихателната мускулатура с последващи дихателни нарушения, които водят до смъртен изход, ако пациентът не се включи по спешност на апаратна вентилация. Това налага всички съмнителни случаи с това заболяване да бъдат приети по спешност в болнично лечебно заведение (неврологична клиника/отделение или отделение за интензивно лечение). В болничното заведение ще се проведе правилното лечение, което ще подобри прогнозата на заболяването по отношение на пълноценното възстановяване на пациента.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 55 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ) НА АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ

КП № 55.1 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ) НА АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 30 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Възпалителна полиневропатия

G61.0 Синдром на Guillain-Barré
Остър (пост-)инфекциозен полиневрит

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция	
39000-00	Лумбална пункция Спинална пункция
Компютърна томография на гръбначен стълб	
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])	
56233-00	Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели
56234-00	Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя,множество отдели Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст
Мониторинг на съдово налягане	
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
1926	**Микробиологични изследвания**
92182-00	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка
92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
Включва:	изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1929 Вирусологични изследвания

91911-19 Други вирусологични изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
• на ≥ 1 мускул(и)
• използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок

[1920] Прилагане на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп

• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин

Инжектиране или трансфузия на:

• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

Афереза

13750-00 Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури (от които задължително 39000-00 Лумбална пункция с изследване на ликвор, и 11012-00 Електромиография (ЕМГ) и две основни терапевтични процедури (едната от които задължително е 13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин или 13750-00 Терапевтична плазмафереза, а другата е 13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923, 1924 и 1925 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. <u>УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществавана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология
2. Клинична лаборатория II или III ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
3. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение III ниво или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от III ниво или ОАИЛ/КАИЛ
4. Кабинет (апарат) за ЕМГ

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури III ниво на компетентност четирима с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение
- лекар със специалност по ушно-носно-гърлени болести – по договор.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

2. За ЕМГ изследване – лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт "Нервни болести").

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и специфично лечение с приложение на имуноглобулин или плазмафереза на пациенти със:

- остра форма на синдром на Guillain-Barre;
- Неспецифично интензивно лечение с апаратна вентилация;

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 12 часа от началото на хоспитализацията. Изследване на ликвор и ЕМГ се извършват до 3-тия ден от постъпване в болничното лечебно заведение. Вирусологичното изследване на кръв и на ликвор е задължително.

Диагностичният процес в болничното заведение включва поставянето на диагнозата полиневропатия, определяне на нейния вид (сетивна, моторна, сетивно-моторна, множествена мононевропатия), нейната тежест, клиничен ход (остър, подостър, хроничен) и етиология.

Необходимо е да се определят степените на двигателния дефицит, наличието на дихателна недостатъчност и/или булбарна симптоматика, необходимостта от изкуствена белодробна вентилация, както и евентуално придружаващи заболявания.

Клинично могат да се разграничат **три форми на ПНП** в зависимост от двигателния дефицит, наличието на булбарни и дихателни нарушения:

- ***лека форма*** – възможна самостоятелна походка;
- ***умерено тежка форма*** – походката е възможна само с придружител;
- ***тежка форма*** – невъзможна походка, наличие на дихателни нарушения и/или булбарни прояви.

В хода на протичането на ПНП някои пациенти могат да преминат от една в друга степен на клиничен (двигателен) дефицит и съответно на това се променят кода, вида на отделението – общо неврологично или интензивно, и времето на болничния престой.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване особеностите на болестта – КТ (МРТ) миелография.

Специфично лечение на острата форма (остра възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **на синдрома на Гилен–Баре с имуноглобулини**. Това лечение включва интравенозно въвеждане на имуноглобулин във високи дози – до 400 мг/кг дневно в продължение на 5 последователни дни. При развитие на остра дихателна недостатъчност се извършва ендотрахеална интубация с последваща трахеостомия и провеждане на продължителна апаратна вентилация.

Специфично лечение може да се провежда и **с плазмафереза**.

Индикации за лечение при ***острата форма на синдрома на Гилен – Баре***: болни с невъзможна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. След стабилизиране на състоянието, в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение. При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин се прилага плазмафереза.

При по-лека неврологична симптоматика може да се провежда лечение с кортикостероиди.

Неспецифичното (интензивно) лечение при синдрома на Гилен – Баре (СГБ) включва респираторна реанимация и интензивно лечение: ендотрахеална интубация и последваща трахеостомия, провеждане на изкуствена белодробна вентилация при съответни индикации; включване на централен венозен път за провеждане на медикаментозни инфузии, парентерално хранене и корекция на водно-електролитния баланс, както и за проследяване на ЦВН, мониториране на сърдечната дейност и общата хемодинамика; поставяне на назогастрална сонда и провеждане на смесено хранене. При неподвижни пациенти се взимат всички мерки за профилактика на ранни контрактури и декубитуси – физикалната терапия започва още в началото на заболяването. При пациенти с долна парапареза (или квадрипареза/квадриплегия), се провежда профилактика на флеботромбози с нискомолекулярни хепарини. Проследява се чревната перисталтика и при признаци за субилеус – приложение на антихолинестеразни средства. При алгични форми на СГБ се прилагат неопиоидни и опиодни аналгетици, карбамазепин. Извършва се и психологично подпомагане на болния.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

- стациониране или намаляване на изявената неврологична симптоматика, доказана чрез неврологично изследване;
- проведен курс на лечение с имуноглобулин или плазмафереза;
- възстановено спонтанно дишане.

При синдрома на Гилен - Баре, след преминаване на изявената симптоматика и степенно обратно развитие на паретичните прояви, пациентите се изписват от неврологичната клиника и се насочват за продължаване на лечението (посочено в епикризата) и двигателна рехабилитация в домашни условия или балнео-санаториални заведения под контрола на общопрактикуващия лекар или специалиста невролог.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛУБУЛИН ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОСТРА ВЪЗПАЛИТЕЛНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЯ (СИНДРОМ НА ГИЛЕН-БАРЕ)

Име:……
ЕГН □□□□□□□□□□
ИЗ №: □□□□□

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	**Да**	**Не**
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
При болни с невъзможна самостоятелна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. (виж приложения алгоритъм). ***Забележка:*** След стабилизиране на състоянието в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение		
Ако след проведено лечение с имуноглобулин по указаната схема и начално подобрение се стигне до ново влошаване на походката, се препоръчва нов 5 дневен курс на лечение		
Бърза прогресия на паретичните явления, дори при запазена все още походка		
Забележка: При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин, се прилага плазмафереза		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към имуноглобулини		
Селективен ИгА-недоимък		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		

Анафилаксия.		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия имуноглобулин се прилага в доза до 400мг/кг/дневно в продължение на 5 последователни дни. Инфузията се провежда много бавно - 4.5 гр. за 1 час.		

Подпис на лекуващия лекар:

В цената на клиничната пътека е разчетено лечение с имуноглобулин. НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с ИгА недоимък са много вероятни тежките анафилактични реакции. При суспектни пациенти е необходимо предварително определяне на серумния ИгА.

При пациенти с компенсирана бъбречна недостатъчност се препоръчва редукция както на денонощната доза имуноглобулин, така и на скоростта на инфузия на препарата. По този начин може да се избегне възникването на остра бъбречна недостатъчност.

Имуноглобулините водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация или да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрита за настъпване на хемоконцентрация преди провеждане на терапията.

Фишът за лечение с човешки имуноглобулин става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или в отделението 1 година, и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП № .....

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:.....

ЕГН □□□□□□□□□□
ИЗ №: □□□□□

ЛЕЧЕНИЕ С ИМУНОГЛОБУЛИН фабричен № на флакона	
Индикации	**Контраиндикации**

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Синдромът на Гилен - Баре е остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви, което е сравнително рядко. Характеризира се с нарастваща слабост в продължение на 1-3 седмици на долните или на четирите крайника. Понякога могат да се прибавят парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. 90% от случаите се възстановяват през следващите месеци. 10% от болните остават трайно инвалидизирани. В 20% от случаите се развива парализа на дихателната мускулатура с последващи дихателни нарушения, които водят до смъртен изход, ако пациентът не се включи по спешност на апаратна вентилация. Това налага всички съмнителни случаи с това заболяване да бъдат приемани по спешност в болнично лечебно заведение (неврологична клиника/отделение или отделение за интензивно лечение). В болничното заведение ще се проведе правилното лечение, което ще подобри прогнозата на заболяването по отношение на пълноценното възстановяване на пациента.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 55 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ) НА АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ

КП № 55.2 ДИАГНОСТИКА И СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА И ХРОНИЧНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИНЕВРОПАТИЯ (ГИЛЕН-БАРЕ) НА АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 30 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Възпалителна полиневропатия

G61.0 **Синдром на Guillain-Barré**
Остър (пост-)инфекциозен полиневрит

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция	
39000-00	Лумбална пункция Спинална пункция
Компютърна томография на гръбначен стълб	
Не включва:	компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
56233-00	Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели
56234-00	Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст
Мониторинг на съдово налягане	
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
1926	**Микробиологични изследвания**
92182-00	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка
92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
Включва:	изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
1924	**Биохимична изследвания**
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1929 Вирусологични изследвания

91911-19 Други вирусологични изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
• на ≥ 1 мускул(и)
• използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо

налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

Аферeза

13750-00 Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури (от които задължително 39000-00 Лумбална пункция с изследване на ликвор и 11012-00 Електромиография (ЕМГ) и две основни терапевтични процедури (едната от които задължително е 13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин или 13750-00 Терапевтична плазмафереза, а другата е 13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923, 1924 и 1925 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществавана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. 1. Клиника/отделение по неврология /детска неврология
2. Клинична лаборатория II или III ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
3. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение III ниво или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от III ниво или ОАИЛ/КАИЛ
4. Кабинет (апарат) за ЕМГ

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури III ниво на компетентност четирима с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”

- двама лекари със специалност по детска неврология

или с педиатрия с профил детска неврология;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по ушно-носно-гърлени болести – по договор.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

2. За ЕМГ изследване – лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт "Нервни болести").

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и специфично лечение с приложение на имуноглобулин или плазмафереза на пациенти със:

- остра форма на синдром на Guillain-Barre;
- Неспецифично интензивно лечение с апаратна вентилация;

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 12 часа от началото на хоспитализацията. Изследване на ликвор и ЕМГ се извършват до 3-тия ден от постъпване в болничното лечебно заведение. Вирусологичното изследване на кръв и на ликвор е задължително.

Диагностичният процес в болничното заведение включва поставянето на диагнозата полиневропатия, определяне на нейния вид (сетивна, моторна, сетивно-моторна, множествена мононевропатия), нейната тежест, клиничен ход (остър, подостър, хроничен) и етиология.

Необходимо е да се определят степените на двигателния дефицит, наличието на дихателна недостатъчност и/или булбарна симптоматика, необходимостта от изкуствена белодробна вентилация, както и евентуално придружаващи заболявания.

Клинично могат да се разграничат **три форми на ПНП** в зависимост от двигателния дефицит, наличието на булбарни и дихателни нарушения:

- ***лека форма*** – възможна самостоятелна походка;
- ***умерено тежка форма*** – походката е възможна само с придружител;
- ***тежка форма*** – невъзможна походка, наличие на дихателни нарушения и/или булбарни прояви.

В хода на протичането на ПНП някои пациенти могат да преминат от една в друга степен на клиничен (двигателен) дефицит и съответно на това се променят кода, вида на отделението – общо неврологично или интензивно, и времето на болничния престой.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване особеностите на болестта – КТ (МРТ) миелография.

Специфично лечение на острата форма (остра възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **на синдрома на Гилен–Баре с имуноглобулини**. Това лечение включва интравенозно въвеждане на имуноглобулин във високи дози – до 400 мг/кг дневно в продължение на 5 последователни дни. При развитие на остра дихателна недостатъчност се извършва ендотрахеална интубация с последваща трахеостомия и провеждане на продължителна апаратна вентилация.

Специфично лечение може да се провежда и **с плазмафереза**.

Индикации за лечение при ***острата форма на синдрома на Гилен – Баре***: болни с невъзможна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. След стабилизиране на състоянието, в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение. При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин се прилага плазмафереза.

При по-лека неврологична симптоматика може да се провежда лечение с кортикостероиди.

Неспецифичното (интензивно) лечение при синдрома на Гилен – Баре (СГБ) включва респираторна реанимация и интензивно лечение: ендотрахеална интубация и последваща трахеостомия, провеждане на изкуствена белодробна вентилация при съответни индикации; включване на централен венозен път за провеждане на медикаментозни инфузии, парентерално хранене и корекция на водно-електролитния баланс, както и за проследяване на ЦВН, мониториране на сърдечната дейност и общата хемодинамика; поставяне на назогастрална сонда и провеждане на смесено хранене. При неподвижни пациенти се взимат всички мерки за профилактика на ранни контрактури и декубитуси – физикалната терапия започва още в началото на заболяването. При пациенти с долна парапареза (или квадрипареза/квадриплегия), се провежда профилактика на флеботромбози с нискомолекулярни хепарини. Проследява се чревната перисталтика и при признаци за субилеус – приложение на антихолинестеразни средства. При алгични форми на СГБ се прилагат неопиоидни и опиодни аналгетици, карбамазепин. Извършва се и психологично подпомагане на болния.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

- стациониране или намаляване на изявената неврологична симптоматика, доказана чрез неврологично изследване;
- проведен курс на лечение с имуноглобулин или плазмафереза;
- възстановено спонтанно дишане.

При синдрома на Гилен - Баре, след преминаване на изявената симптоматика и степенно обратно развитие на паретичните прояви, пациентите се изписват от неврологичната клиника и се насочват за продължаване на лечението (посочено в епикризата) и двигателна рехабилитация в домашни условия или балнео-санаториални заведения под контрола на общопрактикуващия лекар или специалиста невролог.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛУБУЛИН ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОСТРА ВЪЗПАЛИТЕЛНА ДЕМИЕЛИНИЗИРАЩА ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРОПАТИЯ (СИНДРОМ НА ГИЛЕН-БАРЕ)

Име:……
ЕГН □□□□□□□□□□
ИЗ №: □□□□□

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	**Да**	**Не**
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
При болни с невъзможна самостоятелна походка или при бърза прогресия на неврологичната симптоматика, като нейната давност не трябва да е повече от 15 дни. (виж приложения алгоритъм). ***Забележка:*** След стабилизиране на състоянието в период до 7 дни след приключване на курса с имуноглобулин, се преминава само към неспецифично лечение		
Ако след проведено лечение с имуноглобулин по указаната схема и начално подобрение се стигне до ново влошаване на походката, се препоръчва нов 5 дневен курс на лечение		
Бърза прогресия на паретичните явления, дори при запазена все още походка		
Забележка: При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин, се прилага плазмафереза		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към имуноглобулини		
Селективен ИгА-недоимък		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		
Анафилаксия.		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия имуноглобулин се прилага в доза до 400мг/кг/дневно в продължение на 5 последователни дни. Инфузията се провежда много бавно - 4.5 гр. за 1 час.		

Подпис на лекуващия лекар:

В цената на клиничната пътека е разчетено лечение с имуноглобулин. НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с ИгА недоимък са много вероятни тежките анафилактични реакции. При суспектни пациенти е необходимо предварително определяне на серумния ИгА.

При пациенти с компенсирана бъбречна недостатъчност се препоръчва редукция както на денонощната доза имуноглобулин, така и на скоростта на инфузия на препарата. По този начин може да се избегне възникването на остра бъбречна недостатъчност.

Имуноглобулините водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация или да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрита за настъпване на хемоконцентрация преди провеждане на терапията.

Фишът за лечение с човешки имуноглобулин става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или в отделението 1 година, и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП № .....

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:.....

ЕГН □□□□□□□□□□
ИЗ №: □□□□□

ЛЕЧЕНИЕ С ИМУНОГЛОБУЛИН фабричен № на флакона	
Индикации	**Контраиндикации**

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Синдромът на Гилен - Баре е остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви, което е сравнително рядко. Характеризира се с нарастваща слабост в продължение на 1-3 седмици на долните или на четирите крайника. Понякога могат да се прибавят парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. 90% от случаите се възстановяват през следващите месеци. 10% от болните остават трайно инвалидизирани. В 20% от случаите се развива парализа на дихателната мускулатура с последващи дихателни нарушения, които водят до смъртен изход, ако пациентът не се включи по спешност на апаратна вентилация. Това налага всички съмнителни случаи с това заболяване да бъдат приемани по спешност в болнично лечебно заведение (неврологична клиника/отделение или отделение за интензивно лечение). В болничното заведение ще се проведе правилното лечение, което ще подобри прогнозата на заболяването по отношение на пълноценното възстановяване на пациента.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 56 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИ НА ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ НЕРВИ (ЧМН), НА НЕРВНИТЕ КОРЕНЧЕТА И ПЛЕКСУСИ, ПОЛИНЕВРОПАТИЯ И ВЕРТЕБРОГЕННИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ

КП № 56.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИ НА ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ НЕРВИ (ЧМН), НА НЕРВНИТЕ КОРЕНЧЕТА И ПЛЕКСУСИ, ПОЛИНЕВРОПАТИЯ И ВЕРТЕБРОГЕННИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 5 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

Не включва: дефекти на каталаза и пероксидаза

E80.0 **Наследствена еритропоетична порфирия**
Вродена еритропоетична порфирия
Еритропоетична протопорфирия

E80.1 **Порфирия кутанеа тарда**

E80.2 **Други порфирии**
Наследствена копропорфирия
Порфирия:
- БДУ
- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Увреждания на троичния нерв

Включва: увреждания на 5-я черепномозъчен нерв

G50.0 **Невралгия на троичния нерв**
Синдром на пароксизмална лицева болка
Болезнен тик

G50.1 **Атипична лицева болка**

G50.8 **Други увреждания на троичния нерв**

Увреждания на лицевия нерв

Включва: увреждания на 7-я черепномозъчен нерв

G51.0 **Парализа на Bell**
Лицева парализа

G51.1 **Възпаление на ganglion geniculi**

Не включва: постхерпетично възпаление на ganglion geniculi (B02.2)

G51.2 **Синдром на Melkersson**
Синдром на Melkersson-Rosenthal

G51.3 **Клоничен хемифациален спазъм**

G51.4 **Лицева миокемия**

G51.8 **Други увреждания на лицевия нерв**

Увреждания на други черепномозъчни нерви

Не включва: увреждания:
- на слуховия (8-я) нерв (H93.3)
- на зрителния (2-я) нерв (H46, H47.0)
- паралитично късогледство, дължащо се на увреждане на нерв (H49.0—H49.2)

G52.0 **Увреждания на обонятелния нерв**
Увреждания на 1-я черепномозъчен нерв

G52.1 **Увреждания на n. glossopharingeus**
Увреждания на 9-я черепномозъчен нерв
Глософарингиална невралгия

G52.2 **Увреждания на n. vagus**
Увреждания на пневмогастралния (10-я) нерв

G52.3 **Увреждания на подезичния нерв**
Увреждания на 12-я черепномозъчен нерв

G52.7 **Множествени увреждания на черепномозъчните нерви**
Краниален полиневрит

G52.8 **Увреждания на други уточнени черепномозъчни нерви**

Увреждания на черепномозъчни нерви при болести, класифицирани другаде

G53.0* **Невралгия след herpes zoster (B02.2†)**
Постхерпетично(-а):
- възпаление на ganglion geniculi
- невралгия на троичния нерв

Увреждания на нервни коренчета и плексуси

Не включва: травматични увреждания на нервни коренчета и плексуси — виж травми на нервите в различните области на тялото
увреждания на междупрешленните дискове (M50—M51)
невралгия или неврит БДУ (M79.2)
неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- лумбален БДУ
- лумбо-сакрален БДУ (M54.1)
- торакален БДУ

радикулит БДУ
радикулопатия БДУ
спондилоза (M47.—)

G54.0 **Увреждания на брахиалния плексус**
Инфраторакален синдром

G54.1 **Увреждания на лумбо-сакралния плексус**

G54.2 **Увреждания на шийните коренчета, некласифицирани другаде**

G54.3 **Увреждания на гръдните коренчета, некласифицирани другаде**

G54.4 **Увреждания на лумбо-сакралните коренчета, некласифицирани другаде**

G54.5 **Невралгична амиотрофия**
Синдром на Parsonage-Aldren-Turner
Неврит на раменния пояс

Мононевропатии на горен крайник

Не включва: травматични увреждания на нерв — виж травми на нервите в различните области на тялото

G56.0 **Синдром на карпалния канал**

G56.2 **Увреждане на лакътния нерв**
Късна парализа на лакътния нерв

G56.3 **Увреждане на лъчевия нерв**

G56.8 **Други мононевропатии на горен крайник**

Мононевропатии на долен крайник

Не включва: травматични увреждания на нерв — виж травми на нервите в различните области на тялото

G57.0 Увреждане на седалищния нерв

Не включва: ишиас:
- БДУ (M54.3)
- свързан с увреждане на междупрешленния диск (M51.1)

G57.1 Парестетична мералгия

Синдром на страничния кожен нерв на бедрото

G57.2 Увреждане на бедрения нерв

G57.3 Увреждане на n. fibularis

Увреждане на фибуларния (перонеалния) нерв

G57.4 Увреждане на n. tibialis

G57.5 Синдром на тарзалния канал

G57.6 Увреждане на n. plantaris

Метатарзалгия на Morton

G57.8 Други мононевралгии на долен крайник

Междупръстова неврома на долен крайник

Други мононевропатии

G58.7 Множествен мононеврит

Възпалителна полиневропатия

G61.0 Синдром на Guillain-Barré

Остър (пост-)инфекциозен полиневрит

G61.8 Други възпалителни полиневропатии

Други полиневропатии

G62.0 Медикаментозна полиневропатия

G62.2 Полиневропатия, предизвикана от други токсични вещества

При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G62.8 Други уточнени полиневропатии

Радиационна полиневропатия

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Полиневропатии при болести, класифицирани другаде

G63.3* Полиневропатия при други ендокринни болести и разстройства на обмяната на веществата (E00—E07†, E15—E16†, E20—E34†, E70—E89†)

Други деформиращи дорзопатии

M43.62 Крива шия [torticollis]

Не включва: следните видове тортиколис:
- вроден (стерномастоидеусен) (Q68.0)
- след родова травма (P15.2)
- прясно травматично увреждане — виж травматични увреждания на гръбначния стълб според анатомичната локализация
- психогенен (F45.8)
- спастичен (G24.3)

Травматична спондилопатия

M48.30 Травматична спондилопатия - множествено засягане на гръбначния стълб

M48.31 **Травматична спондилопатия - окципито-атланто-аксисен отдел**

M48.32 **Травматична спондилопатия - шийна област**

M48.33 **Травматична спондилопатия - шийно-гръден отдел**

M48.34 **Травматична спондилопатия - гръден отдел**

M48.35 **Травматична спондилопатия - гръдно-поясен отдел**

M48.36 **Травматична спондилопатия - поясен отдел**

M48.37 **Травматична спондилопатия - поясно-кръстен отдел**

M48.38 **Травматична спондилопатия - кръстен и кръстноопашатен отдел**

Увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел

Включва: увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел с болков синдром
увреждания на междупрешленните дискове в шийногръдния отдел

M50.0† **Увреждане на междупрешленните дискове в шийния отдел с миелопатия (G99.2*)**

M50.1 **Увреждане на междупрешленните дискове в шийния отдел с радикулопатия**
Не включва: брахиален радикулит БДУ (M54.1)

M50.2 **Друг тип хернизация на междупрешленните дискове в шийния отдел**

M50.3 **Друг тип дегенерация на междупрешленните дискове в шийния отдел**

Увреждания на междупрешленните дискове в други отдели

Включва: увреждания на междупрешленните дискове в гръдния, гръднопоясния и пояснокръстния отдел

M51.0† **Увреждания на междупрешленните дискове в поясния и другите отдели на гръбначния стълб с миелопатия (G99.2*)**

M51.1 **Увреждания на междупрешленните дискове в поясния и другите отдели на гръбначния стълб с радикулопатия**
Ишиас, дължащ се на увреждане в междупрешленен диск
Не включва: лумбален радикулит БДУ (M54.1)

M51.2 **Друг тип уточнена хернизация на междупрешленен диск**
Лумбаго, дължащо се на дискова херния

M51.3 **Друга уточнена дегенерация на междупрешленен диск**

M51.4 **Възли на Schmorl**

Други дорзопатии, некласифицирани другаде

M53.01 **Шийночерепен синдром - окципито-атланто-аксисен отдел**
Заден цервикален симпатиков синдром

M53.02 **Шийночерепен синдром – шийна област**
Заден цервикален симпатиков синдром

M53.03 **Шийночерепен синдром - шийногръден отдел**
Заден цервикален симпатиков синдром

Шийнобрахиален синдром

M53.11 **Шийнобрахиален синдром - окципито-атланто-аксисен отдел**
Не включва: увреждане на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.—)
инфраторакален синдром [увреждане на брахиалния плексус] (G 54.0)

M53.12 **Шийнобрахиален синдром - шийна област**
Не включва: увреждане на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.—)
инфраторакален синдром [увреждане на брахиалния плексус] (G 54.0)

M53.13 **Шийнобрахиален синдром - шийно-гръден отдел**
Не включва: увреждане на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.—)
инфраторакален синдром [увреждане на брахиалния плексус] (G 54.0)

Спинална нестабилност

M53.20 **Спинална нестабилност - множествено засягане на гръбначния стълб**

M53.21 **Спинална нестабилност - окципито-атланто-аксисен отдел**

M53.22 **Спинална нестабилност - шийна област**

M53.23 **Спинална нестабилност - шийногръден отдел**

M53.24 **Спинална нестабилност - гръден отдел**

M53.25 **Спинална нестабилност - гръднопоясен отдел**

M53.26 **Спинална нестабилност - поясен отдел**

M53.27 **Спинална нестабилност - пояснокръстен отдел**

M53.28 **Спинална нестабилност - кръстен и кръстноопашен отдел**

M53.38 **Кръстноопашни увреждания, некласифицирани другаде - кръстен и кръстноопашен отдел**

Coccygodinia

Други уточнени дорзопатии

M53.80 **Други уточнени дорзопатии - множествено засягане на гръбначния стълб**

M53.81 **Други уточнени дорзопатии - окципито-атланто-аксисен отдел**

M53.82 **Други уточнени дорзопатии - шийна област**

M53.83 **Други уточнени дорзопатии - шийногръден отдел**

M53.84 **Други уточнени дорзопатии - гръден отдел**

M53.85 **Други уточнени дорзопатии - гръднопоясен отдел**

M53.86 **Други уточнени дорзопатии - поясен отдел**

M53.87 **Други уточнени дорзопатии - пояснокръстен отдел**

M53.88 **Други уточнени дорзопатии - кръстен и кръстноопашен отдел**

Дорзалгия

Не включва: психогенна дорзалгия (F45.4)

M54.00 **Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - множествено засягане на гръбначния стълб**

Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.01 **Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - окципито-атланто-аксисен отдел**

Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.02 **Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - шийна област**

Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.03 **Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - шийногръден отдел**

Не включва: следните видове панникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)

- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.04 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - гръден отдел

Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.05 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - гръднопоясен отдел

Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.06 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - поясен отдел

Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.07 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - пояснокръстен отдел

Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.08 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - кръстен и кръстноопашен отдел

Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.10 Радикулопатия - множествено засягане на гръбначния стълб

Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.11 Радикулопатия - окципито-атланто-аксисен отдел

Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.12 Радикулопатия - шийна област

Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.13 Радикулопатия - шийногръден отдел

Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.14 Радикулопатия - гръден отдел

Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.15 Радикулопатия - гръднопоясен отдел

Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.16 Радикулопатия - поясен отдел

Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.17 Радикулопатия - пояснокръстен отдел

Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)

- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.18 Радикулопатия - кръстен и кръстноопашен отдел

Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.21 Цервикалгия - окципито-атланто-аксисен отдел

Не включва: цервикалгия в резултат на увреждане на междупрешленен диск (M50.—)

M54.22 Цервикалгия - шийна област

Не включва: цервикалгия в резултат на увреждане на междупрешленен диск (M50.—)

M54.36 Ишиас - поясен отдел

Не включва: увреждане на седалищния нерв (G57.0)
ишиас:
- предизвикан от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)
- с лумбаго (M54.4)

M54.37 Ишиас - пояснокръстен отдел

Не включва: увреждане на седалищния нерв (G57.0)
ишиас:
- предизвикан от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)
- с лумбаго (M54.4)

M54.46 Лумбаго с ишиас - поясен отдел

Не включва: предизвикано от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)

M54.47 Лумбаго с ишиас - пояснокръстен отдел

Не включва: предизвикано от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)

M54.55 Ниска кръстна болка - гръднопоясен отдел

Поясна болка
Ниско кръстно напрежение
Лумбаго БДУ

Не включва: лумбаго:
- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)
- с ишиас (M54.4)

M54.56 Ниска кръстна болка - поясен отдел

Поясна болка
Ниско кръстно напрежение
Лумбаго БДУ

Не включва: лумбаго:
- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)
- с ишиас (M54.4)

M54.57 Ниска кръстна болка - пояснокръстен отдел

Поясна болка
Ниско кръстно напрежение
Лумбаго БДУ

Не включва: лумбаго:
- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)
- с ишиас (M54.4)

M54.58 Ниска кръстна болка - кръстен и кръстноопашен отдел

Поясна болка
Ниско кръстно напрежение
Лумбаго БДУ

Не включва: лумбаго:
- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)
- с ишиас (M54.4)

M54.63 Болка в гръдния отдел на гръбначния стълб - шийногръден отдел
Не включва: вследствие на увреждане на междупрешленен диск (M51.—)

M54.64 Болка в гръдния отдел на гръбначния стълб - гръден отдел
Не включва: вследствие на увреждане на междупрешленен диск (M51.—)

M54.65 Болка в гръдния отдел на гръбначния стълб - гръднопоясен отдел
Не включва: вследствие на увреждане на междупрешленен диск (M51.—)

Увреждания на костно-мускулната система след медицински процедури, некласифицирани другаде

Не включва: артропатия след чревна анастомоза (M02.0)
наличие на функционални имплантати и на други протези (Z95—Z97)
нарушения, свързани с остеопороза (M80—M81)

M96.1 Синдром след ламинектомия, некласифициран другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката G63 не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

59724-00 Миелография

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])

• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак

Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56233-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели

56234-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели
Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб

Включва: гръбначен мозък

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
• на ≥ 1 мускул(и)
• използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт

• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Приложение на фармакологичен агент през отвор
Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент
Йонофореза
Топично } приложение на фармакологичен агент
Трансдермално }

Не включва: приложение на фармакологичен агент през устата (96203 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, от които едната е задължително ЕМГ (изключение при диагнози G50.0, G50.1, G50.8, G52.0, G52.1, G52.2, G52.3, G52.8) и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност , съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология
2. Клинична лаборатория* II ниво (с възможност и за ликворологично изследване и КГА)
3. ЕМГ – кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Отделение/лаборатория по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

лекар със специалност по нервни болести - двама лекари с придобита специалност по нервни болести;

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. За ЕМГ изследване – лекар със специалност по нервни болести или детска неврология, с квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”).

2. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- синдром на Guillain-Barre и постинфекциозен полиневрит - всички клинични форми и степени на тежест;
- полиневропатия с остро, подостро или хронично развиващи се вяли периферни парези в крайниците, със или без сетивни нарушения, остро или подостро развиващи се сетивни нарушения в крайниците с възбуден или отпаден характер;
- болести на черепно-мозъчните нерви: VII ЧМН - остър стадий до 10 ден - всички клинични форми и степени на тежест; V ЧМН - всички остри случаи с невралгия на троичния нерв с неуточнена етиология, остри увреждания на други уточнени ЧМН;
- болести на нервните коренчета и плексуси при наличие на остро развитие на долна вяла парапареза или на квадрипареза от смесен тип с тазоворезервоарни нарушения; развили парези с различна степен на изразеност в проксимални и /или дистални мускулни групи; възбудни сетивни прояви, неповлияващи се от медикаментозното лечение, проведено в амбулаторни условия;
- порфиринова полиневропатия.

Диагностично изясняване на недиагностицирани състояния и заболявания (спондилит, метастази в прешлен, миелом, неврином, херпес зостер и др.) след изчерпване на диагностичните възможности в специализираната извънболнична помощ и наличие на медицински риск от отлагане на диагностиката и лечението.

- Вертеброгенни дискови и диск-артикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми, неповлияващи се от медикаментозното лечение, провеждано в амбулаторни условия и с поява на някой от следните симптоми/синдроми: интермитентни тазово-резервоарни нарушения; съмнение за развиващ се синдром на cauda equina; поява на отпадна сетивна или двигателна симптоматика; вертеброгенен синдром с възбудна или отпадна симптоматика.
- Болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН) - хронични неповлияващи се от медикаментозното лечение, провеждано в амбулаторни условия.
- Болести на нервните коренчета и плексуси - болни с хронични болкови синдроми.
- Медикаментозна полиневропатия с изразени отпадни сетивни и двигателни разстройства.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (кръв) се взема в рамките на болничния престой за подпомагане на диференциално-диагностичния план и уточняване на основната диагноза, ако не е извършено в извънболничната помощ. ЕМГ се извършва задължително в рамките на болничния престой. При увреждане на черепно-мозъчни нерви по преценка се извършва консултация със специалист по УНГ. Общо изследване на ликвор, вирусологично изследване на ликвор и на кръв се извършва по преценка.

2.1. Лечение на неврит на VII ЧМН.

Средство на избор са:

- кортикостероиди (при съобразяване на контраиндикациите) – преднизон, метилпреднизолон, преднизолон;
- манитол – 10% 500 ml - при съобразяване за контраиндикации;
- нестероидни противовъзпалителни средства (при контраиндикации за прилагане на кортикостероиди);
- ацикловир (при доказана херпес симплекс етиология); - физикално лечение.

2.2. Лечение на идиопатичната невралгия на троичния нерв.

Лечението е медикаментозно и/или неврохирургично.

Медикаментозното лечение включва:

- Габапентин - 2-3 пъти по 400 mg;
- Карбамазепин – 3 x 200 mg до 3 x 400 mg или
- Прегабалин
- Трамадол

2.3. Болести на нервните коренчета и плексуси (цервикобрахиална радикулоплексопатия и лумбосакрална радикулоплексопатия).

Лечението включва:

- нестероидни противовъзпалителни средства;
- дексаметазон (при резистентни на друго лечение болкови синдроми);
- миорелаксанти;
- манитол 10 % 500 ml;
- физикално лечение;
- неврохирургично лечение (при необходимост).

2.4. Увреждане на н. улнарис, н. медианус, н. радиалис, н. феморалис и на н. ишиадикус и неговите клонове (н. тибиалис и н. перонеус).

Лечението е в зависимост от основното заболяване (компресия, травма, захарен диабет, професионално увреждане, колагеноза) и включва медикаментозно, физикално и при необходимост - неврохирургично лечение.

Използват се следните медикаменти:

- нестероидни противовъзпалителни средства;
- кортикостероиди;

2.5. Възпалителна полиневропатия

Диагностичният процес в болничното заведение включва поставянето на диагнозата полиневропатия, определяне на нейния вид (сетивна, моторна, сетивно-моторна, множествена мононевропатия), нейната тежест, клиничен ход (остър, подостър, хроничен) и етиология.

Необходимо е да се определят степените на двигателния дефицит, наличието на дихателна недостатъчност и/или булбарна симптоматика, необходимостта от изкуствена белодробна вентилация, както и евентуално придружаващи заболявания.

Клинично могат да се разграничат три форми на ПНП в зависимост от двигателния дефицит, наличието на булбарни и дихателни нарушения:

- **лека форма** – възможна самостоятелна походка;
- **умерено тежка форма** – походката е възможна само с придружител;
- **тежка форма** – невъзможна походка, наличие на дихателни нарушения и/или булбарни прояви.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване особеностите на болестта – КТ (МРТ) миелография.

Специфично лечение на острата форма на синдрома на Гилен – Баре (остра възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) без имуноглобулини:

При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин се прилага плазмафереза. Не се препоръчва употребата на кортикостероидни препарати поради тяхната неефективност при това заболяване.

Специфично лечение на хроничната форма синдрома на Гилен–Баре (хронична възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) без имуноглобулини:

Средство на първи избор са кортикостероидите:

• преднизон, метилпреднизолон, преднизолон;

• метилпреднизолон – 80 мг интравенозно дневно в продължение на две седмици с постепенно намаляване на дневната доза и преминаване към перорален прием на преднизон, метилпреднизолон или преднизолон.

2.6. Специфично лечение при постинфекциозни полирадикулоневрити - провежда се съобразно етиологичния причинител с антибиотици и антивирусни средства.

2.7. Специфично лечение на порфириновата полиневропатия - подчертана въглехидратна диета и инфузии на глюкозен разтвор (500 гр. за 24 ч).

2.8. Специфично лечение на медикаментозната полиневропатия:

• при възможност спиране употребата на медикамента и замяната му с друг;

Неспецифичното (интензивно) лечение при синдрома на Гилен – Баре, постинфекциозните полирадикулоневрити и порфириновата полиневропатия включва респираторна реанимация и интензивно лечение: ендотрахеална интубация и последваща трахеостомия, провеждане на изкуствена белодробна вентилация при съответни индикации; включване на централен венозен път за провеждане на медикаментозни инфузии, парентерално хранене и корекция на водно-електролитния баланс, както и за проследяване на ЦВН, мониториране на сърдечната дейност и общата хемодинамика; поставяне на назогастрална сонда и провеждане на смесено хранене. При неподвижни пациенти се взимат всички мерки за профилактика на ранни контрактури и декубитуси – физикалната терапия започва още в началото на заболяването. При пациенти с долна парапареза (или квадрипареза/квадриплегия), се провежда профилактика на флеботромбози с нискомолекулярни хепарини. Проследява се чревната перисталтика и при признаци за субилеус – приложение на антихолинестеразни средства. При алгични форми на синдрома на Гилен – Баре се прилагат неопиоидни и опиодни аналгетици, карбамазепин. Извършва се и психологично подпомагане на болния.

2.9. Поведение при вертеброгенни дискови и диск-артикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми:

При приемането на пациента, в деня на хоспитализацията, се извършва пълен медицински преглед – подробна насочена анамнеза, соматичен и неврологичен статус, планират се необходимите изследвания; поставя се плоскост под дюшека на леглото (когато е необходимо за постигане правилно положение на болния в леглото) или се използва специализирано легло (при възможност). Назначава се медикаментозно лечение:

- за болката и съпътстващото асептично възпаление – приложение на НСПВС i.m. или i.v.
- миорелаксанти;
- при съмнение за централна или рецесуална стеноза и голяма дискова херния – кортикостероиди;
- при двигателен дефицит – антихолинестеразни средства - Galantamin (желателно след консултация с интернист);
- поставя се лумбостат или шийна яка (където е необходимо) за имобилизация на засегнатите сегменти.

При много силна и неповлияваща се от НСПВС вертеброгенна радикулерна или нерадикулерна болка в острия й стадий е уместно и използването на опиоидни аналгетици.

Извършат се лабораторни и рентгенови изследвания – лицева и странична проекция, при необходимост и коси проекции; електромиографско изследване, КТ и/или МРТ; при необходимост се провежда лумбална пункция; серумна електрофореза (и на урина) при съмнение за миелом и т.н.

При провеждане на лечението е необходимо проследяване на неврологичния статус, отчитане на подобрение или евентуално влошаване на симптоматиката. При двигателен дефицит е необходимо и провеждане на ЕМГ след определен период за отчитане ефекта от терапията и прогностично; за отчитане на глобалния ефект от лечението е желателно да се използват скали (напр. VAS).

След провеждане на необходимите образни изследвания и установяване възможната етиология при необходимост се правят допълнителни консултации – с неврохирург, ортопед, ендокринолог (напр. при остеопороза), хематолог (при мултиплен миелом), ревматолог (при анкилозиращ спондилит и др. ревматични заболявания), онколог (при метастази) и т.н.

Медикаментозното лечение е аналогично на приетото в „Национален консенсус за диагностика и лечение на неврологично обусловените болки“

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

При вертеброгенни дискови и диск-артикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми - окончателната диагноза се поставя въз основа на клиничната картина, хода на болестта, образните изследвания (Ro и КТ/МРТ) и лабораторните изследвания; уточняване на възможната етиология.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стациониране или намаляване на изявената неврологична (възбудна и отпадна) симптоматика, доказана чрез неврологично изследване, а при вертеброгенни дискови и диск-артикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми и едно или повече от следните условия:

- поставяне на диагнозата и намаляване интензивността на болковата симптоматика (радикулерна или нерадикулерна);
- подобряване на отпадната симптоматика (сетивна или двигателна);
- възстановяване обема на движение в засегнатия вертебрален отдел; • проведени контролни изследвания, когато е необходимо (ЕМГ, ММТ).

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)
БОЛЕСТИ НА ПЕРИФЕРНАТА НЕРВНА СИСТЕМА (БОЛЕСТИ НА ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ НЕРВИ, БОЛЕСТИ НА НЕРВНИТЕ КОРЕНЧЕТА И ПЛЕКСУСИ)

Невритът на лицевия нерв е сравнително често заболяване, което се обуславя от вирусна инфекция на ствола на нерва с развитие на парализа на мускулатурата на едната лицева половина. Идиопатичната невралгия на троичния нерв е рядко заболяване, което се характеризира с по-редки или по-чести болкови пристъпи в отделни области на лицето.

Болестите на нервните коренчета и плексусите са широко разпространени заболявания в съвременния свят, дължащи се най-често на дегенеративни промени в шийните или поясните прешлени. При част от болните с тези заболявания се налага хоспитализация, с цел диагностично изясняване и лечение на мускулната слабост и болковия синдром.

Увредата на отделни нерви в областта на ръцете или краката се дължи на различни заболявания, което налага в редица случаи диагностичното изясняване да се извършва в болнични условия като необходима предпоставка за правилно лечение.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА С ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТ

Синдромът на Гилен - Баре е остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви, което е сравнително рядко. Характеризира се с нарастваща слабост в продължение на 1-3 седмици на долните или на четирите крайника. Понякога могат да се прибавят парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. 90% от случаите се възстановяват през следващите месеци. 10% от болните остават трайно инвалидизирани. В 20% от случаите се развива парализа на дихателната мускулатура с последващи дихателни нарушения, които водят до смъртен изход, ако пациентът не се включи по спешност на апаратна вентилация. Това налага всички съмнителни случаи с това заболяване да бъдат приети по спешност в болнично лечебно заведение (неврологична клиника/отделение или отделение за интензивно лечение). В болничното заведение ще се проведе правилното лечение, което ще подобри прогнозата на заболяването по отношение на пълноценното възстановяване на пациента.

Диабетната и медикаментозната полиневропатия са широко разпространени заболявания в нашата съвременност. Това се определя от големия брой болни, страдащи от захарен диабет. 30 - 40% от тях развиват като усложнение полиневропатия.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

ВЕРТЕБРОГЕННИ ДИСКОВИ И ДИСК-АРТИКУЛЕРНИ НЕКОРЕНЧЕВИ И КОРЕНЧЕВИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ

Болките в гръбнака (от гръбначен произход – вертеброгенни болки) са едни от най-разпространените оплаквания на съвременната цивилизация. Всеки човек в живота си изпитва болка в някой отдел на гръбнака – шиен, гръден или поясен. Налице са твърде много фактори, които допринасят за постоянно нарастващата им честота. Един от значимите фактори е заседналия живот, който водим в т.н. "ера на компютрите". Те са причина за големи икономически загуби поради нетрудоспособност, тъй като засягат предимно хората в активна възраст и имат склонност да рецидивират.

Причините за появата на тези болки са различни и най-често комплексни – външни и вътрешни. Патологичните процеси, които причиняват вертеброгенните болки обикновено са доброкачествени. Рисковите фактори са както външни (внезапни непремерени движения, вдигане на тежести, продължителни и неудобни пози, травми и т.н.), така и вътрешни – дължащи се на предразположение на самия организъм (вродени малформации на прешлени, обменни заболявания, естествени процеси на стареене на гръбначните структури).

Източник на болка могат да бъдат патологични процеси във всички структури на гръбнака, които имат болкови рецептори. Това са както подвижните елементи (т.нар. "амортисьори" на гръбнака – междупрешленните дискове, малките междупрешленни ставички), така и стабилизиращите го структури – прешленните тела, съединителнотъканните връзки и мускулите, поддържащи изправената поза на човека. Освен често срещаните дегенеративни изменения, известни на всички като "шипове", "дископатия", "дискова херния" и т.н., причини за болката могат да са и други заболявания на структурите на гръбнака – остеопороза, фрактури, туберкулоза, други възпалителни процеси, тумори и метастази.

Гръбнакът е много важен орган, имащ пряко отношение към изправеното положение и към движенията на цялото тяло. Той охранява гръбначния мозък и през неговите отворчета преминават нервите, провеждащи усета и импулсите за движения на мускулите. Тези функции могат да се нарушат вследствие на неговото увреждане. Това предполага повнимателно отношение към "баналните" за много от хората "болежки" в гръбнака, а при поупоритото им протичане се налага извършване на някои изследвания и постъпване за лечение в болница.

Лечението на вертеброгенните болки трябва да бъде комплексно и да е насочено към повлияване на патологичния процес в гръбнака, който ги е предизвикал. Наред с лекарствата за болката, понякога е необходимо временно да се постави шийна яка или лумбостат, за да се ограничат усилващите я движения. Според преценката на лекаря се провежда и мануална терапия, физиотерапия, екстензии, акупунктура и кинезитерапия.

Склонността на вертеброгенните заболявания да рецидивират (да се повтарят) и да се появяват при някои конкретни провокации, налага обучение за профилактика (предпазване). В това се включва както използването на удобно легло, начина на ставане сутрин от него, повдигането на предмети от земята, позицията на работното място (правилно поставяне на компютъра), така и провеждането на специални рехабилитационни програми и практикуване на определени спортове за укрепването на мускулния корсет.

КП № 56 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИ НА ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ НЕРВИ (ЧМН), НА НЕРВНИТЕ КОРЕНЧЕТА И ПЛЕКСУСИ, ПОЛИНЕВРОПАТИЯ И ВЕРТЕБРОГЕННИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ

КП № 56.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИ НА ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ НЕРВИ (ЧМН), НА НЕРВНИТЕ КОРЕНЧЕТА И ПЛЕКСУСИ, ПОЛИНЕВРОПАТИЯ И ВЕРТЕБРОГЕННИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 5 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

Не включва: дефекти на каталаза и пероксидаза

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия
Вродена еритропоетична порфирия
Еритропоетична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда

E80.2 Други порфирии
Наследствена копропорфирия
Порфирия:
- БДУ
- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Увреждания на троичния нерв

Включва: увреждания на 5-я черепномозъчен нерв

G50.0 Невралгия на троичния нерв
Синдром на пароксизмална лицева болка
Болезнен тик

G50.1 Атипична лицева болка

G50.8 Други увреждания на троичния нерв

Увреждания на лицевия нерв

Включва: увреждания на 7-я черепномозъчен нерв

G51.0 Парализа на Bell
Лицева парализа

G51.1 Възпаление на ganglion geniculi

Не включва: постхерпетично възпаление на ganglion geniculi (B02.2)

G51.2 Синдром на Melkersson
Синдром на Melkersson-Rosenthal

G51.3 Клоничен хемифациален спазъм

G51.4 Лицева миокемия

G51.8 Други увреждания на лицевия нерв

Увреждания на други черепномозъчни нерви

Не включва: увреждания:
- на слуховия (8-я) нерв (H93.3)
- на зрителния (2-я) нерв (H46, H47.0)
- паралитично късогледство, дължащо се на увреждане на нерв (H49.0—H49.2)

G52.0 Увреждания на обонятелния нерв
Увреждания на 1-я черепномозъчен нерв

G52.1 Увреждания на n. glossopharingeus
Увреждания на 9-я черепномозъчен нерв
Глософарингиална невралгия

G52.2 Увреждания на n. vagus
Увреждания на пневмогастралния (10-я) нерв

G52.3 Увреждания на подезичния нерв
Увреждания на 12-я черепномозъчен нерв

G52.7 Множествени увреждания на черепномозъчните нерви
Краниален полиневрит

G52.8 Увреждания на други уточнени черепномозъчни нерви

Увреждания на черепномозъчни нерви при болести, класифицирани другаде

G53.0* Невралгия след herpes zoster (B02.2†)
Постхерпетично(-а):
- възпаление на ganglion geniculi
- невралгия на троичния нерв

Увреждания на нервни коренчета и плексуси

Не включва: травматични увреждания на нервни коренчета и плексуси — виж травми на нервите в различните области на тялото
увреждания на междупрешленните дискове (M50—M51)
невралгия или неврит БДУ (M79.2)
неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- лумбален БДУ
- лумбо-сакрален БДУ (M54.1)
- торакален БДУ

радикулит БДУ
радикулопатия БДУ
спондилоза (M47.—)

G54.0 Увреждания на брахиалния плексус
Инфраторакален синдром

G54.1 Увреждания на лумбо-сакралния плексус

G54.2 Увреждания на шийните коренчета, некласифицирани другаде

G54.3 Увреждания на гръдните коренчета, некласифицирани другаде

G54.4 Увреждания на лумбо-сакралните коренчета, некласифицирани другаде

G54.5 Невралгична амиотрофия
Синдром на Parsonage-Aldren-Turner
Неврит на раменния пояс

Мононевропатии на горен крайник

Не включва: травматични увреждания на нерв — виж травми на нервите в различните области на тялото

G56.0 Синдром на карпалния канал

G56.2 Увреждане на лакътния нерв
Късна парализа на лакътния нерв

G56.3 Увреждане на лъчевия нерв

G56.8 Други мононевропатии на горен крайник

Мононевропатии на долен крайник

Не включва: травматични увреждания на нерв — виж травми на нервите в различните области на тялото

G57.0 Увреждане на седалищния нерв
Не включва: ишиас:
- БДУ (M54.3)
- свързан с увреждане на междупрешленния диск (M51.1)

G57.1 Парестетична мералгия
Синдром на страничния кожен нерв на бедрото

G57.2 Увреждане на бедрения нерв

G57.3 Увреждане на n. fibularis
Увреждане на фибуларния (перонеалния) нерв

G57.4 Увреждане на n. tibialis

G57.5 Синдром на тарзалния канал

G57.6 Увреждане на n. plantaris
Метатарзалгия на Morton

G57.8 Други мононевралгии на долен крайник
Междупръстова неврома на долен крайник

Други мононевропатии

G58.7 Множествен мононеврит

Възпалителна полиневропатия

G61.0 Синдром на Guillain-Barré
Остър (пост-)инфекциозен полиневрит

G61.8 Други възпалителни полиневропатии

Други полиневропатии

G62.0 Медикаментозна полиневропатия

G62.2 Полиневропатия, предизвикана от други токсични вещества
При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G62.8 Други уточнени полиневропатии
Радиационна полиневропатия
При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Полиневропатии при болести, класифицирани другаде

G63.3* Полиневропатия при други ендокринни болести и разстройства на обмяната на веществата (E00—E07†, E15—E16†, E20—E34†, E70—E89†)

Други деформиращи дорзопатии

M43.62 Крива шия [torticollis]
Не включва: следните видове тортиколис:
- вроден (стерномастоидеусен) (Q68.0)
- след родова травма (P15.2)
- прясно травматично увреждане — виж травматични увреждания на гръбначния стълб според анатомичната локализация
- психогенен (F45.8)
- спастичен (G24.3)

Травматична спондилопатия

M48.30 Травматична спондилопатия - множествено засягане на гръбначния стълб

M48.31 Травматична спондилопатия - окципито-атланто-аксисен отдел

M48.32 Травматична спондилопатия - шийна област

M48.33 Травматична спондилопатия - шийно-гръден отдел

M48.34 Травматична спондилопатия - гръден отдел

M48.35 Травматична спондилопатия - гръдно-поясен отдел

M48.36 Травматична спондилопатия - поясен отдел

M48.37 Травматична спондилопатия - поясно-кръстен отдел

M48.38 Травматична спондилопатия - кръстен и кръстноопашатен отдел

Увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел

Включва: увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел с болков синдром
увреждания на междупрешленните дискове в шийногръдния отдел

M50.0† Увреждане на междупрешленните дискове в шийния отдел с миелопатия (G99.2*)

M50.1 Увреждане на междупрешленните дискове в шийния отдел с радикулопатия

Не включва: брахиален радикулит БДУ (M54.1)

M50.2 Друг тип хернизация на междупрешленните дискове в шийния отдел

M50.3 Друг тип дегенерация на междупрешленните дискове в шийния отдел

Увреждания на междупрешленните дискове в други отдели

Включва: увреждания на междупрешленните дискове в гръдния, гръднопоясния и пояснокръстния отдел

M51.0† Увреждания на междупрешленните дискове в поясния и другите отдели на гръбначния стълб с миелопатия (G99.2*)

M51.1 Увреждания на междупрешленните дискове в поясния и другите отдели на гръбначния стълб с радикулопатия
Ишиас, дължащ се на увреждане в междупрешленен диск

Не включва: лумбален радикулит БДУ (M54.1)

M51.2 Друг тип уточнена хернизация на междупрешленен диск
Лумбаго, дължащо се на дискова херния

M51.3 Друга уточнена дегенерация на междупрешленен диск

M51.4 Възли на Schmorl

Други дорзопатии, некласифицирани другаде

M53.01 Шийночерепен синдром - окципито-атланто-аксисен отдел
Заден цервикален симпатиков синдром

M53.02 Шийночерепен синдром – шийна област
Заден цервикален симпатиков синдром

M53.03 Шийночерепен синдром - шийногръден отдел
Заден цервикален симпатиков синдром

Шийнобрахиален синдром

M53.11 Шийнобрахиален синдром - окципито-атланто-аксисен отдел

Не включва: увреждане на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.—)
инфраторакален синдром [увреждане на брахиалния плексус] (G 54.0)

M53.12 Шийнобрахиален синдром - шийна област

Не включва: увреждане на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.—)
инфраторакален синдром [увреждане на брахиалния плексус] (G 54.0)

M53.13 Шийнобрахиален синдром - шийно-гръден отдел

Не включва: увреждане на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.—)

инфраторакален синдром [увреждане на брахиалния плексус] (G 54.0)

Спинална нестабилност

M53.20 Спинална нестабилност - множествено засягане на гръбначния стълб

M53.21 Спинална нестабилност - окципито-атланто-аксисен отдел

M53.22 Спинална нестабилност - шийна област

M53.23 Спинална нестабилност - шийногръден отдел

M53.24 Спинална нестабилност - гръден отдел

M53.25 Спинална нестабилност - гръднопоясен отдел

M53.26 Спинална нестабилност - поясен отдел

M53.27 Спинална нестабилност - пояснокръстен отдел

M53.28 Спинална нестабилност - кръстен и кръстноопашен отдел

M53.38 Кръстноопашни увреждания, некласифицирани другаде - кръстен и кръстноопашен отдел
Coccygodinia

Други уточнени дорзопатии

M53.80 Други уточнени дорзопатии - множествено засягане на гръбначния стълб

M53.81 Други уточнени дорзопатии - окципито-атланто-аксисен отдел

M53.82 Други уточнени дорзопатии - шийна област

M53.83 Други уточнени дорзопатии - шийногръден отдел

M53.84 Други уточнени дорзопатии - гръден отдел

M53.85 Други уточнени дорзопатии - гръднопоясен отдел

M53.86 Други уточнени дорзопатии - поясен отдел

M53.87 Други уточнени дорзопатии - пояснокръстен отдел

M53.88 Други уточнени дорзопатии - кръстен и кръстноопашен отдел

Дорзалгия

Не включва: психогенна дорзалгия (F45.4)

M54.00 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - множествено засягане на гръбначния стълб
Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.01 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - окципито-атланто-аксисен отдел
Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.02 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - шийна област
Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.03 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - шийногръден отдел
Не включва: следните видове панникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)

- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.04 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - гръден отдел
Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.05 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - гръднопоясен отдел
Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.06 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - поясен отдел
Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.07 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - пояснокръстен отдел
Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.08 Паникулит, поразяващ шийния отдел и гръбначния отдел - кръстен и кръстноопашен отдел
Не включва: следните видове паникулит:
- БДУ(M79.3)
- при лупус (L93.2)
- рецидивиращ [Weber-Christian] (M35.6)

M54.10 Радикулопатия - множествено засягане на гръбначния стълб
Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ
Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.11 Радикулопатия - окципито-атланто-аксисен отдел
Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ
Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.12 Радикулопатия - шийна област
Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ
Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)

радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.13 Радикулопатия - шийногръден отдел

Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.14 Радикулопатия - гръден отдел

Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.15 Радикулопатия - гръднопоясен отдел

Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.16 Радикулопатия - поясен отдел

Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.17 Радикулопатия - пояснокръстен отдел

Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ

Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)

- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.18 Радикулопатия - кръстен и кръстноопашен отдел
Неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- гръден БДУ
- лумбален БДУ
- лумбосакрален БДУ

Радикулит БДУ
Не включва: следните видове невралгия и неврит БДУ (M79.2)
радикулопатия при:
- увреждания на междупрешленен диск в шийния отдел (M50.1)
- увреждания на междупрешленен диск в поясния и други отдели (M51.1)
- спондилоза (M47.2)

M54.21 Цервикалгия - окципито-атланто-аксисен отдел
Не включва: цервикалгия в резултат на увреждане на междупрешленен диск (M50.—)

M54.22 Цервикалгия - шийна област
Не включва: цервикалгия в резултат на увреждане на междупрешленен диск (M50.—)

M54.36 Ишиас - поясен отдел
Не включва: увреждане на седалищния нерв (G57.0)
ишиас:
- предизвикан от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)
- с лумбаго (M54.4)

M54.37 Ишиас - пояснокръстен отдел
Не включва: увреждане на седалищния нерв (G57.0)
ишиас:
- предизвикан от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)
- с лумбаго (M54.4)

M54.46 Лумбаго с ишиас - поясен отдел
Не включва: предизвикано от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)

M54.47 Лумбаго с ишиас - пояснокръстен отдел
Не включва: предизвикано от увреждане на междупрешленен диск (M51.1)

M54.55 Ниска кръстна болка - гръднопоясен отдел
Поясна болка
Ниско кръстно напрежение
Лумбаго БДУ
Не включва: лумбаго:
- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)
- с ишиас (M54.4)

M54.56 Ниска кръстна болка - поясен отдел
Поясна болка
Ниско кръстно напрежение
Лумбаго БДУ
Не включва: лумбаго:
- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)
- с ишиас (M54.4)

M54.57 Ниска кръстна болка - пояснокръстен отдел
Поясна болка
Ниско кръстно напрежение
Лумбаго БДУ
Не включва: лумбаго:
- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)
- с ишиас (M54.4)

M54.58 Ниска кръстна болка - кръстен и кръстноопашен отдел

Поясна болка
Ниско кръстно напрежение
Лумбаго БДУ
Не включва: лумбаго:
- вследствие на хернизация на междупрешленен диск (M51.2)
- с ишиас (M54.4)

M54.63 Болка в гръдния отдел на гръбначния стълб - шийногръден отдел
Не включва: вследствие на увреждане на междупрешленен диск (M51.—)

M54.64 Болка в гръдния отдел на гръбначния стълб - гръден отдел
Не включва: вследствие на увреждане на междупрешленен диск (M51.—)

M54.65 Болка в гръдния отдел на гръбначния стълб - гръднопоясен отдел
Не включва: вследствие на увреждане на междупрешленен диск (M51.—)

Увреждания на костно-мускулната система след медицински процедури, некласифицирани другаде

Не включва: артропатия след чревна анастомоза (M02.0)
наличие на функционални имплантати и на други протези (Z95—Z97)
нарушения, свързани с остеопороза (M80—M81)

M96.1 Синдром след ламинектомия, некласифициран другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката G63 не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

59724-00 Миелография

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])

• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак

Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56233-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели

56234-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели
Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб

Включва: гръбначен мозък

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
• на ≥ 1 мускул(и)
• използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Приложение на фармакологичен агент през отвор
Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент
Йонофореза
Топично } приложение на фармакологичен агент
Трансдермално }
Не включва: приложение на фармакологичен агент през устата (96203 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Кодирай също когато е направена:
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, от които едната е задължително ЕМГ (изключение при диагнози G50.0, G50.1, G50.8, G52.0, G52.1, G52.2, G52.3, G52.8) и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицинските стандарти по „Неврология“ и „Педиатрия“.

А ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология или детска неврология
2. Клинична лаборатория* II ниво (с възможност и за ликворологично изследване и КГА)
3. ЕМГ – кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Отделение/лаборатория по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - двама лекари с придобита специалност по нервни болести за Клиника/отделение по неврология

или

- лекар със специалност по нервни болести за Клиника/отделение по детска неврология

или

лекар със специалност по детска неврология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ изследване – лекар със специалност по нервни болести или детска неврология, с квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт "Нервни болести").

4.2. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- синдром на Guillain-Barre и постинфекциозен полиневрит - всички клинични форми и степени на тежест;
- полиневропатия с остро, подостро или хронично развиващи се вяли периферни парези в крайниците, със или без сетивни нарушения, остро или подостро развиващи се сетивни нарушения в крайниците с възбуден или отпаден характер;
- болести на черепно-мозъчните нерви: VII ЧМН - остър стадий до 10 ден - всички клинични форми и степени на тежест; V ЧМН - всички остри случаи с невралгия на троичния нерв с неуточнена етиология, остри увреждания на други уточнени ЧМН;
- болести на нервните коренчета и плексуси при наличие на остро развитие на долна вяла парапареза или на квадрипареза от смесен тип с тазово-резервоарни нарушения; развили парези с различна степен на изразеност в проксимални и /или дистални мускулни групи; възбудни сетивни прояви, неповлияващи се от медикаментозното лечение, проведено в амбулаторни условия;
- порфиринова полиневропатия.

Диагностично изясняване на недиагностицирани състояния и заболявания (спондилит, метастази в прешлен, миелом, неврином, херпес зостер и др.) след изчерпване на диагностичните възможности в специализираната извънболнична помощ и наличие на медицински риск от отлагане на диагностиката и лечението.

- Вертеброгенни дискови и диск-артикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми, неповлияващи се от медикаментозното лечение, провеждано в амбулаторни условия и с поява на някой от следните симптоми/синдроми: интермитентни тазово-резервоарни нарушения; съмнение за развиващ се синдром на cauda equina; поява на отпадна сетивна или двигателна симптоматика; вертеброгенен синдром с възбудна или отпадна симптоматика.
- Болести на черепно-мозъчните нерви (ЧМН) - хронични неповлияващи се от медикаментозното лечение, провеждано в амбулаторни условия.
- Болести на нервните коренчета и плексуси - болни с хронични болкови синдроми.
- Медикаментозна полиневропатия с изразени отпадни сетивни и двигателни разстройства.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (кръв) се взема в рамките на болничния престой за подпомагане на диференциално-диагностичния план и уточняване на основната диагноза, ако не е извършено в извънболничната помощ. ЕМГ се извършва задължително в рамките на болничния престой. При увреждане на черепно-мозъчни нерви по преценка се извършва консултация със специалист по УНГ. Общо изследване на ликвор, вирусологично изследване на ликвор и на кръв се извършва по преценка.

2.1. Лечение на неврит на VII ЧМН.

Средство на избор са:

- кортикостероиди (при съобразяване на контраиндикациите) – преднизон, метилпреднизолон, преднизолон;

- манитол – 10% 500 ml - при съобразяване за контраиндикации;

- нестероидни противовъзпалителни средства (при контраиндикации за прилагане на кортикостероиди);

- ацикловир (при доказана херпес симплекс етиология);

- физикално лечение.

2.2. Лечение на идиопатичната невралгия на троичния нерв.

Лечението е медикаментозно и/или неврохирургично.

Медикаментозното лечение включва:

- Габапентин - 2-3 пъти по 400 mg;

- Карбамазепин – 3 x 200 mg до 3 x 400 mg или

- Прегабалин

- Трамадол

2.3. Болести на нервните коренчета и плексуси (цервикобрахиална радикулоплексопатия и лумбосакрална радикулоплексопатия).

Лечението включва:

- нестероидни противовъзпалителни средства;

- дексаметазон (при резистентни на друго лечение болкови синдроми);

- миорелаксанти;

- манитол 10 % 500 ml;

- физикално лечение;

- неврохирургично лечение (при необходимост).

2.4. Увреждане на н. улнарис, н. медианус, н. радиалис, н. феморалис и на н. ишиадикус и неговите клонове (н. тибиалис и н. перонеус).

Лечението е в зависимост от основното заболяване (компресия, травма, захарен диабет, професионално увреждане, колагеноза) и включва медикаментозно, физикално и при необходимост - неврохирургично лечение.

Използват се следните медикаменти:

- нестероидни противовъзпалителни средства;

- кортикостероиди;

2.5. Възпалителна полиневропатия

Диагностичният процес в болничното заведение включва поставянето на диагнозата полиневропатия, определяне на нейния вид (сетивна, моторна, сетивно-моторна, множествена мононевропатия), нейната тежест, клиничен ход (остър, подостър, хроничен) и етиология.

Необходимо е да се определят степените на двигателния дефицит, наличието на дихателна недостатъчност и/или булбарна симптоматика, необходимостта от изкуствена белодробна вентилация, както и евентуално придружаващи заболявания.

Клинично могат да се разграничат **три форми на ПНП** в зависимост от двигателния дефицит, наличието на булбарни и дихателни нарушения:

- **лека форма** – възможна самостоятелна походка;
- **умерено тежка форма** – походката е възможна само с придружител;
- **тежка форма** – невъзможна походка, наличие на дихателни нарушения и/или булбарни прояви.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване особеностите на болестта – КТ (МРТ) миелография.

Специфично лечение на острата форма на синдрома на Гилен – Баре (остра възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **без имуноглобулини:**

При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин се прилага плазмафереза. Не се препоръчва употребата на кортикостероидни препарати поради тяхната неефективност при това заболяване.

Специфично лечение на хроничната форма синдрома на Гилен–Баре (хронична възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **без имуноглобулини**:

Средство на първи избор са кортикостероидите:

- преднизон, метилпреднизолон, преднизолон;
- метилпреднизолон – 80 мг интравенозно дневно в продължение на две седмици с постепенно намаляване на дневната доза и преминаване към перорален прием на преднизон, метилпреднизолон или преднизолон.

2.6. Специфично лечение при постинфекциозни полирадикулоневрити - провежда се съобразно етиологичния причинител с антибиотици и антивирусни средства.

2.7. Специфично лечение на порфириновата полиневропатия - подчертана въглехидратна диета и инфузии на глюкозен разтвор (500 гр. за 24 ч).

2.8. Специфично лечение на медикаментозната полиневропатия:

- при възможност спиране употребата на медикамента и замяната му с друг;

Неспецифичното (интензивно) лечение при синдрома на Гилен – Баре, постинфекциозните полирадикулоневрити и порфириновата полиневропатия включва респираторна реанимация и интензивно лечение: ендотрахеална интубация и последваща трахеостомия, провеждане на изкуствена белодробна вентилация при съответни индикации; включване на централен венозен път за провеждане на медикаментозни инфузии, парентерално хранене и корекция на водно-електролитния баланс, както и за проследяване на ЦВН, мониториране на сърдечната дейност и общата хемодинамика; поставяне на назогастрална сонда и провеждане на смесено хранене. При неподвижни пациенти се взимат всички мерки за профилактика на ранни контрактури и декубитуси – физикалната терапия започва още в началото на заболяването. При пациенти с долна парапареза (или квадрипареза/квадриплегия), се провежда профилактика на флеботромбози с нискомолекулярни хепарини. Проследява се чревната перисталтика и при признаци за субилеус – приложение на антихолинестеразни средства. При алгични форми на синдрома на Гилен – Баре се прилагат неопиоидни и опиодни аналгетици, карбамазепин. Извършва се и психологично подпомагане на болния.

2.9. Поведение при вертеброгенни дискови и диск-артикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми:

При приемането на пациента, в деня на хоспитализацията, се извършва пълен медицински преглед – подробна насочена анамнеза, соматичен и неврологичен статус, планират се необходимите изследвания; поставя се плоскост под дюшека на леглото (когато е необходимо за постигане правилно положение на болния в леглото) или се използва специализирано легло (при възможност). Назначава се медикаментозно лечение:

- за болката и съпътстващото асептично възпаление – приложение на НСПВС i.m. или i.v.

- миорелаксанти;

- при съмнение за централна или рецесуална стеноза и голяма дискова херния – кортикостероиди;

- при двигателен дефицит – антихолинестеразни средства - Galantamin (желателно след консултация с интернист);

- поставя се лумбостат или шийна яка (където е необходимо) за имобилизация на засегнатите сегменти.

При много силна и неповлияваща се от НСПВС вертеброгенна радикулерна или нерадикулерна болка в острия й стадий е уместно и използването на опиоидни аналгетици.

Извършат се лабораторни и рентгенови изследвания – лицева и странична проекция, при необходимост и коси проекции; електромиографско изследване, КТ и/или МРТ; при необходимост се провежда лумбална пункция; серумна електрофореза (и на урина) при съмнение за миелом и т.н.

При провеждане на лечението е необходимо проследяване на неврологичния статус, отчитане на подобрение или евентуално влошаване на симптоматиката. При двигателен дефицит е необходимо и провеждане на ЕМГ след определен период за отчитане ефекта от терапията и прогностично; за отчитане на глобалния ефект от лечението е желателно да се използват скали (напр. VAS).

След провеждане на необходимите образни изследвания и установяване възможната етиология при необходимост се правят допълнителни консултации – с неврохирург, ортопед, ендокринолог (напр. при остеопороза), хематолог (при мултиплен миелом), ревматолог (при анкилозиращ спондилит и др. ревматични заболявания), онколог (при метастази) и т.н.

Медикаментозното лечение е аналогично на приетото в „Национален консенсус за диагностика и лечение на неврологично обусловените болки“

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

При вертеброгенни дискови и диск-артикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми - окончателната диагноза се поставя въз основа на клиничната картина, хода на болестта, образните изследвания (Ro и КТ/МРТ) и лабораторните изследвания; уточняване на възможната етиология.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стациониране или намаляване на изявената неврологична (възбудна и отпадна) симптоматика, доказана чрез неврологично изследване, а при вертеброгенни дискови и диск-артикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми и едно или повече от следните условия:

- поставяне на диагнозата и намаляване интензивността на болковата симптоматика (радикулерна или нерадикулерна);
- подобряване на отпадната симптоматика (сетивна или двигателна);
- възстановяване обема на движение в засегнатия вертебрален отдел;
- проведени контролни изследвания, когато е необходимо (ЕМГ, ММТ).

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

БОЛЕСТИ НА ПЕРИФЕРНАТА НЕРВНА СИСТЕМА (БОЛЕСТИ НА ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ НЕРВИ, БОЛЕСТИ НА НЕРВНИТЕ КОРЕНЧЕТА И ПЛЕКСУСИ)

Невритът на лицевия нерв е сравнително често заболяване, което се обуславя от вирусна инфекция на ствола на нерва с развитие на парализа на мускулатурата на едната лицева половина. Идиопатичната невралгия на троичния нерв е рядко заболяване, което се характеризира с по-редки или по-чести болкови пристъпи в отделни области на лицето.

Болестите на нервните коренчета и плексусите са широко разпространени заболявания в съвременния свят, дължащи се най-често на дегенеративни промени в шийните или поясните прешлени. При част от болните с тези заболявания се налага хоспитализация, с цел диагностично изясняване и лечение на мускулната слабост и болковия синдром.

Увредата на отделни нерви в областта на ръцете или краката се дължи на различни заболявания, което налага в редица случаи диагностичното изясняване да се извършва в болнични условия като необходима предпоставка за правилно лечение.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА С ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТ

Синдромът на Гилен - Баре е остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви, което е сравнително рядко. Характеризира се с нарастваща слабост в продължение на 1-3 седмици на долните или на четирите крайника. Понякога могат да се прибавят парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. 90% от случаите се възстановяват през следващите месеци. 10% от болните остават трайно инвалидизирани. В 20% от случаите се развива парализа на дихателната мускулатура с последващи дихателни нарушения, които водят до смъртен изход, ако пациентът не се включи по спешност на апаратна вентилация. Това налага всички съмнителни случаи с това заболяване да бъдат приети по спешност в болнично лечебно заведение (неврологична клиника/отделение или отделение за интензивно лечение). В болничното заведение ще се проведе правилното лечение, което ще подобри прогнозата на заболяването по отношение на пълноценното възстановяване на пациента.

Диабетната и медикаментозната полиневропатия са широко разпространени заболявания в нашата съвременност. Това се определя от големия брой болни, страдащи от захарен диабет. 30 - 40% от тях развиват като усложнение полиневропатия.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

ВЕРТЕБРОГЕННИ ДИСКОВИ И ДИСК-АРТИКУЛЕРНИ НЕКОРЕНЧЕВИ И КОРЕНЧЕВИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ

Болките в гръбнака (от гръбначен произход – вертеброгенни болки) са едни от най-разпространените оплаквания на съвременната цивилизация. Всеки човек в живота си изпитва болка в някой отдел на гръбнака – шиен, гръден или поясен. Налице са твърде много фактори, които допринасят за постоянно нарастващата им честота. Един от значимите фактори е заседналия живот, който водим в т.н. "ера на компютрите". Те са причина за големи икономически загуби поради нетрудоспособност, тъй като засягат предимно хората в активна възраст и имат склонност да рецидивират.

Причините за появата на тези болки са различни и най-често комплексни – външни и вътрешни. Патологичните процеси, които причиняват вертеброгенните болки обикновено са доброкачествени. Рисковите фактори са както външни (внезапни непремерени движения, вдигане на тежести, продължителни и неудобни пози, травми и т.н.), така и вътрешни – дължащи се на предразположение на самия организъм (вродени малформации на прешлени, обменни заболявания, естествени процеси на стареене на гръбначните структури).

Източник на болка могат да бъдат патологични процеси във всички структури на гръбнака, които имат болкови рецептори. Това са както подвижните елементи (т.нар. "амортисьори" на гръбнака – междупрешленните дискове, малките междупрешленни ставички), така и стабилизиращите го структури – прешленните тела, съединително-тъканните връзки и мускулите, поддържащи изправената поза на човека. Освен често срещаните дегенеративни изменения, известни на всички като "шипове", "дископатия", "дискова херния" и т.н., причини за болката могат да са и други заболявания на структурите на гръбнака – остеопороза, фрактури, туберкулоза, други възпалителни процеси, тумори и метастази.

Гръбнакът е много важен орган, имащ пряко отношение към изправеното положение и към движенията на цялото тяло. Той охранява гръбначния мозък и през неговите отворчета преминават нервите, провеждащи усета и импулсите за движения на мускулите. Тези функции могат да се нарушат вследствие на неговото увреждане. Това предполага по-внимателно отношение към "баналните" за много от хората "болежки" в гръбнака, а при по-упоритото им протичане се налага извършване на някои изследвания и постъпване за лечение в болница.

Лечението на вертеброгенните болки трябва да бъде комплексно и да е насочено към повлияване на патологичния процес в гръбнака, който ги е предизвикал. Наред с лекарствата за болката, понякога е необходимо временно да се постави шийна яка или лумбостат, за да се ограничат усилващите я движения. Според преценката на лекаря се провежда и мануална терапия, физиотерапия, екстензии, акупунктура и кинезитерапия.

Склонността на вертеброгенните заболявания да рецидивират (да се повтарят) и да се появяват при някои конкретни провокации, налага обучение за профилактика (предпазване). В това се включва както използването на удобно легло, начина на ставане сутрин от него, повдигането на предмети от земята, позицията на работното място (правилно поставяне на компютъра), така и провеждането на специални рехабилитационни програми и практикуване на определени спортове за укрепването на мускулния корсет.

КП № 56 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИ НА ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ НЕРВИ (ЧМН), НА НЕРВНИТЕ КОРЕНЧЕТА И ПЛЕКСУСИ, ПОЛИНЕВРОПАТИЯ И ВЕРТЕБРОГЕННИ БОЛКОВИ СИНДРОМИ

КП № 56.3 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СИНДРОМ НА GUILLAIN-BARRÉ С ИМУНОГЛОБУЛИНИ

1.Минимален болничен престой – 5 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

G61.0 Синдром на Guillain-Barré
Остър (пост-)инфекциозен полиневрит

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката G63 не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

59724-00 Миелография

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])

• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак

Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56233-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели

56234-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели
Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб

Включва: гръбначен мозък

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
• на ≥ 1 мускул(и)
• използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Приложение на фармакологичен агент през отвор
Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент
Йонофореза
Топично } приложение на фармакологичен агент
Трансдермално }
Не включва: приложение на фармакологичен агент през устата (96203 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, от които едната е задължително ЕМГ и една основна терапевтична процедура - 13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицинските стандарти по „Неврология“ и „Педиатрия“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология или детска неврология
2. Клинична лаборатория* II ниво (с възможност и за ликворологично изследване и КГА)
3. ЕМГ – кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Отделение/лаборатория по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

лекар със специалност по нервни болести - двама лекари с придобита специалност по нервни болести;

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - двама лекари с придобита специалност по нервни болести за Клиника/отделение по неврология

или

- лекар със специалност по нервни болести за Клиника/отделение по детска неврология

Или

- лекар със специалност по детска неврология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ изследване – лекар със специалност по нервни болести или детска неврология, с квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт "Нервни болести").

4.2. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Синдром на Guillain-Barre и постинфекциозен полиневрит - всички клинични форми и степени на тежест;

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

1.Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (кръв) се взема в рамките на болничния престой за подпомагане на диференциално-диагностичния план и уточняване на основната диагноза, ако не е извършено в извънболничната помощ. ЕМГ се извършва задължително в рамките на болничния престой. Общо изследване на ликвор, вирусологично изследване на ликвор и на кръв се извършва по преценка.

2.Възпалителна полиневропатия

Диагностичният процес в болничното заведение включва поставянето на диагнозата полиневропатия, определяне на нейния вид (сетивна, моторна, сетивно-моторна, множествена мононевропатия), нейната тежест, клиничен ход (остър, подостър, хроничен) и етиология.

Необходимо е да се определят степените на двигателния дефицит, наличието на дихателна недостатъчност и/или булбарна симптоматика, необходимостта от изкуствена белодробна вентилация, както и евентуално придружаващи заболявания.

Клинично могат да се разграничат **три форми на ПНП** в зависимост от двигателния дефицит, наличието на булбарни и дихателни нарушения:

- **лека форма –** възможна самостоятелна походка;
- **умерено тежка форма –** походката е възможна само с придружител;
- **тежка форма –** невъзможна походка, наличие на дихателни нарушения и/или булбарни прояви.

Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване особеностите на болестта – КТ (МРТ) миелография.

3.Специфично лечение на острата форма на синдрома на Гилен – Баре (остра възпалителна демиелинизираща полирадикулоневропатия) **с имуноглобулини:**

При контраиндикации за провеждане на лечение с имуноглобулин се прилага плазмафереза. Не се препоръчва употребата на кортикостероидни препарати поради тяхната неефективност при това заболяване.

4. Специфично лечение при постинфекциозни полирадикулоневрити - провежда се съобразно етиологичния причинител с антибиотици и антивирусни средства.

Неспецифичното (интензивно) лечение при синдрома на Гилен – Баре, постинфекциозните полирадикулоневрити и порфириновата полиневропатия включва респираторна реанимация и интензивно лечение: ендотрахеална интубация и последваща трахеостомия, провеждане на изкуствена белодробна вентилация при съответни индикации; включване на централен венозен път за провеждане на медикаментозни инфузии, парентерално хранене и корекция на водно-електролитния баланс, както и за проследяване на ЦВН, мониториране на сърдечната дейност и общата хемодинамика; поставяне на назогастрална сонда и провеждане на смесено хранене. При неподвижни пациенти се взимат всички мерки за профилактика на ранни контрактури и декубитуси – физикалната терапия започва още в началото на заболяването. При пациенти с долна парапареза (или квадрипареза/квадриплегия), се провежда профилактика на флеботромбози с нискомолекулярни хепарини. Проследява се чревната перисталтика и при признаци за субилеус – приложение на антихолинестеразни средства. При алгични форми на синдрома на Гилен – Баре се прилагат неопиоидни и опиодни аналгетици, карбамазепин. Извършва се и психологично подпомагане на болния.

Медикаментозното лечение е аналогично на приетото в „Национален консенсус за диагностика и лечение на неврологично обусловените болки“

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

При вертеброгенни дискови и диск-артикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми - окончателната диагноза се поставя въз основа на клиничната картина, хода на болестта, образните изследвания (Ro и КТ/МРТ) и лабораторните изследвания; уточняване на възможната етиология.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стациониране или намаляване на изявената неврологична (възбудна и отпадна) симптоматика, доказана чрез неврологично изследване, а при вертеброгенни дискови и диск-артикулерни некоренчеви и коренчеви болкови синдроми и едно или повече от следните условия:

- поставяне на диагнозата и намаляване интензивността на болковата симптоматика (радикулерна или нерадикулерна);
- подобряване на отпадната симптоматика (сетивна или двигателна);
- възстановяване обема на движение в засегнатия вертебрален отдел;
- проведени контролни изследвания, когато е необходимо (ЕМГ, ММТ).

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”.*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “История на заболяването”;

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

БОЛЕСТИ НА ПЕРИФЕРНАТА НЕРВНА СИСТЕМА (БОЛЕСТИ НА ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИТЕ НЕРВИ, БОЛЕСТИ НА НЕРВНИТЕ КОРЕНЧЕТА И ПЛЕКСУСИ)

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА С ПОЛИРАДИКУЛОНЕВРИТ

Синдромът на Гилен - Баре е остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви, което е сравнително рядко. Характеризира се с нарастваща слабост в продължение на 1-3 седмици на долните или на четирите крайника. Понякога могат да се прибавят парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. 90% от случаите се възстановяват през следващите месеци. 10% от болните остават трайно инвалидизирани. В 20% от случаите се развива парализа на дихателната мускулатура с последващи дихателни нарушения, които водят до смъртен изход, ако пациентът не се включи по спешност на апаратна вентилация. Това налага всички съмнителни случаи с това заболяване да бъдат приети по спешност в болнично лечебно заведение (неврологична клиника/отделение или отделение за интензивно лечение). В болничното заведение ще се проведе правилното лечение, което ще подобри прогнозата на заболяването по отношение на пълноценното възстановяване на пациента.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 57 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИ И ХРОНИЧНИ ВИРУСНИ, БАКТЕРИАЛНИ, СПИРОХЕТНИ, МИКОТИЧНИ И ПАРАЗИТНИ МЕНИНГИТИ, МЕНИНГОЕНЦЕФАЛИТИ И МИЕЛИТИ

КП № 57.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИ И ХРОНИЧНИ ВИРУСНИ, БАКТЕРИАЛНИ, СПИРОХЕТНИ, МИКОТИЧНИ И ПАРАЗИТНИ МЕНИНГИТИ, МЕНИНГОЕНЦЕФАЛИТИ И МИЕЛИТИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 5 дни

2.2 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Менингококова инфекция

A39.0† Менингококов менингит (G01*)

A39.1† Синдром на Weterhouse-Friderichsen (E35.1*)
Менингококов хеморагичен адреналит
Менингококов адренален синдром

Ранен сифилис

A51.4 Други форми на вторичен сифилис
Вторичен(-на)(-но) сифилитичен(-на)(-но):
- възпаление на женските тазови органи† (N74.2*)
- иридоциклит† (H22.0*)
- лимфаденопатия
- менингит† (G01*)
- миозит† (M63.0*)
- офталмопатия, НКД† (H58.8*)
- периостит† (M90.1*)

Късен сифилис

A52.1 Невросифилис със симптоми
Артропатия на Charcot (M14.6*)
Късен(-на) сифилитичен(-на):
- неврит на слуховия нерв† (H94.0*)
- енцефалит† (G05.0*)
- менингит† (G01*)
- атрофия на зрителния нерв† (H48.0*)
- полиневропатия† (G63.0*)
- ретробулбарен неврит† (H48.1*)

Сифилитичен паркинсонизъм† (G22*)

A52.2 Асимптоматичен невросифилис

A52.3 Невросифилис
Гума (сифилитична)
Сифилис (късен)
Сифилома
} на централната нервна система БДУ

A69.2 Лаймска болест
Хроничен мигриращ еритем, предизвикан от *Borrelia burgdorferi*

Остър полиомиелит

A80.0 Остър паралитичен полиомиелит, свързан с ваксина
A80.1 Остър паралитичен полиомиелит, предизвикан от внесен див вирус

Атипични вирусни инфекции на централната нервна система

Включва: prion болести на централната нервна система

A81.1 Подостър склерозиращ паненцефалит
Енцефалит с включвания на Dawson-ови телца
Склерозиращ левкоенцефалит на Van Bogaert

A81.2 Прогресираща многоогнищна левкоенцефалопатия
Многоогнищна левкоенцефалопатия БДУ

A81.8 Други атипични вирусни инфекции на централната нервна система
Куру

A81.9 Атипична вирусна инфекция на централната нервна система, неуточнена
Prion болест на централната нервна система НКД

Вирусен енцефалит, предаван от кърлежи
Включва: кърлежов вирусен менингоенцефалит

A84.0 Далекоизточен кърлежов енцефалит [руски пролетно-летен енцефалит]

A84.1 Централноевропейски кърлежов енцефалит

A84.8 Други кърлежови вирусни енцефалити
Болест на Louping
Болест, предизвикана от Powassan-вирус

A84.9 Кърлежов вирусен енцефалит, неуточнен

Други вирусни енцефалити, некласифицирани другаде
Включва: уточнен вирусен:
- енцефаломиелит, НКД
- менингоенцефалит, НКД

Не включва: доброкачествен миалгичен енцефаломиелит (G93.3)
енцефалит, предизвикан от:
- херпес-вирус [herpes simplex] (B00.4)
- морбили-вирус (B05.0)
- вирус на епидемичния паротит (B26.2)
- полиомиелитен вирус (A80.—)
- зостер-вирус (B02.0)

лимфоцитарен хориоменингит (A87.2)

A85.2 Вирусен енцефалит, предаван от членестоноги, неуточнен

A85.8 Други уточнени вирусни енцефалити
Летаргичен енцефалит
Болест на Economo-Cruchet

A86 Вирусен енцефалит, неуточнен
Вирусен:
- енцефаломиелит БДУ
- менингоенцефалит БДУ

Вирусен менингит
Не включва: менингит, предизвикан от:
- херпес-вирус [herpes simplex] (B00.3)
- морбили-вирус (B05.1)
- вирус на епидемичния паротит (B26.1)
- полиомиелитен вирус (A80.—)
- зостер-вирус (B02.1)

A87.0† Ентеровирусен менингит (G02.0*)
Коксакивирусен менингит
Еховирусен менингит

A87.1†Аденовирусен менингит (G02.0*)

A87.2 Лимфоцитарен хориоменингит
Лимфоцитарен менингоенцефалит

A87.8 Друг вирусен менингит

Херпес-вирусни [herpes simplex] инфекции
Не включва: аногенитална херпес-вирусна инфекция (A60.—)
вродена херпес-вирусна инфекция (P35.2)
гама-херпес-вирусна мононуклеоза (B27.0)
херпангина (B08.5)

B00.3† Херпес-вирусен менингит (G02.0*)

B00.4† Херпес-вирусен енцефалит (G05.1*)
Херпес-вирусен менингоенцефалит
Маймунска болест B

Херпес зостер [herpes zoster]
Включва: херпес зостер
zona

B02.1† Херпес зостер с менингит (G02.0*)

B02.2† Херпес зостер с други усложнения на нервната система
Постхерпесен(-на):
- ганглионит на лицевия нерв (G53.0*)
- полиневропатия (G63.0*)
- невралгия на троичния нерв (G53.0*)

Брусница
Включва: morbilli
Не включва: подостър склерозиращ паненцефалит (A81.1)

B05.0† Брусница, усложнена с енцефалит (G05.1*)
Постморбилозен енцефалит

B05.1† Брусница, усложнена с менингит (G02.0*)
Постморбилозен менингит

Епидемичен паротит
Включва: паротит:
- епидемичен
- инфекциозен

B26.1† Паротитен менингит (G02.0*)

B26.2† Паротитен енцефалит (G05.1*)

Кандидоза
Включва: кандидоза
монилиаза
Не включва: неонатална кандидоза (P37.5)

B37.5† Кандидозен менингит (G02.1*)

Кокцидиоидомикоза

B38.4† Кокцидиоидомикозен менингит (G 02.1*)

Криптококоза

B45.1 Церебрална криптококоза
Криптококов менингит (G02.1*)
Менингоцеребрална криптококоза

Токсоплазмоза
Включва: инфекция, предизвикана от *Toxoplasma gondii*
Не включва: вродена токсоплазмоза (P37.1)

B58.2† Токсоплазмозен менингоенцефалит (G05.2*)

Цистицеркоза

Включва: цистицеркоза, предизвикана от личинковата форма на свинската тения *Taenia solium*

B69.0 Цистицеркоза на централната нервна система

Бактериален менингит, некласифициран другаде

Включва: арахноидит, лептоменингит, менингит, пахименингит } бактериален

Не включва: бактериален:
- менингоенцефалит (G04.2)
- менингомиелит (G04.2)

G00.0 Хемофилен менингит

Менингит, предизвикан от *Haemophilus influenzae*

G00.1 Пневмококов менингит

G00.2 Стрептококов менингит

G00.3 Стафилококов менингит

G00.8 Менингит, предизвикан от други бактерии

Менингит от:
- бацила на Friedlander
- *Escherichia coli*
- *Klebsiella*

G00.9 Бактериален менингит, неуточнен

Менингит:
- гноен БДУ
- пиогенен БДУ
- супуративен БДУ

G01* Менингит при бактериални болести, класифицирани другаде

Менингит (при):
- антракс (A22.8†)
- гонококов (A54.8†)
- лептоспироза (A27.—†)
- листериоза (A32.1†)
- Лаймска болест (A69.2†)
- менингококов (A39.0†)
- невросифилис (A52.1†)
- салмонелоза (A02.2†)
- сифилис:
- вроден (A50.4†)
- вторичен (A51.4†)
- туберкулоза (A17.0†)
- тифоидна треска (A01.0†)

Не включва: менингоенцефалит и менингомиелит при бактериални болести, класифицирани другаде (G05.0*)

Менингит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Не включва: менингоенцефалит и менингомиелит при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде (G05.1—G05.2*)

G02.0* Менингит при вирусни болести, класифицирани другаде

Менингит (предизвикан от):
- аденовирусен (A87.1†)
- ентеровирусен (A87.0†)
- herpes simplex (B00.3†)
- инфекциозна мононуклеоза (B27.—†)
- морбили (B05.1†)
- епидемичен паротит (B26.1†)

• рубеола (B06.0†)
• варицела (B01.0†)
• herpes zoster (B02.1†)

G02.1* Менингит при микози

Менингит (при):
• кандидозен (B37.5†)
• кокцидиомикоза (B38.4†)
• криптококов (B45.1†)

G02.8* Менингит при други уточнени инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Менингит при:
• африканска трипанозома (B56.—†)
• болест на Chagas (B57.4†)

Менингит, дължащ се на други и неуточнени причини

Включва: арахноидит
лептоменингит } вследствие на други
менингит } и неуточнени причини
пахименингит

Не включва: менингоенцефалит (G04.—)
менингомиелит (G04.—)

G03.0 Непиогенен менингит

Небактериален менингит

G03.8 Менингит, предизвикан от други уточнени причинители

Енцефалит, миелит и енцефаломиелит

Включва: остър възходящ миелит
менингоенцефалит
менингомиелит

Не включва: доброкачествен миалгичен енцефалит (G93.3)
енцефалопатия:
• БДУ (G93.4)
• алкохолна (G31.2)
• токсична (G92)
множествена склероза (G35)
миелит:
• остър трансверзален (G37.3)
• подостър некротизиращ (G37.4)

G04.2 Бактериален менингоенцефалит и менингомиелит, некласифицирани другаде

G04.8 Други енцефалити, миелити и енцефаломиелити

Постинфекциозен енцефалит и енцефаломиелит БДУ

Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при болести, класифицирани другаде

Включва: менингоенцефалит и менингомиелит при болести, класифицирани другаде

G05.0* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при бактериални болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит (при):
• листериоза (A32.1†)
• менингококов (A39.8†)
• сифилис:
• вроден (A50.4†)
• късен (A52.1†)
• туберкулозен (A17.8†)

G05.1* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при вирусни болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит (при):
• аденовирусни (A85.1†)
• цитомегаловирусни (B25.8†)

- ентеровирусни (A85.0†)
- herpes simplex (B00.4†)
- грип (J10.8†, J11.8†)
- морбили (B05.0†)
- епидемичен паротит (B26.2†)
- след варицела (B01.1†)
- рубеола (B06.0†)
- herpes zoster (B02.0†)

G05.2* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит при:
- африканска трипанозомоза (B56.—†)
- болест на Chagas (хронична форма) (B57.4†)
- менингит, предизвикан от свободно живеещи амеби (naegleria) (B60.2†)
- токсоплазмоза (B58.2†)

Еозинофилен менингоенцефалит (B83.2†)

Увреждания на черепномозъчни нерви при болести, класифицирани другаде

G53.0* Невралгия след herpes zoster (B02.2†)

Постхерпетично(-а):
- възпаление на ganglion geniculi
- невралгия на троичния нерв

Полиневропатии при болести, класифицирани другаде

G63.0* Полиневропатия при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Полиневропатия при:
- дифтерия (A36.8†)
- инфекциозна мононуклеоза (B27.—†)
- проказа (A30.—†)
- Лаймска болест (A69.2†)
- епидемичен паротит (B26.8†)
- herpes zoster (B02.2†)
- късен сифилис (A52.1†)
- вроден сифилис (A50.4†)
- туберкулоза (A17.8†)

G93.4 Енцефалопатия, неуточнена

Не включва: енцефалопатия:
- алкохолна (G31.2)
- токсична (G92)

Грип, предизвикан от идентифициран вирус на грипа

Не включва: предизвикани от *Haemophilus influenzae* [*H. influenzae*]:
- инфекция БДУ (A49.2)
- менингит (G00.0)
- пневмония (J14)

J10.8 Грип с други прояви, идентифициран грипен вирус

Енцефалопатия, причинена от грип
Грипен:
- гастроентерит
- миокардит (остър)

} идентифициран грипен вирус

Грип, неидентифициран вирус

Включва: грип

без споменаване за идентифициране на вируса

вирусен грип	
Не включва: предизвикани от *Haemophilus influenzae* [*H.influenzae*]: инфекция БДУ (A49.2) менингит (G00.0) пневмония (J14)	
J11.8 Грип с други прояви, неидентифициран вирус	
Енцефалопатия, причинена от грип	
Грипен:	неуточнени или вирусът не е идентифициран
гастроентерит	
миокардит (остър)	

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1925 Паразитологични изследвания

92182-03 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за

паразитология

1933 Химико-токсикологични изследвания

92182-04 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за токсикология

1934 Други лабораторни изследвания

92182-05 Друго микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор

Определяне на специфични IgG антитела срещу Borrelia burgdorferi в ликвора
Определяна на общи IgG в ликвора

1926 Микробиологични изследвания

91929-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за бактериална намазка

91929-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

1925 Паразитологични изследвания

91929-03 Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за паразитология

1933 Химико-токсикологични изследвания

91929-04 Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за токсикология

1934 Други лабораторни изследвания

91939-03 Друго микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс

Включва: изследване на назофарингеален секрет при грип

1926 Микробиологични изследвания

91937-00 Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка

91937-01 Микроскопско изследване на кръв за култура

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1925 Паразитологични изследвания

91937-03 Микроскопско изследване на кръв за паразитология

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1933 Химико-токсикологични изследвания

91937-04 Микроскопско изследване на кръв за токсикология

1926 Микробиологични изследвания

91919-03 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за бактериална намазка

91919-04 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура

91919-05 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен

тракт и/или изпражнения за култура и чувствителност

1925 Паразитологични изследвания

91919-09 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология

1933 Химико-токсикологични изследвания

91919-07 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за токсилогия

1927 Морфологични изследвания

91919-11 Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения

1926 Микробиологични изследвания

91932-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и сперма за бактериална намазка

91932-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и сперма за култура

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
антибиограма

1925 Паразитологични изследвания

91932-03 Микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма за паразитология

1933 Химико-токсикологични изследвания

91932-04 Микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма за токсикология

1934 Други лабораторни изследвания

91939-10 Друго микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма

1929 Вирусологични изследвания

91911-29 Други серологични изследвания

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-08 Изследване на време на кървене
91913-04 Изследване на време на съсирване
91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])

• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок

[741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (едната от които е 39000-00) и две основни терапевтични процедури, (от които задължително едната е 96199-07), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923, 1924 и 1858 се извършват и кодират всички кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За диагнози с код B26.1 „Паротитен менингит", B26.2 „Паротитен енцефалит", код J10.8 „Грип с други прояви, идентифициран вирус /енцефалопатия, причинена от грип/" и код J11.8 „Грип с други прояви, неидентифициран вирус /енцефалопатия, причинена от грип/", при клинико-серологично потвърждение, извършването на процедура с код 39000-00 (лумбална пункция) не е задължително. В тези случаи клиничната пътека се отчита с три основни диагностични и две основни терапевтични процедури (от които задължително едната е 96199-07), посочени в блок **Кодове на основни процедури.**

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4 УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести", от обхвата на медицинската специалност „Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Инфекциозни болести".

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Инфекциозна клиника/отделение или Клиника/отделение по неврология, с възможност за изолация
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво с възможност за изолация при неясни болни до изясняване или легла за интензивно лечение на инфекциозни заболявания към клиника/отделение по инфекциозни болести, с възможност за изолация при неясни болни до изясняване или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория* II ниво (с възможност и за ликворологично изследване и КГА)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести - за структури II ниво на компетентност един лекар с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Инфекциозни болести", или лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести";

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение или лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания; или лекар с призната специалност по инфекциозни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение.

При наличие на усложнения или прогноза за неблагоприятен изход от заболяването следва да се осигури консултация с лекар-специалист по инфекциозни болести (за неврологични структури) или с лекар-специалист по нервни болести (за структури по инфекциозни болести).

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. **Вирусологична лаборатория** – допуска се осигуряване на дейността чрез договорни отношения с друго ЛЗ.

2. **Паразитологична лаборатория** – допуска се осигуряване на дейността чрез договорни отношения с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при пациенти с комбинация от три или повече от следните симптоми:

- тежък токсо-инфекциозен синдром;
- синдром на менингорадикулерно дразнене;
- ликворен синдром;
- количествени нарушения в съзнанието;
- огнищна неврологична симптоматика;
- гърчова симптоматика, предшествана от токсиинфекциозен синдром;
- наличие на хеморагично-некротичен обрив по кожата; шоково състояние.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 6 часа след началото на хоспитализацията. Спинална пункция при остри случаи да се извършва до 12 часа от началото на хоспитализацията. При хронични заболявания спинална пункция да се извършва до 24 часа от началото на хоспитализацията.

При превеждане на пациенти от друго лечебно заведение с извършена лумбална пункция и приложен документ се зачита този резултат.

Бактериални менингити (БМ) и бактериални менингоенцефалити (БМЕ) са винаги спешен диагностично-терапевтичен проблем, който не търпи отлагане по отношение на лекарска намеса.

Понастоящем диагнозите бактериален менингит и менингоенцефалит се поставят по стандартна методика и по възможно най-бързия начин в хода на заболяването.

Основни принципи на антибактериално лечение на БМ и БМЕ:

1. Антибактериалната терапия трябва да започне максимално рано, веднага след поставяне на диагнозата.

2. Антибактериалната терапия започва непосредствено след направена лумбална пункция и се базира на качественото изследване на ликвора - бактериоскопия, латексаглутинация и посявка за културелно изолиране на причинителя. Преди започване на лечението задължително се взема кръв за хемокултура.

Ако извършването на лумбалната пункция се забави поради провеждане на КАТ, антибактериалната терапия започва веднага след вземане на хемокултурата.

3. Най-правилно е антибактериалната терапия да се провежда съобразно данните от антибиограмата на изолирания причинител. За това е необходимо изчакване на резултатите от антибиограмата около 48 до 72 часа, през което време задължително се започва с т. нар. стартова терапия и след получаване на резултатите от микробиологичното изследване терапевтичното поведение се преоценява.

4. Стартовата (емпирична) терапия се започва след внимателна оценка от страна на лекуващия лекар и се съобразява с клинико-епидемиологичните данни, вероятния причинител на гнойния менингит във връзка с възрастовия фактор и здравния статус на пациента.

5. Изключително важно значение при определяне на най-подходящия антибиотик за стартова терапия е познаването на кръвно-ликворната проницаемост на най-използваните антимикробни средства.

В това отношение фармакологията разделя антибиотиците на четири основни групи:

I група	С добра кръвно-ликворна проходимост с или без наличие на възпалени менинги: хлорамфеникол, рифампицини, цефалоспорини – трета ген., сулфонамиди.
II група	С добра кръвно-ликворна проходимост, но при наличие на възпалителен процес на менингите: амикацин, гентамицин, пеницилин, ампицилин, ванкомицин.
III група	Минимална ликворна проходимост при наличие на възпалителен процес на менингите: стрептомицин, еритромицин, кетоконазол.
IV група	Липсваща кръвно-ликворна проходимост независимо от възпалителен процес на менингите: линкомицин, клиндамицин, антимикотични полиенови антибиотици (амфотерицин В)

6. При лечение на гнойните менингити антибиотичните средства се прилагат само парентерално, основно – венозно с цел постигане на бърза и достатъчно висока ликворна концентрация. Оптималното лечение изисква антибиотика да притежава бактерициден ефект.

7. Продължителността на антибиотичната терапия при бактериалните менингити се съобразява с доказания причинител, контролното ликворно изследване и трябва да бъде достатъчно дълга – минимум 7 – 10 дни, а при някой от тях (ентеробактериални, гъбични – до 20 – 30 дни).

8. При лечението на бактериалните менингити е необходимо да се съобразяваме с постоянно нарастващата през последните години резистентност на най-често срещаните причинители.

Терапията се модулира след получаване на резултатите от микробиологичните изследвания – изолиран етиологичен агент от ликвор, хемокултура, гърлен секрет, носен секрет и антибиограма.

Принципно се смята, че кръвно-ликворната проходимост на даден антибиотик може значително да се повиши, ако той се приложи в значително по-високи дози от обичайните за него. Затова при лечението на бактериални менингити се прилагат максимални дози през цялото време на лечението *без да се намаляват*.

Преди установяване на причинителя на бактериалния менингит се започва лечение в зависимост от възрастта на болния, предиспозиращия фактор и най-вероятните при тези условия бактерии. При деца след периода на новороденото, се започва с цефалоспорин трето поколение – цефотаксим или цефтриаксон. При възрастни лица, които са били здрави до този момент: цефалоспорин III-то поколение (цефтриаксон или цефотаксим) и пеницилин. Когато се касае за нозокомиален менингит (напр. след ЧМТ или неврохирургична операция) се препоръчва комбинацията: цефалоспорин III-то поколение + ванкомицин в комбинация с аминоглюкозид (гентамицин, амикацин). Когато се касае за пациенти със снижен имунитет (напр. онкологично болни) към горната тройна комбинация е желателно да се прибави и ампицилин, с оглед много вероятната при тях инфекция с листерия моноцитогенес. При менингоенцефалити с отогенен произход, след проникващи ЧМТ и др., когато се подозира развитие на мозъчен абсцес, е желателна комбинацията: цефалоспорин III-то поколение + аминоглюкозиди + метронидазол.

9. След минимум 48 часа при бактериалния менингит се извършва контролна лумбална пункция за контрол на ефекта от лечението. При повторно изолиране на причинителя да мисли за резистентност или смесена флора!

10. При суспекция или доказване на Haemophilus influenzae или Neisseria meningitidis като причинители на гнойни менингити лекарят трябва да даде съвети за антимикробна химиопрофилактика на контактните.

Контактни на болен с менингококов менингит – рифампицин 10 мг/кг 2 дни.

При противопоказания или непоносимост – ципрофлосацин 500-700 мг еднократно.

Контактни на болен с хемофилусен менингит - рифампицин 20 мг/кг 4 дни.

2.1. Антибиотична терапия на менингококов гноен менингит (МГМ) – лечението се провежда само в инфекциозна болница.

1. Микробиологичните изследвания показват, че все още повечето от вариантите на Найсерия менингитидис са чувствителни на пеницилин G. Поради това антибиотик от първа група за менингококовата инфекция продължава да е бензилпеницилина. Той се прилага при всички форми на менингококова инфекция: менингококовия назофарингит, менингококови пневмонии, менингококов сепсис, менингококови менингити, менингококови артрити, ендокардити и др. Единични са случаите на пеницилинова резистентност главно за серотипове Y, и W – 235, изолирани в някой страни в Африка и Южна Америка. Съвременното антибиотично лечение на менингококовия менингит се провежда с бензилпеницилин – 500 000 – 800 000 Е/кг/т при деца от 20 до 40 мил. Е дневно при възрастни, приложен венозно от 4 до 6 – кратни апликации. Лечението продължава 7 – 10 дни, според клиничното протичане и резултатите от ликворното изследване. Повечето автори приемат пеницилиновата монотерапия в посочените дози и продължителност за оптимална, като стартова и следваща терапия при МГМ. Напоследък не се приема провеждането на втори противорецидивен курс с ко - тримоксазол или хлорамфеникол перорално.

2. В редки случаи на установяване на пеницилино-резистентен щам се прилагат цефалоспорини III генерация: цефтриаксон натрий 80 – 100 мг/кг/т за деца и 2-3 гр. дневно при възрастни на 12 часови интервали; цефотаксим – 200 мг/кг/т за 24 часа при деца и 6 до 8 гр. дневно за възрастни.

3. Може да се прилагат хлорамфеникол венозно в доза 100 мг/кг/т при деца и 3 – 4 гр. дневно при възрастни през 12 часови интервали, но у нас този препарат липсва в аптечната мрежа.

4. Антибиотичното лечение на МГМ е задължително съчетано с патогенетична терапия за овладяване на мозъчния едем и метаболитните нарушения.

2.2. Лечение на пневмококов гноен менингит (ПГМ)

Класическото лечение на пневмококовите инфекции на ЦНС е с пеницилин в гореспоменатите дози и ампицилин 400 мг/кг/т и 12 – 16 гр. дневно за възрастни. Приложението им днес е свързано с проблема за резистентност на Стрептококус пневмоние към пеницилин и др. бета-лактамни антибиотици. Предполага се, че около 25% от инвазивните пневмококови инфекции са резистентни на пеницилин и около 9% - резистентни на цефотаксим. Най-приемлива е стартовата терапия с пеницилин и ампицилин в горепосочените дози и преоценка на терапията след контрол на лумбална пункция след 48 часа от началото на лечението. Може да се приложи цефотаксим 200 мг/кг/т или цефтриаксон натрий 100 – 150 мг/кг/т. Алтернатива е приложението на ванкомицин 50 – 60 мг./кг/т за 24 часа на четири приема.

Терапевтичен проблем представлява менингитът, причинен от стрептококи група В в периода на новороденото, поради високата им резистентност. При тях се препоръчва комбинацията пеницилин и ампицилин в дози 400 мг/кг/т/24ч за по - продължителен срок около 14 дни или цефалоспорини трета генерация или ванкомицин в посочените дози.

2.3. Лечение на стафилококов гноен менингит (СГМ)

Антибиотичната терапия включва широкоспектърен антибиотик с добра проницаемост на кръвно-ликворната бариера като ванкомицин в доза 60 мг/кг/т. Необходимо е лечението да продължи 14 до 20 дни. Приложение има и тейкопланин 10мг/кг/т. Стафилококовите гнойни менингити и менингоенцефалити често оформят мозъчни абсцеси и са една от формите на генерализираната стафилококова инфекция.

2.4. Лечение на хемофилусен гноен менингит (ХГМ)

Поради полирезистентност на причинителя това е една от най-трудните за лечение невроинфекции. Антибиотик от първи ред са цефалоспорини III ген.: цефтриаксон натрий 100 – 150 мг./кг.т. за деца и 4 гр. дневно за възрастни; цефуроксим 200 мг./кг.т. за деца и 6 до 8 гр. дневно за възрастни; цефотаксим 200 мг/кг.т. за деца и 8 – 12 гр. дневно за възрастни.

При менингити, причинени от по-редки патогени – листерия моноцитогенес, найефективна е комбинацията ампицилин и пеницилин или меропенем - като монотерапия.

Лечението на гнойните менингити и менингоенцефалити е труден за моделиране терапевтичен процес и винаги изисква спешност и съобразяване с тежестта на заболяването и клинико-епидемичните обстоятелства.

<u>Неспецифично лечение на бактериалните менингити и менингоенцефалити</u> Лечение на мозъчния оток и развилата се интракраниална хипертензия:

Започва веднага след като се постави абоката и се вземе хемокултурата

Кортикостероиди - дексаметазон (средство на избор!) - 0,15 мг/кг 4 кратно за 24 часа в продължение на 2-4 дни, (при деца с туберкулозен менингит - 0,1 мг/кг на 2 приема за 24 ч.). Дексаметазонът трябва да се постави 30 минути преди или най-късно заедно с първата доза антибиотик! Така се постига постига оптимално потискане на имунния отговор в субарахноидното пространство.

Диуретици

Манитол - 1 гр./кг/24 ч., приложен в бързи болусни инфузии (15-20 мин.) на 4 – 6 часови интервали в постепенно намаляващи дози до 5 дни. При липса на ефект от манитола (диуреза <1 мл/кг/час) или при тежък мозъчен оток се добавя **Furosemide** 1-2 ампули венозно.

При необходимост от продължаване на осмотерапията се преминава на орален 60% разтвор на **глицерол**.

Най-доброто лечение на мозъчния оток е провеждането на **ИБВ с умерена хипервентилация и лека хипероксия.**

Антиконвулсивно лечение при епилептични припадъци: диазепам, валпроева киселина, фенобарбитал, оксакарбазепин и др.

За профилактика на развитие на флеботромбоза и белодробна емболия – **нискомолекулни хепарини.**

Инфузии на **водносолеви, левулозни, глюкозни и аминокиселинни разтвори,** съобразно ВЕБ и възможностите или не за пълноценно ентерално, през сонда или пер ос, хранене.

За имуномодулация при необходимост, е уместно провеждане на две инфузии през ден с човешки имуноглобулин за венозно приложение - 5 гр.

2.5. Лечение на острите вирусни менингити, менингоенцефалити и миелити Херпес симплекс менингоенцефалит и миелит:

Като средство на избор, с което се снижава неколкократно леталитета на това заболяване (от 80% на 20-30%), се използува **ацикловир.** Той се включва незабавно при съмнение за това заболяване в доза 10 мг/кг /8 часа (дневна доза 30 мг/кг) в продължение на 14 дни като интравенозна инфузия в 100 мл физиологичен р-р.

Херпес зостер менингоенцефалит и миелит:

Лечението се провежда както при Херпес симплекс менингоенцефалит и миелит - в повисоки дози.

Ebstein Bar менингоенцефалит и миелит:

При тежко протичащи клинични форми на заболяването може да се приложи същата схема на лечение с ацикловир.

При всички останали гореспоменати остри вирусни менингити и менингоенцефалити за съжаление на този етап не съществува етиологично лечение.

2.6. Подостри и хронични вирусни енцефалити:

При подострия склерозиращ паненцефалит би могло да се приложи лечение с инозин 50-100 мг/кг/24 ч.

Неспецифичното лечение на остри, подостри и хронични менингоенцефалити и миелити е както при острите бактериални менингити.

2.7. Лечение на остри и хронични спирохетни менингити, менингоенцефалити и енцефаломиелити.

Остър лимфоцитарен менингоенцефалит и миелит в стадий II на невроборелиоза:

Лечението се провежда с **цефтриаксон 2 гр**. за 24 ч. еднократно интравенозно в продължение на 14 дни или с **цефотаксим 3 х 2 гр**. интравенозно – също за 14 дни, или **пеницилин 4 х 5 000 000 МЕ** за 14 дни.

Хроничен енцефалит или енцефаломиелит в стадий III на невроборелиоза:

Провежда се същата схема на лечение както при острия.

Асимптомен менингит при невролуес:

Средство на избор е пеницилин, приложен в доза 4 х 6 000 000 интравенозно в продължение на 14 дни.

2.8. Лечение на подостри и хронични микотични менингити и менингоенцефалити Криптококус неоформанс менингоенцефалит:

За лечение се използува комбинацията: **амфотерицин В + флуцитозин. Амфотерицин В** се назначава след тест-доза за поносимост от 0,2 мг/кг/24 ч. в 500 мл 5% глюкоза в инфузия за 4-6 часа, като в следващите дни дозата се увеличава с 0,2 мг/кг до 1 мг/кг/24 ч. до обща курсова доза 1500-2000 мг. Флуцитозин се приема пер ос в дневна доза от 150 мг/кг в 3 или 4 дневни приема в продължение на 14-20 дни.

Кандидозен менингоенцефалит:

Прилага се комбинация **амфотерицин В + флуцитозин** както при криптококов менингит, когато се касае за имунокомпетентни болни. При имунокомпрометирани болни се прилага **флуконазол** в начална доза 400 мг дневно в продължение на 8 дни.

При **аспергилоза** се използува комбинацията **амфотерицин В + флуцитозин,** както при криптококовия менингоенцефалит.

2.9. Лечение на подостри и хронични паразитни менингоенцефалити Цистицеркозен менингоенцефалит:

За лечението се използува **празиквантел** в дневна доза 50 мг/кг/24 ч. в продължение на 15-30 дни.

Токсоплазмен менингоенцефалит:

Лечението се провежда с **Spyramycin** 3 g дневно и комбинацията **пириметамин и сулфадиазин** съответно 25 мг и 2-4 мг дневна доза. Средната продължителност на курса на лечение е 3-4 седмици.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО									
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ											
Спонтанно	4										
На повикване	3										
На болка	2										
Няма отговор	1										

СЛОВЕСЕН ОТГОВОР Ориентиран Объркан Неадекватен Неразбираем Няма отговор	 5 4 3 2 1										
МОТОРЕН ОТГОВОР Подчинява се Локализира Отдръпва (оттегля) Абнормна флексия Абнормна екстензия Няма отговор	 6 5 4 3 2 1										
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ Фронто - орбикуларен Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен Зенична реакция на светлина Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен Окулокардиален Няма отговор	 5 4 3 2 1 0										
ОБЩ СБОР:											

Интерпретация на общия сбор:

- **критичен прогностичен праг -7-8 точки.**

Оценката на тежестта на състоянието по скалата на GLASGOW – LIEGE задължително се отразява в “История на заболяването” на пациента.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на клинични, клинико-лабораторни (вкл. ликворологични), вирусологични, микробиологични показатели и от невроизобразяващите изследвания.

За поставяне диагнозата Лаймска невроборелиоза освен определяне на специфичните антитетела срещу Borrelia burgdorferi в серума, е необходимо и доказване на интратекална синтеза на специфични антитела (коефициент >1):

Лабораторен критерий за диагнозата лаймска невроборелиоза:

Специфични IgG в ликвора : Специфични IgG в серума >1 – говори за интратекална синтеза

Общи IgG в ликвора Общи IgG в серума

При суспекция или доказване на Haemophilus influenzae или Neisseria meningitidis като причинители на гнойни менингити, лекарят трябва да даде съвети за антимикробна химиопрофилактика на контактните, като това трябва да стане възможно най-бързо след диагностицирането.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- трайна липса на фебрилитет поне 3 дни;
- липса на менингорадикулерен синдром;
- преминаване на изявената симптоматика и степенно обратно развитие;
- нормализиране на ликвора.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

От Вашия личен лекар и проведените консултации със специалист вече ви е известно, че имате сериозно заболяване на централна нервна система (ЦНС).

Това е остро възпалително заболяване, причинено от вируси или бактерии, засягащи централната нервна система, обикновено с тежко протичане и изискващо задължително лечение в болнично заведение. Възпалението засяга обвивката на мозъка (менингит), мозъчната тъкан (енцефалит) или двете едновременно (менингоенцефалит). За да се постави диагнозата, е необходимо да се направят поредица от изследвания, включително анализ на течността, в която се намира мозъка (ликворът). Тази манипулация, наречена лумбална пункция, е практически безопасна, когато се извършва от опитни специалисти.

При забавяне на лечението са възможни усложнения и прогресиране на заболяването до фатален изход. Поради това влизането Ви в специализирано инфекциозно отделение е абсолютно наложително. В отделението ще се провежда адекватно антибиотично и друг вид лечение за Вашето заболяване.

За пълнота Ви молим да прочетете описаните процедури, които предстоят да бъдат извършени във Ваш интерес:

- престоят Ви в отделението ще продължи не по-малко от 15 дни, като при наличие на усложнения ще се наложи да бъде удължен;

- ще Ви се направят необходимите кръвни, микробиологични или вирусологични изследвания, рентгеново изследване на бял дроб, ЕКГ, ако е необходимо - и скенер на главен мозък; за част от изследванията ще бъдете допълнително информирани и ще бъде искано Вашето съгласие за извършването им;

- лечението ще се извърши предимно по венозен път с необходимите лекарствени средства;

- екип от специалисти ще следят Вашето здравословно състояние през целия престой от деня на приемането до изписването Ви; във всеки момент от болничния престой имате право да се откажете от предложеното лечение, но това може да се окаже фатално за Вашето здраве;

- Вашите близки ще могат да посещават клиниката в указаните за това дни и часове, които са съобразени с моментната епидемиологична ситуация и с факта, че се намирате в инфекциозно отделение; по време на посещението на Вашите близки, лекуващият екип ще им даде подробна информация за Вашето състояние;

- при всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при взимане на всяко едно решение по отношение лечебните и диагностични процедури;

- ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, е необходимо да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП № 57 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИ И ХРОНИЧНИ ВИРУСНИ, БАКТЕРИАЛНИ, СПИРОХЕТНИ, МИКОТИЧНИ И ПАРАЗИТНИ МЕНИНГИТИ, МЕНИНГОЕНЦЕФАЛИТИ И МИЕЛИТИ

КП № 57.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИ И ХРОНИЧНИ ВИРУСНИ, БАКТЕРИАЛНИ, СПИРОХЕТНИ, МИКОТИЧНИ И ПАРАЗИТНИ МЕНИНГИТИ, МЕНИНГОЕНЦЕФАЛИТИ И МИЕЛИТИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 5 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Менингококова инфекция

A39.0† Менингококов менингит (G01*)

A39.1† Синдром на Weterhouse-Friderichsen (E35.1*)
Менингококов хеморагичен адреналит
Менингококов адренален синдром

Ранен сифилис

A51.4 Други форми на вторичен сифилис
Вторичен(-на)(-но) сифилитичен(-на)(-но):
- възпаление на женските тазови органи† (N74.2*)
- иридоциклит† (H22.0*)
- лимфаденопатия
- менингит† (G01*)
- миозит† (M63.0*)
- офталмопатия, НКД† (H58.8*)
- периостит† (M90.1*)

Късен сифилис

A52.1 Невросифилис със симптоми
Артропатия на Charcot (M14.6*)
Късен(-на) сифилитичен(-на):
- неврит на слуховия нерв† (H94.0*)
- енцефалит† (G05.0*)
- менингит† (G01*)
- атрофия на зрителния нерв† (H48.0*)
- полиневропатия† (G63.0*)
- ретробулбарен неврит† (H48.1*)

Сифилитичен паркинсонизъм† (G22*)

A52.2 Асимптоматичен невросифилис

A52.3 Невросифилис
Гума (сифилитична)
Сифилис (късен) } на централната нервна система БДУ
Сифилома

A69.2 Лаймска болест
Хроничен мигриращ еритем, предизвикан от *Borrelia burgdorferi*

Остър полиомиелит

A80.0 Остър паралитичен полиомиелит, свързан с ваксина
A80.1 Остър паралитичен полиомиелит, предизвикан от внесен див вирус

Атипични вирусни инфекции на централната нервна система
Включва: prion болести на централната нервна система

A81.1 Подостър склерозиращ паненцефалит
Енцефалит с включвания на Dawson-ови телца
Склерозиращ левкоенцефалит на Van Bogaert

A81.2 Прогресираща многоогнищна левкоенцефалопатия
Многоогнищна левкоенцефалопатия БДУ

A81.8 Други атипични вирусни инфекции на централната нервна система
Куру

A81.9 Атипична вирусна инфекция на централната нервна система, неуточнена
Prion болест на централната нервна система НКД

Вирусен енцефалит, предаван от кърлежи

Включва: кърлежов вирусен менингоенцефалит

A84.0 Далекоизточен кърлежов енцефалит [руски пролетно-летен енцефалит]

A84.1 Централноевропейски кърлежов енцефалит

A84.8 Други кърлежови вирусни енцефалити
Болест на Louping
Болест, предизвикана от Powassan-вирус

A84.9 Кърлежов вирусен енцефалит, неуточнен

Други вирусни енцефалити, некласифицирани другаде

Включва: уточнен вирусен:
- енцефаломиелит, НКД
- менингоенцефалит, НКД

Не включва: доброкачествен миалгичен енцефаломиелит (G93.3)
енцефалит, предизвикан от:
- херпес-вирус [herpes simplex] (B00.4)
- морбили-вирус (B05.0)
- вирус на епидемичния паротит (B26.2)
- полиомиелитен вирус (A80.—)
- зостер-вирус (B02.0)

лимфоцитарен хориоменингит (A87.2)

A85.2 Вирусен енцефалит, предаван от членестоноги, неуточнен

A85.8 Други уточнени вирусни енцефалити
Летаргичен енцефалит
Болест на Economo-Cruchet

A86 Вирусен енцефалит, неуточнен
Вирусен:
- енцефаломиелит БДУ
- менингоенцефалит БДУ

Вирусен менингит

Не включва: менингит, предизвикан от:
- херпес-вирус [herpes simplex] (B00.3)
- морбили-вирус (B05.1)
- вирус на епидемичния паротит (B26.1)
- полиомиелитен вирус (A80.—)
- зостер-вирус (B02.1)

A87.0† Ентеровирусен менингит (G02.0*)
Коксакивирусен менингит
Еховирусен менингит

A87.1† Аденовирусен менингит (G02.0*)

A87.2 Лимфоцитарен хориоменингит
Лимфоцитарен менингоенцефалит

A87.8 Друг вирусен менингит

Херпес-вирусни [herpes simplex] инфекции

Не включва: аногенитална херпес-вирусна инфекция (A60.—)
вродена херпес-вирусна инфекция (P35.2)
гама-херпес-вирусна мононуклеоза (B27.0)
херпангина (B08.5)

B00.3† Херпес-вирусен менингит (G02.0*)

B00.4† Херпес-вирусен енцефалит (G05.1*)
Херпес-вирусен менингоенцефалит
Маймунска болест B

Херпес зостер [herpes zoster]

Включва: херпес зостер
zona

B02.1† Херпес зостер с менингит (G02.0*)

B02.2† Херпес зостер с други усложнения на нервната система
Постхерпесен(-на):
- ганглионит на лицевия нерв (G53.0*)
- полиневропатия (G63.0*)
- невралгия на троичния нерв (G53.0*)

Брусница
Включва: morbilli
Не включва: подостър склерозиращ паненцефалит (A81.1)

B05.0† Брусница, усложнена с енцефалит (G05.1*)
Постморбилозен енцефалит

B05.1† Брусница, усложнена с менингит (G02.0*)
Постморбилозен менингит

Епидемичен паротит
Включва: паротит:
- епидемичен
- инфекциозен

B26.1† Паротитен менингит (G02.0*)

B26.2† Паротитен енцефалит (G05.1*)

Кандидоза
Включва: кандидоза
монилиаза
Не включва: неонатална кандидоза (P37.5)

B37.5† Кандидозен менингит (G02.1*)

Кокцидиоидомикоза

B38.4† Кокцидиоидомикозен менингит (G 02.1*)

Криптококоза

B45.1 Церебрална криптококоза
Криптококов менингит (G02.1*)
Менингоцеребрална криптококоза

Токсоплазмоза
Включва: инфекция, предизвикана от *Toxoplasma gondii*
Не включва: вродена токсоплазмоза (P37.1)

B58.2† Токсоплазмозен менингоенцефалит (G05.2*)

Цистицеркоза

Включва: цистицеркоза, предизвикана от личинковата форма на свинската тения *Taenia solium*

B69.0 Цистицеркоза на централната нервна система

Бактериален менингит, некласифициран другаде

Включва: арахноидит, лептоменингит, менингит, пахименингит } бактериален

Не включва: бактериален:
- менингоенцефалит (G04.2)
- менингомиелит (G04.2)

G00.0 Хемофилен менингит

Менингит, предизвикан от *Haemophilus influenzae*

G00.1 Пневмококов менингит

G00.2 Стрептококов менингит

G00.3 Стафилококов менингит

G00.8 Менингит, предизвикан от други бактерии

Менингит от:
- бацила на Friedlander
- *Escherichia coli*
- *Klebsiella*

G00.9 Бактериален менингит, неуточнен

Менингит:
- гноен БДУ
- пиогенен БДУ
- супуративен БДУ

G01* Менингит при бактериални болести, класифицирани другаде

Менингит (при):
- антракс (A22.8†)
- гонококов (A54.8†)
- лептоспироза (A27.—†)
- листериоза (A32.1†)
- Лаймска болест (A69.2†)
- менингококов (A39.0†)
- невросифилис (A52.1†)
- салмонелоза (A02.2†)
- сифилис:
- вроден (A50.4†)
- вторичен (A51.4†)
- туберкулоза (A17.0†)
- тифоидна треска (A01.0†)

Не включва: менингоенцефалит и менингомиелит при бактериални болести, класифицирани другаде (G05.0*)

Менингит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Не включва: менингоенцефалит и менингомиелит при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде (G05.1—G05.2*)

G02.0* Менингит при вирусни болести, класифицирани другаде

Менингит (предизвикан от):
- аденовирусен (A87.1†)
- ентеровирусен (A87.0†)
- herpes simplex (B00.3†)
- инфекциозна мононуклеоза (B27.—†)
- морбили (B05.1†)
- епидемичен паротит (B26.1†)
- рубеола (B06.0†)

- варицела (B01.0†)
- herpes zoster (B02.1†)

G02.1* Менингит при микози

Менингит (при):
- кандидозен (B37.5†)
- кокцидиомикоза (B38.4†)
- криптококов (B45.1†)

G02.8* Менингит при други уточнени инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Менингит при:
- африканска трипанозома (B56.—†)
- болест на Chagas (B57.4†)

Менингит, дължащ се на други и неуточнени причини

Включва: арахноидит, лептоменингит, менингит, пахименингит } вследствие на други и неуточнени причини

Не включва: менингоенцефалит (G04.—)
менингомиелит (G04.—)

G03.0 Неpиогенен менингит

Небактериален менингит

G03.8 Менингит, предизвикан от други уточнени причинители

Енцефалит, миелит и енцефаломиелит

Включва: остър възходящ миелит
менингоенцефалит
менингомиелит

Не включва: доброкачествен миалгичен енцефалит (G93.3) енцефалопатия:
- БДУ (G93.4)
- алкохолна (G31.2)
- токсична (G92)

множествена склероза (G35) миелит:
- остър трансверзален (G37.3)
- подостър некротизиращ (G37.4)

G04.2 Бактериален менингоенцефалит и менингомиелит, некласифицирани другаде

G04.8 Други енцефалити, миелити и енцефаломиелити

Постинфекциозен енцефалит и енцефаломиелит БДУ

Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при болести, класифицирани другаде

Включва: менингоенцефалит и менингомиелит при болести, класифицирани другаде

G05.0* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при бактериални болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит (при):
- листериоза (A32.1†)
- менингококов (A39.8†)
- сифилис:
- вроден (A50.4†)
- късен (A52.1†)
- туберкулозен (A17.8†)

G05.1* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при вирусни болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит (при):
- аденовирусни (A85.1†)
- цитомегаловирусни (B25.8†)
- ентеровирусни (A85.0†)
- herpes simplex (B00.4†)
- грип (J10.8†, J11.8†)

- морбили (B05.0†)
- епидемичен паротит (B26.2†)
- след варицела (B01.1†)
- рубеола (B06.0†)
- herpes zoster (B02.0†)

G05.2* Енцефалит, миелит и енцефаломиелит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Енцефалит, миелит или енцефаломиелит при:
- африканска трипанозомоза (B56.—†)
- болест на Chagas (хронична форма) (B57.4†)
- менингит, предизвикан от свободно живеещи амеби (naegleria) (B60.2†)
- токсоплазмоза (B58.2†)

Еозинофилен менингоенцефалит (B83.2†)

Увреждания на черепномозъчни нерви при болести, класифицирани другаде

G53.0* Невралгия след herpes zoster (B02.2†)

Постхерпетично(-а):
- възпаление на ganglion geniculi
- невралгия на троичния нерв

Полиневропатии при болести, класифицирани другаде

G63.0* Полиневропатия при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Полиневропатия при:
- дифтерия (A36.8†)
- инфекциозна мононуклеоза (B27.—†)
- проказа (A30.—†)
- Лаймска болест (A69.2†)
- епидемичен паротит (B26.8†)
- herpes zoster (B02.2†)
- късен сифилис (A52.1†)
- вроден сифилис (A50.4†)
- туберкулоза (A17.8†)

G93.4 Енцефалопатия, остра вирусна

Не включва: енцефалопатия:
- алкохолна (G31.2)
- токсична (G92)

Грип, предизвикан от идентифициран вирус на грипа

Не включва: предизвикани от *Haemophilus influenzae* [*H. influenzae*]:
- инфекция БДУ (A49.2)
- менингит (G00.0)
- пневмония (J14)

J10.8 Грип с други прояви, идентифициран грипен вирус

Енцефалопатия, причинена от грип
Грипен:
- гастроентерит
- миокардит (остър)

} идентифициран грипен вирус

Грип, неидентифициран вирус

Включва: грип, вирусен грип } без споменаване за идентифициране на вируса -

Не включва: предизвикани от *Haemophilus influenzae* [*H.influenzae*]:
- инфекция БДУ (A49.2)
- менингит (G00.0)
- пневмония (J14)

J11.8 Грип с други прояви, неидентифициран вирус

Енцефалопатия, причинена от грип
Грипен:
- гастроентерит
- миокардит (остър)

} неуточнени или вирусът не е идентифициран

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1925 Паразитологични изследвания

92182-03 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за паразитология

1933 Химико-токсикологични изследвания

92182-04 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за токсикология

1934 Други лабораторни изследвания

92182-05 Друго микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор

Определяне на специфични IgG антитела срещу Borrelia burgdorferi в ликвора
Определяна на общи IgG в ликвора

1926 Микробиологични изследвания

91929-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за бактериална намазка

91929-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

1925 Паразитологични изследвания

91929-03 Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за паразитология

1933 Химико-токсикологични изследвания

91929-04 Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за токсикология

1934 Други лабораторни изследвания

91939-03 Друго микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс

Включва: изследване на назофарингеален секрет при грип

1926 Микробиологични изследвания

91937-00 Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка

91937-01 Микроскопско изследване на кръв за култура

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1925 Паразитологични изследвания

91937-03 Микроскопско изследване на кръв за паразитология

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1933 Химико-токсикологични изследвания

91937-04 Микроскопско изследване на кръв за токсикология

1926 Микробиологични изследвания

91919-03 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за бактериална намазка

91919-04 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура

91919-05 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура и чувствителност

1925 Паразитологични изследвания

91919-09 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология

1933 Химико-токсикологични изследвания

91919-07 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или

изпражнения за токсилогия

1927 Морфологични изследвания

91919-11 Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения

1926 Микробиологични изследвания

91932-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и сперма за бактериална намазка

91932-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и сперма за култура

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
антибиограма

1925 Паразитологични изследвания

91932-03 Микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма за паразитология

1933 Химико-токсикологични изследвания

91932-04 Микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма за токсикология

1934 Други лабораторни изследвания

91939-10 Друго микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма

1929 Вирусологични изследвания

91911-29 Други серологични изследвания

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-08 Изследване на време на кървене
91913-04 Изследване на време на съсирване
91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия

Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия

Променлива задължителна вентилация [IMV]

Инвазивна вентилация

Механична вентилация

Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]

Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:

- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:

- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете

от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични (едната от които е 39000-00) и две основни терапевтични процедури (от които задължително едната е 96199-07), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923, 1924 и 1858 се извършват и кодират всички кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За диагнози с код B26.1 „Паротитен менингит", B26.2 „Паротитен енцефалит", код J10.8 „Грип с други прояви, идентифициран вирус /енцефалопатия, причинена от грип/" и код J11.8 „Грип с други прояви, неидентифициран вирус /енцефалопатия, причинена от грип/", при клинико-серологично потвърждение, извършването на процедура с код 39000-00 (лумбална пункция) не е задължително. В тези случаи клиничната пътека се отчита с три основни диагностични и две основни терапевтични процедури (от които задължително едната е 96199-07), посочени в блок **Кодове на основни процедури.**

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нервни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нервни болести", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология" (за новородени до 28 ден), от обхвата на медицинската специалност "Детска неврология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нервни болести" (за лица до 18 години).

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Инфекциозна клиника/отделение или Клиника/отделение по детска неврология, с възможност за изолация - при неясни болни до изясняване или

Неонатологична клиника/отделение (II и III ниво) – само при новородени до 28 ден
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или легла за интензивно лечение на инфекциозни заболявания към клиника/отделение по инфекциозни болести, с възможност за изолация при неясни болни до изясняване или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория* II ниво, с възможност за ликворологично изследване и КГА

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

лекар със специалност по инфекциозни болести - един с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Инфекциозни болести”, или лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести” или лекар със специалност по детска неврология;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

или лекар с призната специалност по инфекциозни болести и над 3-годишен стаж по

интензивно лечение.

- лекар със специалност по клинична лаборатория; - лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- лекар със специалност по неонатология; - лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При наличие на усложнения или прогноза за неблагоприятен изход от заболяването следва да се осигури консултация с лекар-специалист по инфекциозни болести (за неврологични структури) или с лекар-специалист по нервни болести (за структури по инфекциозни болести).

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договорни отношения с друго ЛЗ.

4.2. Паразитологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договорни отношения с друго ЛЗ.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ в инфекциозна клиника/отделение, неврологична клиника/ отделение или КАИЛ/ОАИЛ:

Диагностика и лечение на остри и хронични вирусни, бактериални, спирохетни, микотични и паразитни менингити, менингоенцефалити и миелити при пациенти с комбинация от три или повече от следните симптоми:

- тежък токсо-инфекциозен синдром;
- синдром на менингорадикулерно дразнене;
- ликворен синдром;
- количествени нарушения в съзнанието;
- огнищна неврологична симптоматика;
- гърчова симптоматика, предшествана от токсиинфекциозен синдром;
- наличие на хеморагично-некротичен обрив по кожата; шоково състояние.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 12 часа след началото на хоспитализацията. Спинална пункция се извършва до 12 часа от началото на хоспитализацията. **При превеждане на пациенти от друго лечебно заведение с извършена лумбална пункция и приложен документ се зачита този резултат.**

Бактериални менингити (БМ) и бактериални менингоенцефалити (БМЕ) са винаги спешен диагностично-терапевтичен проблем, който не търпи отлагане по отношение на лекарска намеса.

Понастоящем диагнозите бактериален менингит и менингоенцефалит се поставят по стандартна методика и по възможно най-бързия начин в хода на заболяването.

Основни принципи на антибактериално лечение на БМ и БМЕ:

1. Антибактериалната терапия трябва да започне максимално рано, веднага след поставяне на диагнозата.

2. Антибактериалната терапия започва непосредствено след направена лумбална пункция и се базира на качественото изследване на ликвора - бактериоскопия, латексаглутинация и посявка за културелно изолиране на причинителя. Преди започване на лечението задължително се взема кръв за хемокултура.

<u>Ако извършването на лумбалната пункция се забави поради провеждане на КАТ, антибактериалната терапия започва веднага след вземане на хемокултурата.</u>

3. Най-правилно е антибактериалната терапия да се провежда съобразно данните от антибиограмата на изолирания причинител. За това е необходимо изчакване на резултатите от антибиограмата около 48 до 72 часа, през което време задължително се започва с т. нар. стартова терапия и след получаване на резултатите от микробиологичното изследване терапевтичното поведение се преоценява.

4. Стартовата (емпирична) терапия се започва след внимателна оценка от страна на лекуващия лекар и се съобразява с клинико-епидемиологичните данни, вероятния причинител на гнойния менингит във връзка с възрастовия фактор и здравния статус на пациента.

5. Изключително важно значение при определяне на най-подходящия антибиотик за стартова терапия е познаването на кръвно-ликворната проницаемост на най-използваните антимикробни средства. В това отношение фармакологията разделя антибиотиците на четири основни групи:

Фармакокинетиката разделя антибиотичните средства на четири групи:

I група	С добра кръвно-ликворна проходимост с или без наличие на възпалени менинги: хлорамфеникол, рифампицини, цефалоспорини – трета ген., сулфонамиди.
II група	С добра кръвно-ликворна проходимост, но при наличие на възпалителен процес на менингите: амикацин, гентамицин, пеницилин, ампицилин, ванкомицин.
III група	Минимална ликворна проходимост при наличие на възпалителен процес на менингите: стрептомицин, еритромицин, кетоконазол.
IV група	Липсваща кръвно-ликворна проходимост независимо от възпалителен процес на менингите: линкомицин, клиндамицин, антимикотични полиенови антибиотици (амфотерицин В)

6. При лечение на гнойните менингити антибиотичните средства се прилагат само парентерално, основно – венозно с цел постигане на бърза и достатъчно висока ликворна концентрация. Оптималното лечение изисква антибиотика да притежава бактерициден ефект.

7. Продължителността на антибиотичната терапия при бактериалните менингити се съобразява с доказания причинител, контролното ликворно изследване и трябва да бъде достатъчно дълга – минимум 7 – 10 дни, а при някой от тях (ентеробактериални, гъбични – до 20 – 30 дни).

8. При лечението на бактериалните менингити е необходимо да се съобразяваме с постоянно нарастващата през последните години резистентност на най-често срещаните причинители.

Терапията се модулира след получаване на резултатите от микробиологичните изследвания – изолиран етиологичен агент от ликвор, хемокултура, гърлен секрет, носен секрет и антибиограма.

Принципно се смята, че кръвно-ликворната проходимост на даден антибиотик може значително да се повиши, ако той се приложи в значително по-високи дози от обичайните за него. Затова при лечението на бактериални менингити се прилагат максимални дози през цялото време на лечението *без да се намаляват*.

Преди установяване на причинителя на бактериалния менингит се започва лечение в зависимост от възрастта на болния, предиспозиращия фактор и най-вероятните при тези условия бактерии. При деца след периода на новороденото, се започва с цефалоспорин трето поколение – цефотаксим или цефтриаксон. При възрастни лица, които са били здрави до този момент: цефалоспорин III-то поколение (цефтриаксон или цефотаксим) и пеницилин. Когато се касае за нозокомиален менингит (напр. след ЧМТ или неврохирургична операция) се препоръчва комбинацията: цефалоспорин III-то поколение + ванкомицин в комбинация с аминоглюкозид (гентамицин, амикацин). Когато се касае за пациенти със снижен имунитет (напр. онкологично болни) към горната тройна комбинация е желателно да се прибави и ампицилин, с оглед много вероятната при тях инфекция с листерия моноцитогенес. При менингоенцефалити с отогенен произход, след проникващи ЧМТ и др., когато се подозира развитие на мозъчен абсцес, е желателна комбинацията: цефалоспорин III-то поколение + аминоглюкозиди + метронидазол.

9. След минимум 48 часа при бактериалния менингит се извършва контролна лумбална пункция за контрол на ефекта от лечението. При повторно изолиране на причинителя да мисли за резистентност или смесена флора!

10. При суспекция или доказване на Haemophilus influenzae или Neisseria meningitidis като причинители на гнойни менингити лекарят трябва да даде съвети за антимикробна химиопрофилактика на контактните.

Контактни на болен с менингококов менингит – рифампицин 10 мг/кг 2 дни.

При противопоказания или непоносимост –ципрофлосацин 500-700 мг еднократно.

Контактни на болен с хемофилусен менингит - рифампицин 20 мг/кг 4 дни.

2.1. Антибиотична терапия на менингококов гноен менингит (МГМ) – лечението се провежда само в инфекциозна болница.

1. Микробиологичните изследвания показват, че все още повечето от вариантите на Найсерия менингитидис са чувствителни на пеницилин G . Поради това антибиотик от първа група за менингококовата инфекция продължава да е бензилпеницилина. Той се прилага при всички форми на менингококова инфекция: менингококовия назофарингит, менингококови пневмонии, менингококов сепсис, менингококови менингити, менингококови артрити, ендокардити и др. Единични са случаите на пеницилинова резистентност главно за серотипове Y, и W – 235, изолирани в някой страни в Африка и Южна Америка. Съвременното антибиотично лечение на менингококовия менингит се провежда с бензилпеницилин – 500 000 – 800 000 Е/кг/т при деца от 20 до 40 мил. Е дневно при възрастни, приложен венозно от 4 до 6 – кратни апликации. Лечението продължава 7 – 10 дни, според клиничното протичане и резултатите от ликворното изследване. Повечето автори приемат пеницилиновата монотерапия в посочените дози и продължителност за оптимална, като стартова и следваща терапия при МГМ. Напоследък не се приема провеждането на втори противорецидивен курс с ко – тримоксазол или хлорамфеникол перорално.

2. В редки случаи на установяване на пеницилино-резистентен щам се прилагат цефалоспорини III генерация: цефтриаксон натрий 80 – 100 мг/кг/т за деца и 2-3 гр. дневно при възрастни на 12 часови интервали; цефотаксим – 200 мг/кг/т за 24 часа при деца и 6 до 8 гр. дневно за възрастни.

3. Може да се прилагат хлорамфеникол венозно в доза 100 мг/кг/т при деца и 3 – 4 гр.

дневно при възрастни през 12 часови интервали, но у нас този препарат липсва в аптечната мрежа.

4. Антибиотичното лечение на МГМ е задължително съчетано с патогенетична терапия за овладяване на мозъчния едем и метаболитните нарушения.

2.2. Лечение на пневмококов гноен менингит (ПГМ)

Класическото лечение на пневмококовите инфекции на ЦНС е с пеницилин в гореспоменатите дози и ампицилин 400 мг/кг/т и 12 – 16 гр. дневно за възрастни. Приложението им днес е свързано с проблема за резистентност на Стрептококус пневмоние към пеницилин и др. бета-лактамни антибиотици. Предполага се, че около 25% от инвазивните пневмококови инфекции са резистентни на пеницилин и около 9% - резистентни на цефотаксим. Най-приемлива е стартовата терапия с пеницилин и ампицилин в горепосочените дози и преоценка на терапията след контрол на лумбална пункция след 48 часа от началото на лечението. Може да се приложи цефотаксим 200 мг/кг/т или цефтриаксон натрий 100 – 150 мг/кг/т. Алтернатива е приложението на ванкомицин 50 – 60 мг./кг/т за 24 часа на четири приема.

Терапевтичен проблем представлява менингитът, причинен от стрептококи група В периода на новороденото поради високата им резистентност. При тях се препоръчва комбинацията пеницилин и ампицилин в дози 400 мг/кг/т/24ч за по - продължителен срок около 14 дни или цефалоспорини трета генерация или ванкомицин в посочените дози.

2.3. Лечение на стафилококов гноен менингит (СГМ)

Антибиотичната терапия включва широкоспектърен антибиотик с добра проницаемост на кръвно-ликворната бариера като ванкомицин в доза 60 мг/кг/т. Необходимо е лечението да продължи 14 до 20 дни. Приложение има и тейкопланин 10мг/кг/т. Стафилококовите гнойни менингити и менингоенцефалити често оформят мозъчни абсцеси и са една от формите на генерализираната стафилококова инфекция.

2.4. Лечение на хемофилусен гноен менингит (ХГМ)

Поради полирезистентност на причинителя това е една от най-трудните за лечение невроинфекции. Антибиотик от първи ред са цефалоспорини III ген.: цефтриаксон натрий 100 – 150 мг./кг.т. за деца и 4 гр. дневно за възрастни; цефуроксин 200 мг./кг.т. за деца и 6 до 8 гр. дневно за възрастни; цефотаксим 200 мг/кг.т. за деца и 8 – 12 гр. дневно за възрастни.

При менингити, причинени от по - редки патогени – листерия моноцитогенес, найефективна е комбинацията ампицилин и пеницилин или меропенем - като монотерапия.

Лечението на гнойните менингити и менингоенцефалити е труден за моделиране терапевтичен процес и винаги изисква спешност и съобразяване с тежестта на заболяването и клинико-епидемичните обстоятелства.

<u>Неспецифично лечение на бактериалните менингити и менингоенцефалити</u> Лечение на мозъчния оток и развилата се интракраниална хипертензия:

Започва веднага след като се постави абоката и се вземе хемокултурата

Кортикостероиди - дексаметазон (средство на избор!) - 0,15 мг/кг 4 кратно за 24 часа в продължение на 2-4 дни, (при деца с туберкулозен менингит - 0,1 мг/кг на 2 приема за 24 ч.). Дексаметазонът трябва да се постави 30 минути преди или най-късно заедно с първата доза антибиотик! Така се постига постига оптимално потискане на имунния отговор в субарахноидното пространство.

Диуретици

Манитол - 1 гр./кг/24 ч., приложен в бързи болусни инфузии (15-20 мин.) на 4 – 6 часови интервали в постепенно намаляващи дози до 5 дни. При липса на ефект от манитола (диуреза < 1мл/кг/час) или при тежък мозъчен оток се добавя **фуроземид** 1-2 ампули венозно.

При необходимост от продължаване на осмотерапията се преминава на орален 60% разтвор на **глицерол**.

Най-доброто лечение на мозъчния оток е провеждането на **ИБВ с умерена хипервентилация и лека хипероксия.**

Антиконвулсивно лечение при епилептични припадъци: диазепам, валпроева киселина, фенобарбитал, оксакарбазепин и др.

За профилактика на развитие на флеботромбоза и белодробна емболия **– нискомолекулни хепарини.**

Инфузии на **водносолеви, левулозни, глюкозни и аминокиселинни разтвори,** съобразно ВЕБ и възможностите или не за пълноценно ентерално, през сонда или пер ос, хранене.

За имуномодулация при необходимост, е уместно провеждане на две инфузии през ден с човешки имуноглобулин за венозно приложение - 5 гр.

2.5. Лечение на острите вирусни менингити, менингоенцефалити и миелити Херпес симплекс менингоенцефалит и миелит:

Като средство на избор, с което се снижава неколкократно леталитета на това заболяване (от 80% на 20-30%), се използува **ацикловир.** Той се включва незабавно при съмнение за това заболяване в доза 10 мг/кг /8 часа (дневна доза 30 мг/кг) в продължение на 14 дни като интравенозна инфузия в 100 мл физиологичен р-р.

Херпес зостер менингоенцефалит и миелит:

Лечението се провежда както при Херпес симплекс менингоенцефалит и миелит - в повисоки дози.

Ebstein Bar менингоенцефалит и миелит:

При тежко протичащи клинични форми на заболяването може да се приложи същата схема на лечение с ацикловир.

При всички останали гореспоменати остри вирусни менингити и менингоенцефалити за съжаление на този етап не съществува етиологично лечение.

2.6. Подостри и хронични вирусни енцефалити:

При подострия склерозиращ паненцефалит би могло да се приложи лечение с инозин 50-100 мг/кг/24 ч.

Неспецифичното лечение на остри, подостри и хронични менингоенцефалити и миелити е както при острите бактериални менингити.

2.7. Лечение на остри и хронични спирохетни менингити, менингоенцефалити и енцефаломиелити.

Остър лимфоцитарен менингоенцефалит и миелит в стадий II на невроборелиоза:

Лечението се провежда с **цефтриаксон 2 гр**. за 24 ч. еднократно интравенозно в продължение на 14 дни или с **цефотаксим 3 х 2 гр**. интравенозно – също за 14 дни, или **пеницилин 4 х 5 000 000 ME** за 14 дни.

Хроничен енцефалит или енцефаломиелит в стадий III на невроборелиоза:

Провежда се същата схема на лечение както при острия.

Асимптомен менингит при невролуес:

Средство на избор е пеницилин, приложен в доза 4 х 6 000 000 интравенозно в продължение на 14 дни.

2.8. Лечение на подостри и хронични микотични менингити и менингоенцефалити Криптококус неоформанс менингоенцефалит:

За лечение се използува комбинацията: **амфотерицин В + флуцитозин. Амфотерицин В** се назначава след тест-доза за поносимост от 0,2 мг/кг/24 ч. в 500 мл 5% глюкоза в инфузия за 4-6 часа, като в следващите дни дозата се увеличава с 0,2 мг/кг до 1 мг/кг/24 ч. до обща курсова доза 1500-2000 мг. Флуцитозин се приема пер ос в дневна доза от 150 мг/кг в 3 или 4 дневни приема в продължение на 14-20 дни.

Кандидозен менингоенцефалит:

Прилага се комбинация **амфотерицин В + флуцитозин** както при криптококов менингит, когато се касае за имунокомпетентни болни. При имунокомпрометирани болни се прилага **флуконазол** в начална доза 400 мг дневно в продължение на 8 дни.

При **аспергилоза** се използува комбинацията **амфотерицин В + флуцитозин,** както при криптококовия менингоенцефалит.

2.9. Лечение на подостри и хронични паразитни менингоенцефалити Цистицеркозен менингоенцефалит:

За лечението се използува **празиквантел** в дневна доза 50 мг/кг/24 ч. в продължение на 15-30 дни.

Токсоплазмен менингоенцефалит:

Лечението се провежда с **Spyramycin** 3 g дневно и комбинацията **пириметамин и сулфадиазин** съответно 25 мг и 2-4 мг дневна доза. Средната продължителност на курса на лечение е 3-4 седмици.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ Спонтанно На повикване На болка Няма отговор	 4 3 2 1										
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР Ориентиран Объркан Неадекватен Неразбираем Няма отговор	 5 4 3 2 1										
МОТОРЕН ОТГОВОР Подчинява се Локализира Отдръпва (оттегля) Абнормна флексия Абнормна екстензия Няма отговор	 6 5 4 3 2 1										
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ Фронто - орбикуларен Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен Зенична реакция на светлина Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен Окулокардиален Няма отговор	 5 4 3 2 1 0										
ОБЩ СБОР:											

Интерпретация на общия сбор:

- **критичен прогностичен праг - 7-8 точки.**

Оценката на тежестта на състоянието по скалата на GLASGOW – LIEGE задължително се отразява в “История на заболяването” на пациента.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на клинични, клинико-лабораторни (вкл. ликворологични), вирусологични, микробиологични показатели и от невроизобразяващите изследвания.

За поставяне диагнозата Лаймска невроборелиоза освен определяне на специфичните антитетела срещу Borrelia burgdorferi в серума, е необходимо и доказване на интратекална синтеза на специфични антитела (коефициент >1):

Лабораторен критерий за диагнозата лаймска невроборелиоза:

Специфични IgG в ликвора : Специфични IgG в серума >1 – говори за интратекална синтеза

Общи IgG в ликвора Общи IgG в серума

При суспекция или доказване на Haemophilus influenzae или Neisseria meningitidis като причинители на гнойни менингити, лекарят трябва да даде съвети за антимикробна химиопрофилактика на контактните, като това трябва да стане възможно най-бързо след диагностицирането.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- трайна липса на фебрилитет поне 3 дни;
- липса на менингорадикулерен синдром;
- преминаване на изявената симптоматика и степенно обратно развитие;
- нормализиране на ликвора.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

От Вашия личен лекар и проведените консултации със специалист вече ви е известно, че имате сериозно заболяване на централна нервна система (ЦНС).

Това е остро възпалително заболяване, причинено от вируси или бактерии, засягащи централната нервна система, обикновено с тежко протичане и изискващо задължително лечение в болнично заведение. Възпалението засяга обвивката на мозъка (менингит), мозъчната тъкан (енцефалит) или двете едновременно (менингоенцефалит). За да се постави диагнозата, е необходимо да се направят поредица от изследвания, включително анализ на течността, в която се намира мозъка (ликворът). Тази манипулация, наречена лумбална пункция, е практически безопасна, когато се извършва от опитни специалисти.

При забавяне на лечението са възможни усложнения и прогресиране на заболяването до фатален изход. Поради това влизането Ви в специализирано инфекциозно отделение е абсолютно наложително. В отделението ще се провежда адекватно антибиотично и друг вид лечение за Вашето заболяване.

За пълнота Ви молим да прочетете описаните процедури, които предстоят да бъдат извършени във Ваш интерес:

- престоят Ви в отделението ще продължи не по-малко от 15 дни, като при наличие на усложнения ще се наложи да бъде удължен;

- ще Ви се направят необходимите кръвни, микробиологични или вирусологични изследвания, рентгеново изследване на бял дроб, ЕКГ, ако е необходимо - и скенер на главен мозък; за част от изследванията ще бъдете допълнително информирани и ще бъде искано Вашето съгласие за извършването им;

- лечението ще се извърши предимно по венозен път с необходимите лекарствени средства;

- екип от специалисти ще следят Вашето здравословно състояние през целия престой от деня на приемането до изписването Ви; във всеки момент от болничния престой имате право да се откажете от предложеното лечение, но това може да се окаже фатално за Вашето здраве;

- Вашите близки ще могат да посещават клиниката в указаните за това дни и часове, които са съобразени с моментната епидемиологична ситуация и с факта, че се намирате в инфекциозно отделение; по време на посещението на Вашите близки, лекуващият екип ще им даде подробна информация за Вашето състояние;

- при всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при взимане на всяко едно решение по отношение лечебните и диагностични процедури;

- ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, е необходимо да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП № 58 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НАСЛЕДСТВЕНИ И ДЕГЕНЕРАТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НЕРВНАТА СИСТЕМА, ЗАСЯГАЩИ ЦНС С НАЧАЛО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

КП № 58.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НАСЛЕДСТВЕНИ И ДЕГЕНЕРАТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НЕРВНАТА СИСТЕМА, ЗАСЯГАЩИ ЦНС С НАЧАЛО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой - 5 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига и на мастните киселини

E71.3 Разстройство на обмяната на мастните киселини

Адренолевкодистрофия [Addison-Schilder]
Дефицит на мускулната карнитин-палмитилтрансфераза
Не включва: болест на Refsum (G60.1)
болест на Schilder (G37.0)
синдром на Zellweger (Q87.8)

Разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на липидите

Не включва: муколипидоза, тип I-III (E77.0—E77.1)
болест на Refsum (G60.1)

E75.2 Други сфинголипидози

Болест на:
- Fabry(-Anderson)
- Gaucher
- Krabbe
- Niemann-Pick

Синдром на Farber
Метахроматична левкодистрофия
Недоимък на сулфатаза
Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

E75.4 Липофусциноза на невроните

Болест на:
- Batten
- Bielschowsky-Jansky
- Kufs
- Spielmeyer-Vogt

E83.0 Разстройства на обмяната на медта

Болест на Wilson

Лека умствена изостаналост

F70.0 Лека умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.

Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност

F70.1 Лека умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има

вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.

Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност

F70.8 Лека умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.

Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност

Умерена умствена изостаналост

F71.0 Умерена умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.

Включва: умерена умствена недостатъчност

F71.1 Умерена умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.

Включва: умерена умствена недостатъчност

F71.8 Умерена умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.

Включва: умерена умствена недостатъчност

Тежка умствена изостаналост

F72.0 Тежка умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.

Включва: тежка умствена недостатъчност

F72.1 Тежка умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.

Включва: тежка умствена недостатъчност

F72.8 Тежка умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.

Включва: тежка умствена недостатъчност

Дълбока умствена изостаналост

F73.0 Дълбока умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално

нарушение на поведението

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

Включва: дълбока умствена недостатъчност

F73.1 Дълбока умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

Включва: дълбока умствена недостатъчност

F73.8 Дълбока умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

Включва: дълбока умствена недостатъчност

Специфични разстройства в развитието на речта и езика

F80.3 Придобита афазия с епилепсия [синдром на Landau-Kleffner]

Разстройство, при което детето, след първоначално нормално развитие на езика, загубва както рецептивните, така и експресивните си речеви умения, но запазва общия си интелект. Началото на разстройството е съпроводено с пароксизмална ЕЕГ активност и в повечето от случаите — и с епилептични припадъци. Началото обикновено е между три- и седемгодишна възраст, като загубата на умения настъпва за няколко дни или седмици. Връзката във времето между появата на припадъците и загубата на езика е твърде променлива, като едното може да предхожда другото в разстояние на няколко месеца до две години. Като възможна причина за появата на това разстройство се предполага възпалителен процес в главния мозък. Около две-трети от пациентите остават с по-силно или по-слабо изразен сериозен дефицит в рецептивната реч.

F82 Специфични разстройства в развитието на двигателната функция

Разстройство, при което отличителният признак е сериозно нарушение в развитието на двигателната координация, което не може да се обясни само с общо умствено изоставане или с някакво специфично вродено или придобито неврологично разстройство. Независимо от това, в повечето случаи внимателното клинично изследване показва подчертана незрялост в развитието на нервната система като хореиформни движения на крайниците или огледални движения и други асоциирани двигателни особености, както и белези на лоша фина и обща двигателна координация.

Синдром на детска тромавост

Свързано(-а) с развитието:

- разстройство на координацията
- диспраксия

Не включва: абнормности в походката или подвижността (R26.—)

липса на координация (R27.0)

- като резултат от умствена изостаналост (F70—F79)

F83 Смесени специфични разстройства в психологичното развитие

Остатъчна категория от разстройства, при която е налице смесица от специфични разстройства на речта и езика или на училищните умения и двигателната функция, но нито едно от тези разстройства не преобладава достатъчно над останалите, за да обоснове основната диагноза. Тази смесена категория следва да се използва, само когато има голямо припокриване между всички тези специфични разстройства в развитието. Тези разстройства се свързват обикновено с известна степен на общо нарушение на когнитивните функции, но това не винаги се наблюдава. Ето защо, тази рубрика следва да се използва в случаите, когато са налице дисфункции, отговарящи на диагностичните критерии за две или повече рубрики от: F80.—, F81.— и F82.

Наследствена атаксия

Не включва: наследствена и идиопатична невропатия (G60.—)
детска церебрална парализа (G80.—)
разстройства на обмяната на веществата (E70—E90)

G11.1 Ранна малкомозъчна атаксия

Забележка: Започва обикновено преди 20-годишна възраст.

Ранна малкомозъчна атаксия с:
- есенциален тремор
- миоклонии [атаксия на Hunt]
- запазени сухожилни рефлекси

Атаксия на Friedreich (автозомно-рецесивна)
Х-свързана рецесивна спиноцеребеларна атаксия

G11.3 Малкомозъчна атаксия с нарушение във възстановяването на ДНК

Атаксия - телеангиектазия [синдром на Louis-Bar]
Не включва: синдром на Cockayne (Q87.1)
пигментна ксеродермия (Q82.1)

G11.4 Наследствена спастична параплегия

G11.8 Друга наследствена атаксия

Други дегенеративни болести на базалните ганглии

Не включва: мултисистемна дегенерация (G90.3)

G23.0 Болест на Hallervorden-Spatz

Пигментна палидарна дегенерация

G23.8 Други уточнени дегенеративни болести на базалните ганглии

Вкалцяване на базалните ганглии

Дистония

G24.1 Идиопатична фамилна дистония

Идиопатична дистония БДУ

G24.2 Идиопатична нефамилна дистония

Други дегенеративни болести на нервната система, некласифицирани другаде

G31.8 Други уточнени дегенеративни болести на нервната система

Дегенерация на сивото вещество [болест на Alpers]
Подостра некротизираща енцефалопатия [болест на Leigh]

Детска церебрална парализа

Включва: болест на Little
Не включва: наследствена спастична параплегия (G11.4)

G80.0 Спастична церебрална парализа

Вродена спастична парализа (церебрална)

G80.1 Спастична диплегия

G80.2 Детска хемиплегия

G80.3 Дискинетична церебрална парализа

Атетоидна церебрална парализа

G80.4 Атактична церебрална парализа

G80.8 Друга детска церебрална парализа

Смесени синдроми на церебрална парализа

Хемиплегия

Забележка: **Тази рубрика следва да се използва за първично кодиране само тогава, когато за хемиплегията (пълна) (непълна) се съобщава без допълнително уточняване или се потвърждава, че тя е установена отдавна, или съществува продължително време, но нейната причина е неуточнена. Рубриката се използва също при кодиране по множество причини за идентифициране на типа хемиплегия, предизвикана от всякаква причина.**

Не включва: **вродена и детска церебрална парализа (G80.—)**

G 81.1 Спастична хемиплегия

Параплегия и тетраплегия

Забележка: **Тази рубрика следва да се използва за първично кодиране само тогава, когато за състоянията се съобщава без допълнително уточняване или се потвърждава, че те са установени отдавна, или съществуват продължително време, но тяхната причина е неуточнена. Рубриката се използва също при кодиране по множество причини за идентифициране на тези състояния, предизвикани от всякаква причина.**

Не включва: **вродена и детска церебрална парализа (G80.—)**

G 82.1 Спастична параплегия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно
Включва: венозно инжектиране на багрило
офталмоскопия

Биопсия на други мускулно-скелетни точки

30075-01 Биопсия на меки тъкани
Включва: бурса
фасция
мускул
сухожилие

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00Електроенцефалография

Изследване на евокирани отговори на централна нервна система

Включва: такава чрез компютризирано усреднени техники

Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка
Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране

Не включва: такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор
Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1933 Химико-токсикологични изследвания

по преценка:
91927-00 Определяне на лекарствена концентрация на карбамазепин
по преценка:
91927-01 Определяне на лекарствена концентрация на Валпроева киселина

1934 Други лабораторни изследвания

по преценка:
91881-00 ДНК анализ
по преценка:
91916-00 Генетични изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

Измерване или изследване на зрителна функция

96038-00 Измерване на зрителна острота

Периметрия

Изследване на зрително поле

96041-00 Мануална периметрия, двустранно

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

92015-00 Визуален евокиран потенциал [ВЕП]

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При диагнози с кодове **E75.2, E75.4, G11.1, G11.3,** като задължителна трета диагностична процедура се прилагат някои от следните: 11212-00, 96038-00, 96041-00. В тези случаи клиничната пътека се отчита с три основни диагностични и две основни терапевтични процедури.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923, 1924, 1933 и 1934 – кодовете от блокове 1923 и 1924 са задължителни, а от блокове 1933 и 1934 се извършват и кодират по преценка, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология
2. Клинична лаборатория от II или III ниво и възможност за КГА
3. ЕЕГ – кабинет (апарат)
4. ЕМГ – кабинет (апарат), включително за изследване на предизвикани потенциали

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- двама лекари със специалност по неврология за клиника/отделение по неврология

- лекар - специалист по физикална и рехабилитационна медицина;
- психолог.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. Кабинет/отделение по физикална и рехабилитационна медицина – на територията на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.

2. Кабинет по офталмология – допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

3. Кабинет за психометрично и невропсихологично изследване - на територията на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.

4. За ЕЕГ – невролог/детски невролог или педиатър специализиран в областта на детската неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електроенцефалография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт "Нервни болести").

5. За ЕМГ – невролог/детски невролог или педиатър специализиран в областта на детската неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт "Нервни болести").

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u> А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

• спешни състояния, свързани с основното заболяване, неповлияващи се от лечение в амбулаторни условия;

• тежки случаи с тежък квадрипаретичен и псевдобулбарен синдром с необходимост от парентерално хранене;

Първоначално диагностично уточняване и лечение на пациенти със:

• левкодистрофичния или обменен енцефалопатен синдром с прогресиращ неврологичен дефицит;

• остро настъпващо (за първи път) или рецидивиращо състояние на количествени нарушения на съзнанието, повръщане, атаксия или ритъмни разстройства на дишането;

• церебеларен синдром, задностълбцова атаксия;

• екстрапирамиден синдром;

• долна спастична парапареза;

• интелектуален дефицит (умствена изостаналост);

• клинични данни за ДЦП.

• планирано лечение съгласно определения терапевтичен план след първоначално диагностично уточняване на пациенти с наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система с начало в детска възраст, засягащи ЦНС.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лечението започва след уточняване на диагнозата на базата на клиничните симптоми и проведените необходими изследвания.

За диагностициране на “левкодистрофия”- КТ и МРТ на главен мозък, ликворно изследване (общо и електрофореза, Ig), ЗЕП, СЕП, метаболитен скрининг, дълговерижни мастни киселини (за адреновекодистрофия), N-dietyl-aspartat (за Canavan), серумна арилсулфатаза А (за метахроматична левкодистрофия), галактоцереброзид β-галактозидаза (за левкодистрофия тип Крабе), генетични изследвания, ЕЕГ, мозъчна биопсия хистопатологично изследване, психологично изследване, ЕМГ/ЕНГ. ДД с други процеси в ранното детство с подобна симптоматика като персистиращи невроинфекции (SSPE; подостър HIV енцефалит); множествена склероза - тип Balo и тип Schilder; мозъчен тумор; олигофрения; детски психични заболявания (Инфантилен аутизъм; синдром на Heller; шизофренен синдром в детството), стационирани процеси (ДЦП, хромозомни аномалии).

За диагностициране на полиодистрофия - МРТ и КТ на главен мозък, мозъчна биопсия с хистологично и хистохимично изследване, кожна биопсия, ЕЕГ, ЗЕП, СЕП, метаболитни изследвания. ДД с други процеси в ранното детство с подобна симптоматика като левкодистрофии, обменни енцефалопатии, персистиращи невроинфекции (SSPE; подостър HIV енцефалит); множествена склероза - тип Balo и тип Schilder; мозъчен тумор; олигофрения; детски психични заболявания (Инфантилен аутизъм; синдром на Heller; шизофренен синдром в детството), стационирани процеси (ДЦП, хромозомни аномалии).

За диагностициране на обменни енцефалопатии - *24-часова урина* за метаболитен скрининг - галактоза, оротова к-на (хиперамонемия); мед (болест на Wilson), сиалова к-на; белези на ренална тубуларна дисфункция (Lowe, Hartnup); аминокиселини (аминоацидурии), вкл. тест за фенилкетонурия, органични киселини, сулфатиди, мукополизахариди, олигозахариди, хомоцистеин; *кръв:* общи биохимични изследвания и метаболитен скрининг за глюкоза, кетотела, урея, амоняк (хиперамонемии), АКР, пируват, лактат, електролити, чернодробни функции (ензими, холестерол, триглицериди), мед, церулоплазмин; *ехография на сърце, черен дроб, бъбреци*. ДД с левкодистрофии, полиодистрофии, подостри и персистиращи енцефалити.

За диагностициране на церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии): КТ и МРТ на главен и гръбначен мозък, ликворно изследване (общо и електрофореза, Ig), миелография; вирусологични, серологични изследвания за луес, HIV; ЕЕГ; ЕМГ; евокирани потенциали (стволови слухови ЕП, зрителни ЕП, соматосензорни); отоневрологично изследване, ехография на вътрешни органи, вкл. ехокардиография, биопсия от периферен нерв и мускул; невровегетологично изследване; имунологично изследване; генетично изследване. ДД с ДЦП-малкомозъчна форма, левкодистрофии.

За диагностициране на екстрапирамидни дегенеративни заболявания с начало в детската възраст- КТ и МРТ на главен мозък, изследване на Cu в серум и урина и тест с купренил, церулоплазмин, изследване на общ и йонизиран Ca^{2+} (за ДД с хипопаратиреоидизъм), ликвор (за ДД с подостър енцефалит), кръвни и биохимични изследвания, коагулационен профил (за ДД с протеин С-, S дефицит, хомоцистеинурия), изследвания за системен васкулит (антилупусни антитела, LE клетки, антикардиолипинови антитела (ДД с антифосфолипиден синдром).

За диагностициране на фамилна спастична параплегия: МРТ на главен и гръбначен мозък, КТ на главен и гръбначен мозък, ликворно изследване, генетично и молекулярно-генетично изследване, метаболизъм на вит. В12; ДД с ДЦП, гръбначномозъчен обемен процес, В12 дефицит, левкодистрофия

За диагностициране на ДЦП - КТ на главен мозък, МРТ (кортикални дисплазии), ЕЕГ, психологично изследване.

За диагностициране на “умствена изостаналост” – психологично изследване за уточняване на степента на умствената изостаналост, КТ на главен мозък, МРТ на главен мозък, метаболитен скрининг, генетични изследвания (цитогенетични и/или ДНК анализ), серологични изследвания за доказване на вродени инфекции (цитомегаловируси, токсоплазмоза, херпес и др.), ЕЕГ.

ЛЕЧЕНИЕ:

При левкодистрофии, полиодистрофии, обменни енцефалопатии, спиноцеребеларни дегенерации, дегенерации в базалните ядра лечението е симптоматично и включва:

Ноотропни средства.

Антиепилептични медикаменти (при необходимост).

Медикаменти за повлияване на мускулния тонус (при необходимост).

При възбуда (при необходимост):

- При екстрапирамиден синдром - DOPA агонисти и DOPA – съдържащи медикаменти.

Витамини от група B, C.

Дихателна реанимация - при необходимост (при дисметаболитни енцефалопатии, епилептичен статус).

Водно-солева реанимация (при необходимост).

Корекция на нарушенията на алкално-киселинното равновесие (при необходимост).

При хиперамонемия: лечение в интензивно отделение при необходимост за лечение на *хиперамонемичната кома*:

- хемодиализа или перитонеална диализа.

Двигателна рехабилитация и физиотерапия.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването. Диагнозата "*левкодистрофия"* се поставя на базата на прогресиращ квадрипаретичен, церебеларен, дементен епилептичен синдром, амблиопия, амавроза, МРТ данни за демиелинизация, данните от метаболитния скрининг и ензимните изследвания, в някои случаи и ЕМГ данни за сегментна демиелинизация, както и от биопсията от мозък, периферен нерв. Диагнозата *"метаболитна енцефалопатия"* се поставя при *постепенно прогресиращ* квадрипаретичен, церебеларен, дементен и епилептичен синдром, зрителни нарушения, в някои случаи съчетан с хепато-спленомегалия, костни аномалии; *рецидивиращи пристъпни състояния* с количествени нарушения на съзнанието, атаксия, доказване на специфичен ензимен и метаболитен дефект чрез метаболитен скрининг, молекулярно-биологични изследвания. При МРТ се доказва нарушена миелинизация. Диагнозата "церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии)" се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените лабораторни изследвания, наличието на наследственост и клиничния ход на заболяването. Диагнозата *"ДЦП":* при непрогресиращ неврологичен дефицит (пирамидни, екстрапирамидни, церебеларни увреждания), КТ с кистични, атрофични лезии, агенезии, при МРТ - корови дисплазии, хетеротопии, нарушено гирообразуване и т.н. Диагнозата "умствена изостаналост" се поставя след изключване на друга причина (дисметаболитна) за синдром при друго основно заболяване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- Приключване на диагностичния процес и определяне на терапевтичен план.
- Стабилизиране на неврологичното и соматично състояние или корекция на нарушени жизнени показатели.

При пациентите с левкодистрофии, полиодистрофии, обменни енцефалопатии с дихателни нарушения и количествени нарушения на съзнанието:

- преодоляване на дихателните разстройства;
- възстановяване на съзнанието;
- корекция на нарушенията в АКР и при възможност на метаболизма.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

-*"История на заболяването";*

-част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

-епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Наследствените дегенеративни заболявания на централната нервна система с начало в детската възраст *(левкодистрофии, полиодистрофии, дегенерации на базалните ядра, малкомозъчни и спиноцеребеларни дегенерации)* и обменните енцефалопатии имат сходна клинична характеристика: в периода след раждане, в кърмаческа и детска или юношеска възраст, се развиват белези на прогресираща увреда на централната нервна система със зрителни нарушения, упадък на интелектуалното и двигателно развитие, промени в мускулния тонус, нарушена координация, неволево треперене на ръцете, главата, очните ябълки, епилептични припадъци. В някои случаи тези прояви се съчетават с мускулни атрофии поради полиневропатен синдром, миопатия. При някои деца необяснимите, повтарящи се епизоди от сънливост, залитане, треперене на ръцете и други прояви на нарушена координация, повръщане могат да се причиняват от вроден дефект в обмяната на веществата. При част от децата с олигофрения (интелектуален дефицит) също е налице вроден дефект на метаболизма на някои аминокиселини, органични киселини, въглехидрати. При наличие на подобни белези на прогресиращо увреждане на нервната система, които е възможно да са наблюдавани и при други членове на семейството, много вероятно е да се диагностицира наследствено дегенеративно заболяване на нервната система или обменна енцефалопатия.

Левкодистрофиите се дължат на генетично обусловен дефект в структурата на миелина. Общата им честота е около 30/100 000. Групират се въз основа на хистохимичната характеристика на миелиновите деградационни продукти на: адренолевкодистрофия, болест на Pelizeaus-Merzbacher, спонгиозна дегенерация на бялото вещество (болест на Canavan), болест на Alexander, болест на Krabbe (глобуидоклетъчна склероза). Протичат с прогресиращо увреждане на движенията, координацията, зрението, интелекта и епилептични припадъци.

При **полиодистрофиите** дегенерират мозъчните неврони. Такива са Синдром на Alpers с мозъчен пируватен дефицит, енцефаломиопатиите, вероятно синдрома на Rett.

Спиноцеребеларната дегенерация (болест на Friedreich) започва от 4-7 г. възраст с постепенно засилващо се залитане, особено на тъмно и деформация на стъпалата, гръбначно изкривяване. При болестта на Louis Barr, освен постепенно залитане и често боледуване поради вроден дефицит на имуноглобулини, се вижда разширяване на съдове по склерите в очите.

Обменните енцефалопатии се дължат на генни дефекти, причиняващи дефицит на ензими или белтъци. Те се разделят въз основа на характерните биохимични абнормности: разстройства на аминокиселинния метаболизъм; разстройства на белтъчния транспорт; разстройства на въглехидратния метаболизъм; органични ацидурии; заболявания с натрупвания в лизозомите; разстройства на липидния метаболизъм; пероксизомни разстройства; фамилни миоклонус епилепсии; липидози от неизвестен произход; разстройства на метаболизма на металите; разстройства на пуриновия и пиримидинов метаболизъм. Честотата им е общо около 40/ 100 000. Диагностицират се при наличие на:

1. Рецидивиращи епизоди от нарушение на координацията, повишен мускулен тонус, нарушения на съзнанието от сънливост до кома или необясними повръщания;

2. Прогресиращо увреждане на ЦНС, увреждане на движенията, координацията, зрението, умствена изостаналост, характерни отклонения в соматичния статус (дизморфични белези, хепатомегалия, спленомегалия), *патология в изследванията на урината* (при разстройства в обмяната на аминокиселините и въглехидратите), *кръвта* (хиперамонемия при разстройства в урейния цикъл; хипогликемия; интермитентна ацидоза; повишен лактат и пируват, вкл. в ликвор, серумни холестерол, липиди, мед, пикочна киселина, серумни аминокиселини и органични киселини; серумни лизозомни ензими (арилсулфатаза А, β-галактозидаза, хексоаминидаза); *патология при микроскопското, биохимично и ултраструктурно изследване* на биопсични материали от мозък, периферен нерв (липидози, левкодистрофии).

Наследствените и дегенеративни заболявания на нервната система и обменните енцефалопатии протичат с постепенна прогресия и прогнозата е неблагоприятна. Поради това е много важно да бъде поставена точната диагноза, която определя и по-нататъшната прогноза за живота на пациента.

Детската церебрална парализа (ДЦП) е един непрогресиращ процес, с липса на влошаване и с възможно постепенно подобрение на функциите. ДЦП възниква в резултат на увреждания на нервната система от различни фактори по време на бременността, раждането и в периода след раждането. При ДЦП е налице неовладяване на двигателните умения в определените за възрастта срокове, непрохождане на детето до 1 г. 3 месеца и забавяне изграждането на двигателни умения; при част от децата са налице и епилептични припадъци и интелектуален дефицит.

Интелектуален дефицит (олигофрения), налице още от ранното детство, може да е резултат от хромозомно заболяване, генетичен дефект, дифузни или огнищни структурни аномалии на нервната система, обменна енцефалопатия, вродена или интранатална инфекция на ЦНС. Някои обменни енцефалопатии предопределят прогресиращ ход на заболяването, поради което трябва да се извършат генетични изследвания, биохимичен скрининг и невроизобразяващи изследвания (КТ/МРТ).

За поставяне на точната диагноза – определен тип наследствено дегенеративно заболяване на нервната система, обменна енцефалопатия, олигофрения, са необходими периодично неврологично, соматично и психологично изследване, както и високоспециализирани изследвания - компютърна томография (КТ) и магнитно-резонансна томография на главен мозък (МРТ), ликворни изследвания, метаболитни изследвания за доказване на характерен биохимичен дефект в материали от кръв, урина; генетични изследвания, включително молекулярно-биологични изследвания чрез ДНК анализ.

Всяко от тези изследвания е много важно и необходимо за диагностициране на заболяването, а изясняването на точния биохимичен дефект е важен за определяне на възможна диета и ограничаване развитието на заболяването. Изследванията имат специфична информативност за поставяне на диагнозата: **КТ на главен мозък** може да разкрие зони на увреждане на мозъка или обща мозъчна атрофия. **МРТ на главен мозък** разкрива болестни промени в бялото вещество при левкодистрофиите и в сивото вещество. Предизвиканите **зрителни и слухови потенциали** са променени при засягане на зрението и слуха. **Биохимичните изследвания** на кръв, ликвор и урина са важни за поставяне на диагнозата обменна енцефалопатия, защото при вродени ензимни дефекти се натрупват повишени количества на определени метаболити, които не се разграждат по-нататък. **Ликворното изследване** на материал от гръбначно-мозъчна течност разкрива увеличен белтък при левкодистрофиите, и непроменени гама-глобулини и имуноглобулини, които се увеличават при мозъчни възпаления. **Метаболитния скрининг** от кръв и урина диагностицира определен метаболитен дефект. **Ензимните изследвания** с данни за снижена серумна арилсулфатаза А служат за диагностициране на метахроматична левкодистрофия, а снижена галактоцереброзид β-галактозидаза - левкодистрофия тип Крабе. При някои от наследствените заболявания, чрез **ДНК анализ** се доказва точен генен дефект, което е важно при планиране на нови бременности в семейството. **Вирусологичните изследвания** на материали от серум и ликвор служат за отхвърляне на вроден или хроничен енцефалит. **ЕЕГ, ЕМГ изследванията** са променени при полиневропатия или миопатия, които могат да съпътстват мозъчните дегенеративни заболявания и обменните енцефалопатии. **Биопсия на мозък, мускул, периферен нерв, кожа** и патоморфологичните изследвания с хистохимия, електронна микроскопия на тези структури е единствен начин за диагностициране на някои левкодистрофии и обменни енцефалопатии. **Ехографията** на сърце, черен дроб, бъбреци е необходима при гликогенози и някои обменни енцефалопатии, при които се натрупват вещества и в клетките на черния дроб и слезката.

ЛЕЧЕНИЕ: При някои от наследствените мозъчни дегенерации и обменните енцефалопатии се провежда патогенетично лечение с диета, ограничаваща приема на определени вещества (диетични храни). **Диетичният режим** е с различен лечебен успех при различните заболявания. Абсолютно необходимо е спазването му при фенилкетонурията, хиперамонемиите, галактазния дефицит. Ограниченията в диетата на дълговерижните мастни киселини не е сигурно лечение. **Симптоматичното лечение** включва антиепилептични средства, медикаменти срещу спастицитета, ноотропни средства (пирамем, танакан, аминокиселини), анксиолитици при възбуда, еретично поведение; двигателна рехабилитация с цел подобряване на епилептичния синдром, повишеният мускулен тонус и интелектуалната деградация.

Подобно е и **лечението при ДЦП**: антиепилептични средства (при необходимост), медикаменти срещу спастицитета, ноотропни средства, анксиолитици при възбуда, системна двигателна рехабилитация. **При олигофрениите** лечението включва ноотропни медикаменти, анксиолитици при необходимост. Болните с ДЦП и олигофрения могат да бъдат обучавани според коефициента на интелигентност с цел да се осъществи социална интеграция.

Наследствените моторни и сензорни невропатии, миопатии, прогресивни мускулни дистрофии са големи групи от клинично и генетично хетерогенни заболявания. Всяко от тях се дължи на генетичен дефект, унаследен от родителите или възникнал за първи път у самия пациент, има характерна патогенеза и относително специфичен клиничен фенотип. Общото за тези заболявания е, че те се характеризират с прогресираща мускулна слабост, водеща до инвалидизация и намалена продължителност на живота. Точното диагностициране на тези заболявания изисква използването на редица клинични, неврофизиологични, невроизобразяващи, невропатологични и молекулярно-генетични изследвания. Лечението е симптоматично и се изразява главно в прилагането на двигателна рехабилитация и стимулираща терапия с витамини, анаболни и антихолинестеразни средства. При повечето болни с невромускулни заболявания също са важни ортопедичните корекции и носенето на специални помощни съоръжения, както и хранителния режим. Като цяло лечението на тези болни цели забавяне на инвалидизацията и подобряване качеството им на живот.

Поставянето на точна генетична диагноза на този етап има по-голямо значение за родните на болния, отколкото за самия пациент. Тя създава възможности за използването на методите на пренатална диагностика в тези семейства с оглед недопускане раждането на нови болни с тежко инвалидизиращи невромускулни заболявания.

Малкомозъчна атаксия – разнородна група от невродегенеративни заболявания. Характеризират се главно с разстройство на функциите на малкия мозък: нарушение в равновесието, походката и координацията на движенията. Могат да се прибавят и симптоми извън нарушената координация, в резултат на увреждане на връзките на малкия мозък с други структури на нервната система. Протичат бавно, хронично, възможна е наследственост при част от болните.

КП № 58 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НАСЛЕДСТВЕНИ И ДЕГЕНЕРАТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НЕРВНАТА СИСТЕМА, ЗАСЯГАЩИ ЦНС С НАЧАЛО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

КП № 58.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НАСЛЕДСТВЕНИ И ДЕГЕНЕРАТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НЕРВНАТА СИСТЕМА, ЗАСЯГАЩИ ЦНС С НАЧАЛО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой - 5 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига и на мастните киселини

E71.3 Разстройство на обмяната на мастните киселини

Адренолевкодистрофия [Addison-Schilder]
Дефицит на мускулната карнитин-палмитилтрансфераза
Не включва: болест на Refsum (G60.1)
болест на Schilder (G37.0)
синдром на Zellweger (Q87.8)

Разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на липидите

Не включва: муколипидоза, тип I-III (E77.0—E77.1)
болест на Refsum (G60.1)

E75.2 Други сфинголипидози

Болест на:
- Fabry(-Anderson)
- Gaucher
- Krabbe
- Niemann-Pick

Синдром на Farber
Метахроматична левкодистрофия
Недоимък на сулфатаза
Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

E75.4 Липофусциноза на невроните

Болест на:
- Batten
- Bielschowsky-Jansky
- Kufs
- Spielmeyer-Vogt

E83.0 Разстройства на обмяната на медта

Болест на Wilson

Лека умствена изостаналост

F70.0 Лека умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.

Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност

F70.1 Лека умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да

са от полза за обществото.

Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност

F70.8 Лека умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ (интелектуалния квотиент) са в границите между 50 и 69 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 9 до 12 години). Има вероятност да доведе до появата на известни обучителни затруднения в училище. Много от възрастните са в състояние да работят и поддържат добри социални взаимоотношения и да са от полза за обществото.

Включва: слабоумие
лека умствена недостатъчност

Умерена умствена изостаналост

F71.0 Умерена умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.

Включва: умерена умствена недостатъчност

F71.1 Умерена умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.

Включва: умерена умствена недостатъчност

F71.8 Умерена умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ са в границите между 35 и 49 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 6 до 9 години). Има вероятност да доведе до значително изоставане в развитието в детството, но голяма част от засегнатите могат да усвоят някои навици за самообслужване, адекватни умения да установяват контакти и елементарни училищни постижения. Възрастните обикновено имат нужда от различна степен на подкрепа в бита и на работното място.

Включва: умерена умствена недостатъчност

Тежка умствена изостаналост

F72.0 Тежка умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.

Включва: тежка умствена недостатъчност

F72.1 Тежка умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.

Включва: тежка умствена недостатъчност

F72.8 Тежка умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

Приблизителните нива на IQ са в границите между 20 и 34 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст от 3 до 6 години). Има вероятност да доведе до трайна нужда от подкрепа за функциониране.

Включва: тежка умствена недостатъчност

Дълбока умствена изостаналост

F73.0 Дълбока умствена изостаналост, няма нарушение или е налице минимално нарушение на поведението

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води

до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

Включва: дълбока умствена недостатъчност

F73.1 Дълбока умствена изостаналост, значително нарушение на поведението, изискващо грижи или лечение

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

Включва: дълбока умствена недостатъчност

F73.8 Дълбока умствена изостаналост, друго нарушение на поведението

IQ е под 20 (при възрастни лица това отговаря на умствена възраст под 3 години). Води до тежки ограничения в способността за самообслужване, за контрол на тазовите резервоари, за общуване и двигателна дейност.

Включва: дълбока умствена недостатъчност

Специфични разстройства в развитието на речта и езика

F80.3 Придобита афазия с епилепсия [синдром на Landau-Kleffner]

Разстройство, при което детето, след първоначално нормално развитие на езика, загубва както рецептивните, така и експресивните си речеви умения, но запазва общия си интелект. Началото на разстройството е съпроводено с пароксизмална ЕЕГ активност и в повечето от случаите — и с епилептични припадъци. Началото обикновено е между три- и седемгодишна възраст, като загубата на умения настъпва за няколко дни или седмици. Връзката във времето между появата на припадъците и загубата на езика е твърде променлива, като едното може да предхожда другото в разстояние на няколко месеца до две години. Като възможна причина за появата на това разстройство се предполага възпалителен процес в главния мозък. Около две-трети от пациентите остават с по-силно или по-слабо изразен сериозен дефицит в рецептивната реч.

F82 Специфични разстройства в развитието на двигателната функция

Разстройство, при което отличителният признак е сериозно нарушение в развитието на двигателната координация, което не може да се обясни само с общо умствено изоставане или с някакво специфично вродено или придобито неврологично разстройство. Независимо от това, в повечето случаи внимателното клинично изследване показва подчертана незрялост в развитието на нервната система като хореиформни движения на крайниците или огледални движения и други асоциирани двигателни особености, както и белези на лоша фина и обща двигателна координация.

Синдром на детска тромавост

Свързано(-а) с развитието:

- разстройство на координацията
- диспраксия

Не включва: абнормности в походката или подвижността (R26.—)

липса на координация (R27.0)

- като резултат от умствена изостаналост (F70—F79)

F83 Смесени специфични разстройства в психологичното развитие

Остатъчна категория от разстройства, при която е налице смесица от специфични разстройства на речта и езика или на училищните умения и двигателната функция, но нито едно от тези разстройства не преобладава достатъчно над останалите, за да обоснове основната диагноза. Тази смесена категория следва да се използва, само когато има голямо припокриване между всички тези специфични разстройства в развитието. Тези разстройства се свързват обикновено с известна степен на общо нарушение на когнитивните функции, но това не винаги се наблюдава. Ето защо, тази рубрика следва да се използва в случаите, когато са налице дисфункции, отговарящи на диагностичните критерии за две или повече рубрики от: F80.—, F81.— и F82.

Наследствена атаксия

Не включва: наследствена и идиопатична невропатия (G60.—)

детска церебрална парализа (G80.—)
разстройства на обмяната на веществата (E70—E90)

G11.1 Ранна малкомозъчна атаксия

Забележка: Започва обикновено преди 20-годишна възраст.

Ранна малкомозъчна атаксия с:
- есенциален тремор
- миоклонии [атаксия на Hunt]
- запазени сухожилни рефлекси

Атаксия на Friedreich (автозомно-рецесивна)
Х-свързана рецесивна спиноцеребеларна атаксия

G11.3 Малкомозъчна атаксия с нарушение във възстановяването на ДНК

Атаксия - телеангиектазия [синдром на Louis-Bar]

Не включва: синдром на Cockayne (Q87.1)
пигментна ксеродермия (Q82.1)

G11.4 Наследствена спастична параплегия

G11.8 Друга наследствена атаксия

Други дегенеративни болести на базалните ганглии

Не включва: мултисистемна дегенерация (G90.3)

G23.0 Болест на Hallervorden-Spatz

Пигментна палидарна дегенерация

G23.8 Други уточнени дегенеративни болести на базалните ганглии

Вкалцяване на базалните ганглии

Дистония

G24.1 Идиопатична фамилна дистония

Идиопатична дистония БДУ

G24.2 Идиопатична нефамилна дистония

Други дегенеративни болести на нервната система, некласифицирани другаде

G31.8 Други уточнени дегенеративни болести на нервната система

Дегенерация на сивото вещество [болест на Alpers]
Подостра некротизираща енцефалопатия [болест на Leigh]

Детска церебрална парализа

Включва: болест на Little

Не включва: наследствена спастична параплегия (G11.4)

G80.0 Спастична церебрална парализа

Вродена спастична парализа (церебрална)

G80.1 Спастична диплегия

G80.2 Детска хемиплегия

G80.3 Дискинетична церебрална парализа

Атетоидна церебрална парализа

G80.4 Атактична церебрална парализа

G80.8 Друга детска церебрална парализа

Смесени синдроми на церебрална парализа

Хемиплегия

Забележка: **Тази рубрика следва да се използва за първично кодиране само тогава, когато за хемиплегията (пълна) (непълна) се съобщава без допълнително уточняване или се потвърждава, че тя е установена отдавна, или съществува продължително време, но нейната причина е неуточнена. Рубриката се използва също при кодиране по множество причини за идентифициране на типа хемиплегия, предизвикана от всякаква причина.**

Не включва: **вродена и детска церебрална парализа (G80.—)**

G 81.1 Спастична хемиплегия

Параплегия и тетраплегия

Забележка: **Тази рубрика следва да се използва за първично кодиране само**

тогава, когато за състоянията се съобщава без допълнително уточняване или се потвърждава, че те са установени отдавна, или съществуват продължително време, но тяхната причина е неуточнена. Рубриката се използва също при кодиране по множество причини за идентифициране на тези състояния, предизвикани от всякаква причина.

Не включва: **вродена и детска церебрална парализа (G80.—)**

G 82.1 Спастична параплегия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно
Включва: венозно инжектиране на багрило
офталмоскопия

Биопсия на други мускулно-скелетни точки

30075-01 Биопсия на меки тъкани
Включва: бурса
фасция
мускул
сухожилие

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Изследване на евокирани отговори на централна нервна система

Включва: такава чрез компютризирано усреднени техники

Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка

Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране

Не включва: такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор

Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1933 Химико-токсикологични изследвания

по преценка:

91927-00 Определяне на лекарствена концентрация на карбамазепин

по преценка:

91927-01 Определяне на лекарствена концентрация на Валпроева киселина

1934 Други лабораторни изследвания

по преценка:

91881-00 ДНК анализ

по преценка:

91916-00 Генетични изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:

- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

Измерване или изследване на зрителна функция

96038-00 Измерване на зрителна острота

Периметрия

Изследване на зрително поле

96041-00 Мануална периметрия, двустранно

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

92015-00 Визуален евокиран потенциал [ВЕП]

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод
Кодирай също когато е направена:
- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:

• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При диагнози с кодове **E75.2, E75.4, G11.1, G11.3,** като задължителна трета диагностична процедура се прилагат някои от следните: 11212-00, 96038-00, 96041-00. В тези случаи клиничната пътека се отчита с три основни диагностични и две основни терапевтични процедури.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923, 1924, 1933 и 1934 – кодовете от блокове 1923 и 1924 са задължителни, а от блокове 1933 и 1934 се извършват и кодират по преценка, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“ (за деца до 18 години).

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология или детска неврология
2. Клинична лаборатория от II или III ниво и възможност за КГА
3. ЕЕГ – кабинет (апарат)
4. ЕМГ – кабинет (апарат), включително за изследване на предизвикани потенциали

***-** В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар - специалист по физикална и рехабилитационна медицина- на територията на лечебното заведение и двама лекари със специалност по неврология за клиника/отделение по неврология или двама с придобита специалност детска неврология за клиника/отделение по

детска неврология или лекар - специалист по педиатрия, специализирал в областта на детската

неврология, работещ в детска неврологична клиника/ отделение; - психолог.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. **Кабинет/отделение по физикална и рехабилитационна медицина** – на територията на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.
2. **Кабинет по офталмология** – допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.
3. **Кабинет за психометрично и невропсихологично изследване** - на територията на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.
4. **За ЕЕГ** – невролог/детски невролог или педиатър специализиран в областта на детската неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електроенцефалография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”).
5. **За ЕМГ** – невролог/детски невролог или педиатър специализиран в областта на детската неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт “Нервни болести”).

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u> А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- спешни състояния, свързани с основното заболяване, неповлияващи се от лечение в амбулаторни условия;
- тежки случаи с тежък квадрипаретичен и псевдобулбарен синдром с необходимост от парентерално хранене;

Първоначално диагностично уточняване и лечение на пациенти със:

- левкодистрофичния или обменен енцефалопатен синдром с прогресиращ неврологичен дефицит;
- остро настъпващо (за първи път) или рецидивиращо състояние на количествени нарушения на съзнанието, повръщане, атаксия или ритъмни разстройства на дишането;
- церебеларен синдром, задностълбцова атаксия;
- екстрапирамиден синдром;
- долна спастична парапареза;
- интелектуален дефицит (умствена изостаналост);
- клинични данни за ДЦП.
- Планирано лечение съгласно определения терапевтичен план след първоначално диагностично уточняване на пациенти с наследствени и дегенеративни заболявания на нервната система с начало в детска възраст, засягащи ЦНС.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лечението започва след уточняване на диагнозата на базата на клиничните симптоми и проведените необходими изследвания.

ДИАГНОЗА:

За диагностициране на "левкодистрофия"- КТ и МРТ на главен мозък, ликворно изследване (общо и електрофореза, Ig), ЗЕП, СЕП, метаболитен скрининг, дълговерижни мастни киселини (за адреновекодистрофия), N-dietyl-aspartat (за Canavan), серумна арилсулфатаза А (за метахроматична левкодистрофия), галактоцереброзид β-галактозидаза (за левкодистрофия тип Крабе), генетични изследвания, ЕЕГ, мозъчна биопсия хистопатологично изследване, психологично изследване, ЕМГ/ЕНГ. **ДД** с други процеси в ранното детство с подобна симптоматика като персистиращи невроинфекции (SSPE; подостър HIV енцефалит); множествена склероза - тип Balo и тип Schilder; мозъчен тумор; олигофрения; детски психични заболявания (Инфантилен аутизъм; синдром на Heller; шизофренен синдром в детството), стационирани процеси (ДЦП, хромозомни аномалии).

За диагностициране на полиодистрофия - МРТ и КТ на главен мозък, мозъчна биопсия с хистологично и хистохимично изследване, кожна биопсия, ЕЕГ, ЗЕП, СЕП, метаболитни изследвания. **ДД** с други процеси в ранното детство с подобна симптоматика като левкодистрофии, обменни енцефалопатии, персистиращи невроинфекции (SSPE; подостър HIV енцефалит); множествена склероза - тип Balo и тип Schilder; мозъчен тумор; олигофрения; детски психични заболявания (Инфантилен аутизъм; синдром на Heller; шизофренен синдром в детството), стационирани процеси (ДЦП, хромозомни аномалии).

За диагностициране на обменни енцефалопатии - ***24-часова урина*** за метаболитен скрининг - галактоза, оротова к-на (хиперамонемия); мед (болест на Wilson), сиалова к-на; белези на ренална тубуларна дисфункция (Lowe, Hartnup); аминокиселини (аминоацидурии), вкл. тест за фенилкетонурия, органични киселини, сулфатиди, мукополизахариди, олигозахариди, хомоцистеин; ***кръв:*** общи биохимични изследвания и метаболитен скрининг за глюкоза, кетотела, урея, амоняк (хиперамонемии), АКР, пируват, лактат, електролити, чернодробни функции (ензими, холестерол, триглицериди), мед, церулоплазмин; ***ехография на сърце, черен дроб, бъбреци.*** **ДД** с левкодистрофии, полиодистрофии, подостри и персистиращи енцефалити.

За диагностициране на церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии): КТ и МРТ на главен и гръбначен мозък, ликворно изследване (общо и електрофореза, Ig), миелография; вирусологични, серологични изследвания за луес, HIV; ЕЕГ; ЕМГ; евокирани потенциали (стволови слухови ЕП, зрителни ЕП, соматосензорни); отоневрологично изследване, ехография на вътрешни органи, вкл. ехокардиография, биопсия от периферен нерв и мускул; невровегетологично изследване; имунологично изследване; генетично изследване. **ДД** с ДЦП-малкомозъчна форма, левкодистрофии.

За диагностициране на екстрапирамидни дегенеративни заболявания с начало в детската възраст- КТ и МРТ на главен мозък, изследване на Cu в серум и урина и тест с купренил, церулоплазмин, изследване на общ и йонизиран Ca^{2+} (за ДД с хипопаратиреоидизъм), ликвор (за ДД с подостър енцефалит), кръвни и биохимични изследвания, коагулационен профил (за ДД с протеин С-, S дефицит, хомоцистеинурия), изследвания за системен васкулит (антилупусни антитела, LE клетки, антикардиолипинови антитела (ДД с антифосфолипиден синдром).

За диагностициране на фамилна спастична параплегия: МРТ на главен и гръбначен мозък, КТ на главен и гръбначен мозък, ликворно изследване, генетично и молекулярно-генетично изследване, метаболизъм на вит. В12; ДД с ДЦП, гръбначномозъчен обемен процес, В12 дефицит, левкодистрофия

За диагностициране на ДЦП - КТ на главен мозък, МРТ (кортикални дисплазии), ЕЕГ, психологично изследване.

За диагностициране на "умствена изостаналост" – психологично изследване за уточняване на степента на умствената изостаналост, КТ на главен мозък, МРТ на главен мозък, метаболитен скрининг, генетични изследвания (цитогенетични и/или ДНК анализ), серологични изследвания за доказване на вродени инфекции (цитомегаловируси, токсоплазмоза, херпес и др.), ЕЕГ.

ЛЕЧЕНИЕ:

При **левкодистрофии, полиодистрофии, обменни енцефалопатии, спиноцеребеларни дегенерации, дегенерации в базалните ядра** лечението е симптоматично и включва:

Ноотропни средства.

Антиепилептични медикаменти (при необходимост).

Медикаменти за повлияване на мускулния тонус (при необходимост).

При възбуда (при необходимост):

- При **екстрапирамиден синдром** - DOPA агонисти и DOPA – съдържащи медикаменти.

Витамини от група В, С.

Дихателна реанимация - при необходимост (при дисметаболитни енцефалопатии, епилептичен статус).

Водно-солева реанимация (при необходимост).

Корекция на нарушенията на алкално-киселинното равновесие (при необходимост).

При хиперамонемия: лечение в интензивно отделение при необходимост за лечение на *хиперамонемичната кома*:

- хемодиализа или перитонеална диализа.

Двигателна рехабилитация и физиотерапия.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването. Диагнозата ***"левкодистрофия"*** се поставя на базата на прогресиращ квадрипаретичен, церебеларен, дементен епилептичен синдром, амблиопия, амавроза, МРТ данни за демиелинизация, данните от метаболитния скрининг и ензимните изследвания, в някои случаи и ЕМГ данни за сегментна демиелинизация, както и от биопсията от мозък, периферен нерв. Диагнозата ***"метаболитна енцефалопатия"*** се поставя при *постепенно прогресиращ* квадрипаретичен, церебеларен, дементен и епилептичен синдром, зрителни нарушения, в някои случаи съчетан с хепато-спленомегалия, костни аномалии; *рецидивиращи пристъпни състояния* с количествени нарушения на съзнанието, атаксия, доказване на специфичен ензимен и метаболитен дефект чрез метаболитен скрининг, молекулярно-биологични изследвания. При МРТ се доказва нарушена миелинизация. Диагнозата **"церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии)"** се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените лабораторни изследвания, наличието на наследственост и клиничния ход на заболяването. Диагнозата ***"ДЦП":*** при непрогресиращ неврологичен дефицит (пирамидни, екстрапирамидни, церебеларни увреждания), КТ с кистични, атрофични лезии, агенезии, при МРТ - корови дисплазии, хетеротопии, нарушено гирообразуване и т.н. Диагнозата "**умствена изостаналост**" се поставя след изключване на друга причина (дисметаболитна) за синдром при друго основно заболяване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- Приключване на диагностичния процес и определяне на терапевтичен план.
- Стабилизиране на неврологичното и соматично състояние или корекция на нарушени жизнени показатели.

При пациентите с левкодистрофии, полиодистрофии, обменни енцефалопатии с дихателни нарушения и количествени нарушения на съзнанието:

- преодоляване на дихателните разстройства;
- възстановяване на съзнанието;
- корекция на нарушенията в АКР и при възможност на метаболизма.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

-*"История на заболяването";*

-част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

-епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Наследствените дегенеративни заболявания на централната нервна система с начало в детската възраст *(левкодистрофии, полиодистрофии, дегенерации на базалните ядра, малкомозъчни и спиноцеребеларни дегенерации)* и обменните енцефалопатии имат сходна клинична характеристика: в периода след раждане, в кърмаческа и детска или юношеска възраст, се развиват белези на прогресираща увреда на централната нервна система със зрителни нарушения, упадък на интелектуалното и двигателно развитие, промени в мускулния тонус, нарушена координация, неволево треперене на ръцете, главата, очните ябълки, епилептични припадъци. В някои случаи тези прояви се съчетават с мускулни атрофии поради полиневропатен синдром, миопатия. При някои деца необяснимите, повтарящи се епизоди от сънливост, залитане, треперене на ръцете и други прояви на нарушена координация, повръщане могат да се причиняват от вроден дефект в обмяната на веществата. При част от децата с олигофрения (интелектуален дефицит) също е налице вроден дефект на метаболизма на някои аминокиселини, органични киселини, въглехидрати. При наличие на подобни белези на прогресиращо увреждане на нервната система, които е възможно да са наблюдавани и при други членове на семейството, много вероятно е да се диагностицира наследствено дегенеративно заболяване на нервната система или обменна енцефалопатия.

Левкодистрофиите се дължат на генетично обусловен дефект в структурата на миелина. Общата им честота е около 30/100 000. Групират се въз основа на хистохимичната характеристика на миелиновите деградационни продукти на: адренолевкодистрофия, болест на Pelizeaus-Merzbacher, спонгиозна дегенерация на бялото вещество (болест на Canavan), болест на Alexander, болест на Krabbe (глобуидоклетъчна склероза). Протичат с прогресиращо увреждане на движенията, координацията, зрението, интелекта и епилептични припадъци.

При **полиодистрофиите** дегенерират мозъчните неврони. Такива са Синдром на Alpers с мозъчен пируватен дефицит, енцефаломиопатиите, вероятно синдрома на Rett.

Спиноцеребеларната дегенерация (болест на Friedreich) започва от 4-7 г. възраст с постепенно засилващо се залитане, особено на тъмно и деформация на стъпалата, гръбначно изкривяване. При болестта на Louis Barr, освен постепенно залитане и често боледуване поради вроден дефицит на имуноглобулини, се вижда разширяване на съдове по склерите в очите.

Обменните енцефалопатии се дължат на генни дефекти, причиняващи дефицит на ензими или белтъци. Те се разделят въз основа на характерните биохимични абнормности: разстройства на аминокиселинния метаболизъм; разстройства на белтъчния транспорт; разстройства на въглехидратния метаболизъм; органични ацидурии; заболявания с натрупвания в лизозомите; разстройства на липидния метаболизъм; пероксизомни разстройства; фамилни миоклонус епилепсии; липидози от неизвестен произход; разстройства на метаболизма на металите; разстройства на пуриновия и пиримидинов метаболизъм. Честотата им е общо около 40/ 100 000. Диагностицират се при наличие на:

1. Рецидивиращи епизоди от нарушение на координацията, повишен мускулен тонус, нарушения на съзнанието от сънливост до кома или необясними повръщания;

2. Прогресиращо увреждане на ЦНС, увреждане на движенията, координацията, зрението, умствена изостаналост, характерни отклонения в соматичния статус (дизморфични белези, хепатомегалия, спленомегалия), *патология в изследванията на урината* (при разстройства в обмяната на аминокиселините и въглехидратите), *кръвта* (хиперамонемия при разстройства в урейния цикъл; хипогликемия; интермитентна ацидоза; повишен лактат и пируват, вкл. в ликвор, серумни холестерол, липиди, мед, пикочна киселина, серумни аминокиселини и органични киселини; серумни лизозомни ензими (арилсулфатаза А, β-галактозидаза, хексоаминидаза); *патология при микроскопското, биохимично и ултраструктурно изследване* на биопсични материали от мозък, периферен нерв (липидози, левкодистрофии).

Наследствените и дегенеративни заболявания на нервната система и обменните енцефалопатии протичат с постепенна прогресия и прогнозата е неблагоприятна. Поради това е много важно да бъде поставена точната диагноза, която определя и по-нататъшната прогноза за живота на пациента.

Детската церебрална парализа (ДЦП) е един непрогресиращ процес, с липса на влошаване и с възможно постепенно подобрение на функциите. ДЦП възниква в резултат на увреждания на нервната система от различни фактори по време на бременността, раждането и в периода след раждането. При ДЦП е налице неовладяване на двигателните умения в определените за възрастта срокове, непрохождане на детето до 1 г. 3 месеца и забавяне изграждането на двигателни умения; при част от децата са налице и епилептични припадъци и интелектуален дефицит.

Интелектуален дефицит (олигофрения), налице още от ранното детство, може да е резултат от хромозомно заболяване, генетичен дефект, дифузни или огнищни структурни аномалии на нервната система, обменна енцефалопатия, вродена или интранатална инфекция на ЦНС. Някои обменни енцефалопатии предопределят прогресиращ ход на заболяването, поради което трябва да се извършат генетични изследвания, биохимичен скрининг и невроизобразяващи изследвания (КТ/МРТ).

За поставяне на точната диагноза – определен тип наследствено дегенеративно заболяване на нервната система, обменна енцефалопатия, олигофрения, са необходими периодично неврологично, соматично и психологично изследване, както и високоспециализирани изследвания - компютърна томография (КТ) и магнитно-резонансна томография на главен мозък (МРТ), ликворни изследвания, метаболитни изследвания за доказване на характерен биохимичен дефект в материали от кръв, урина; генетични изследвания, включително молекулярно-биологични изследвания чрез ДНК анализ.

Всяко от тези изследвания е много важно и необходимо за диагностициране на заболяването, а изясняването на точния биохимичен дефект е важен за определяне на възможна диета и ограничаване развитието на заболяването. Изследванията имат специфична информативност за поставяне на диагнозата: **КТ на главен мозък** може да разкрие зони на увреждане на мозъка или обща мозъчна атрофия. **МРТ на главен мозък** разкрива болестни промени в бялото вещество при левкодистрофиите и в сивото вещество. Предизвиканите **зрителни и слухови потенциали** са променени при засягане на зрението и слуха. **Биохимичните изследвания** на кръв, ликвор и урина са важни за поставяне на диагнозата обменна енцефалопатия, защото при вродени ензимни дефекти се натрупват повишени количества на определени метаболити, които не се разграждат по-нататък. **Ликворното изследване** на материал от гръбначно-мозъчна течност разкрива увеличен белтък при левкодистрофиите, и непроменени гама-глобулини и имуноглобулини, които се увеличават при мозъчни възпаления. **Метаболитния скрининг** от кръв и урина диагностицира определен метаболитен дефект. **Ензимните изследвания** с данни за снижена серумна арилсулфатаза А служат за диагностициране на метахроматична левкодистрофия, а снижена галактоцереброзид β-галактозидаза - левкодистрофия тип Крабе. При някои от наследствените заболявания, чрез **ДНК анализ** се доказва точен генен дефект, което е важно при планиране на нови бременности в семейството. **Вирусологичните изследвания** на материали от серум и ликвор служат за отхвърляне на вроден или хроничен енцефалит. **ЕЕГ, ЕМГ изследванията** са променени при полиневропатия или миопатия, които могат да съпътстват мозъчните дегенеративни заболявания и обменните енцефалопатии. **Биопсия на мозък, мускул, периферен нерв, кожа** и патоморфологичните изследвания с хистохимия, електронна микроскопия на тези структури е единствен начин за диагностициране на някои левкодистрофии и обменни енцефалопатии. **Ехографията** на сърце, черен дроб, бъбреци е необходима при гликогенози и някои обменни енцефалопатии, при които се натрупват вещества и в клетките на черния дроб и слезката.

ЛЕЧЕНИЕ: При някои от наследствените мозъчни дегенерации и обменните енцефалопатии се провежда патогенетично лечение с диета, ограничаваща приема на определени вещества (диетични храни). **Диетичният режим** е с различен лечебен успех при различните заболявания. Абсолютно необходимо е спазването му при фенилкетонурията, хиперамонемиите, галактазния дефицит. Ограниченията в диетата на дълговерижните мастни киселини не е сигурно лечение. **Симптоматичното лечение** включва антиепилептични средства, медикаменти срещу спастицитета, ноотропни средства (пирамем, танакан, аминокиселини), анксиолитици при възбуда, еретично поведение; двигателна рехабилитация с цел подобряване на епилептичния синдром, повишеният мускулен тонус и интелектуалната деградация.

Подобно е и **лечението при ДЦП**: антиепилептични средства (при необходимост), медикаменти срещу спастицитета, ноотропни средства, анксиолитици при възбуда, системна двигателна рехабилитация. **При олигофрениите** лечението включва ноотропни медикаменти, анксиолитици при необходимост. Болните с ДЦП и олигофрения могат да бъдат обучавани според коефициента на интелигентност с цел да се осъществи социална интеграция.

Наследствените моторни и сензорни невропатии, миопатии, прогресивни мускулни дистрофии са големи групи от клинично и генетично хетерогенни заболявания. Всяко от тях се дължи на генетичен дефект, унаследен от родителите или възникнал за първи път у самия пациент, има характерна патогенеза и относително специфичен клиничен фенотип. Общото за тези заболявания е, че те се характеризират с прогресираща мускулна слабост, водеща до инвалидизация и намалена продължителност на живота. Точното диагностициране на тези заболявания изисква използването на редица клинични, неврофизиологични, невроизобразяващи, невропатологични и молекулярно-генетични изследвания. Лечението е симптоматично и се изразява главно в прилагането на двигателна рехабилитация и стимулираща терапия с витамини, анаболни и антихолинестеразни средства. При повечето болни с невромускулни заболявания също са важни ортопедичните корекции и носенето на специални помощни съоръжения, както и хранителния режим. Като цяло лечението на тези болни цели забавяне на инвалидизацията и подобряване качеството им на живот.

Поставянето на точна генетична диагноза на този етап има по-голямо значение за родните на болния, отколкото за самия пациент. Тя създава възможности за използването на методите на пренатална диагностика в тези семейства с оглед недопускане раждането на нови болни с тежко инвалидизиращи невромускулни заболявания.

Малкомозъчна атаксия – разнородна група от невродегенеративни заболявания. Характеризират се главно с разстройство на функциите на малкия мозък: нарушение в равновесието, походката и координацията на движенията. Могат да се прибавят и симптоми извън нарушената координация, в резултат на увреждане на връзките на малкия мозък с други структури на нервната система. Протичат бавно, хронично, възможна е наследственост при част от болните.

КП № 59 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НАСЛЕДСТВЕНИ И ДЕГЕНЕРАТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НЕРВНАТА СИСТЕМА ПРИ ВЪЗРАСТНИ ПАЦИЕНТИ, ЗАСЯГАЩИ ЦЕНТРАЛНАТА НЕРВНА СИСТЕМА И МОТОРНИЯ НЕВРОН (ЛАС)

1.Минимален болничен престой - 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

G10 Болест на Huntington
Хорея на Huntington

Наследствена атаксия

Не включва: наследствена и идиопатична невропатия (G60.—)
детска церебрална парализа (G80.—)
разстройства на обмяната на веществата (E70—E90)

G11.1 Ранна малкомозъчна атаксия
Забележка: Започва обикновено преди 20-годишна възраст.
Ранна малкомозъчна атаксия с:
- есенциален тремор
- миоклонии [атаксия на Hunt]
- запазени сухожилни рефлекси

Атаксия на Friedreich (автозомно-рецесивна)
Х-свързана рецесивна спиноцеребеларна атаксия

G11.2 Късна малкомозъчна атаксия
Забележка: Започва обиконвено след 20-годишна възраст.

G11.4 Наследствена спастична параплегия

G11.8 Друга наследствена атаксия

ална мускулна атрофия и сродни синдроми

G12.2 Болест на двигателния неврон
Фамилна болест на двигателния неврон
Латерална склероза:
- амиотрофична
- първична

Други дегенеративни болести на базалните ганглии

Не включва: мултисистемна дегенерация (G90.3)

G23.1 Прогресираща надядрена офталмоплегия [Steele-Richardson-Olszewski]

G23.2 Стриатонигрална дегенерация

G23.8 Други уточнени дегенеративни болести на базалните ганглии
Вкалцяване на базалните ганглии

Дистония

Включва: дискинезия
Не включва: атетозна церебрална парализа (G80.3)

G24.1 Идиопатична фамилна дистония
Идиопатична дистония БДУ

G24.2 Идиопатична нефамилна дистония

G24.4 Идиопатична орофациална дистония
Орофациална дискинезия

Други екстрапирамидни и двигателни нарушения

G25.0 Есенциален тремор
Фамилен тремор
Не включва: тремор БДУ (R25.1)

G25.2 Други уточнени форми на тремор
Интенционен тремор

G25.3 Миоклонус
Миоклонус, предизвикан от лекарствени средства

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: лицева миокимия (G51.4)
миоклонична епилепсия (G40.—)

G25.5 Други видове хорея
Хорея БДУ

Не включва: хорея БДУ, със засягане на сърцето (I02.0)
хорея на Huntington (G10)
ревматична хорея (I02.—)
хорея на Sydenham (I02.—)

G25.6 Тикове, предизвикани от лекарствени средства и други тикове с органичен произход
При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: синдром на de la Tourette (F95.2)
тик БДУ (F95.9)

G25.8 Други уточнени екстрапирамидни и двигателни нарушения
Синдром на "неспокойните" крака
Синдром на скования човек

Болест на Алцхаймер

Включва: сенилна и пресенилна форма
Не включва: сенилна:
- дегенерация на главния мозък, НКД (G31.1)
- деменция БДУ (F03)

сенилност БДУ (R54)

G30.0 Ранна болест на Алцхаймер
Забележка: Начало на заболяването - обикновено до 65-годишна възраст.

G30.1 Късна болест на Алцхаймер
Забележка: Начало на заболяването - обикновено след 65-годишна възраст.

Други дегенеративни болести на нервната система, некласифицирани другаде

Не включва: синдром на Reye (G93.7)

G31.0 Ограничена атрофия на главния мозък
Болест на Pick
Прогресираща изолирана афазия

Други дегенеративни нарушения на нервната система при болести, класифицирани другаде

G32.0* Подостра комбинирана дегенерация на гръбначния мозък при болести, класифицирани другаде

Подостра комбинирана дегенерация на гръбначния мозък при недоимък на витамин B12 (E53.8†)

Разстройство в обмяната на ароматните аминокиселини

E70.0 Класическа фенилкетонурия

Други разстройства на обмяната на аминокиселините

Не включва: отклонения от нормата без изявено заболяване (R70—R89)
разстройства на:
- обмяната на ароматните аминиокиселини (E70.—)
- обмяната на аминокиселините с разклонена верига (E71.0—E71.2)
- обмяната на мастните киселини (E71.3)
- обмяната на пурина и пиримидина (E79.—)

подагра (M10.—)

E72.2 Разстройства в метаболитния цикъл на уреята
Аргининемия
Аргининосукцинова ацидурия
Цитролинемия
Хиперамониемия
Не включва: разстройства на обмяната на орнитина (E72.4)

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта
Болест на Wilson

Код **G32.0*** не може да се използва като самостоятелен диагностичен код, а е допълнителен към основен код **E53.8†.**

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на мозък или менинги

39703-00 Биопсия на мозък чрез трепанационно отвърстие
Затворена мозъчна биопсия
Не включва: такава при невроендоскопия (40903-01 [12])

39706-00 Биопсия на мозък чрез остеопластична краниотомия
Отворена мозъчна биопсия
Включва: остеопластично ламбо

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва:функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Изследване на евокирани отговори на централна нервна система

Включва: такава чрез компютризирано усреднени техники

Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка
Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране

Не включва: такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор
Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1932 Изследвания на урината

91920-19 Друго изследване на урина

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1933 Химико-токсикологични изследвания

по преценка:
91927-00 Определяне на лекарствена концентрация на карбамазепин
по преценка:
91927-01 Определяне на лекарствена концентрация на Валпроева киселина

1934 Други лабораторни изследвания

по преценка:
91881-00 ДНК анализ
по преценка:
91916-00 Генетични изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

Психична, поведенческа или психосоциална оценка

96175-00 Оценка на психично/поведенческо функциониране
Оценка на познавателната или изпълнителска функция
Оценка на умствените възможности

Забележка: Умствена/или поведенческа оценка може да включи общо оценъчно интервю (диагностично) и оценка; психиатрична/психологична/психосоциална/ физиологична история; физикален преглед; (мини) преглед на ментален статус; използване на оценителни въпросници, чеклисти, неврофизиологични/ психолочни/психометрични тестове; и оценки на изхода

Не включва: оценка на познавателна функция като част от тестове за развитие (96184-00 [1824])

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

92015-00 Визуален евокиран потенциал [ВЕП]

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])*

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При първа хоспитализация задължителна/и диагностична/и процедура/и за съответните диагнози са: за G 10 КТ/МРТ; за G 11.-- КТ/МРТ; за G 12.2 КТ/МРТ и ЕМГ; за G

23.-- КТ/МРТ; за G 24.-- КТ/МРТ и ЕМГ; за за G 25.-- ЕМГ; за G 30.-- КТ/МРТ и MMSE; за G 31.0 КТ/МРТ и MMSE; за G 32.0 КТ/МРТ и ЕМГ;

За КТ/МРТ при диагнози G30.0, G30.1 и G31.0 се признават изследванията, проведени до 90 дни преди първата хоспитализацията, които се доказват с разчитане от изследването или епикриза.

При следващи хоспитализации, КТ/МРТ се прави по преценка, съобразно състоянието.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923, 1924, 1933 и 1934 – кодовете от блокове 1923 и 1924 са задължителни, а от блокове 1933 и 1934 се извършват и кодират по преценка, като всички кодове на изследвания от четирите блока се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нервни болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нервни болести".

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология
2. Клинична лаборатория* II или III ниво (с възможност за ликворни изследвания, кръвно-газов анализ и хемостазеология)
3. ЕЕГ – кабинет (апарат)
4. ЕМГ – кабинет (апарат), вкл. за изследване на предизвикани потенциали - стволови слухови, зрителни, сомато-сензорни

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност по нервни болести: за структури III ниво на компетентност четирима с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести";

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. Кабинет по офталмология – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

2. Отделение/кабинет за УНГ - изследване, изследване на слух, отоневрологично изследване – на територията на лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ.

3. За отоневрологично изследване - лекар със специалност по нервни болести или УНГ болести, притежаващ удостоверение за придобит опит в областта на отоневрологията.

4. За ЕЕГ: лекар със специалност по нервни болести, с допълнителна квалификация за извършване на електроенцефалография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт "Нервни болести").

5. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт "Нервни болести").

6. Кабинет за психометрично и невропсихологично изследване – допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността**.**

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- амилотрофична латерална склероза и прояви на възпалителни белодробни нарушения;
- амилотрофична латерална склероза и прояви на дихателна недостатъчност;
- невромускулно заболяване с придружаващи заболявания, усложняващи основното заболяване - пневмония, дихателна недостатъчност; сърдечна недостатъчност, ритъмни нарушения;
- хиперамониемия с нарушения в съзнанието;
- спешни състояния, свързани с основното заболяване, неповлияващи се от лечение в амбулаторни условия.

Първоначално диагностициране на:

- "мултисистемна атрофия" при пациенти със съчетание на паркинсонизъм, автономна дисфункция, церебеларни и пирамидни разстройства в различни комбинации;
- "прогресивна супрануклеарна пареза" при развитие на акинетико-ригиден паркинсонов синдром, псевдобулбарен, супрануклеарен (вертикалната погледна пареза), дементен и изразени постурални нарушения;
- хорея на Хънтингтон при клинични данни за начални хореични хиперкинези и по-късно интелектуална деградация (субкортикална деменция със забавен мисловен процес, затруднение в планирането и изпълнението на комплексни задачи, без афазия, апраксия и агнозия);

- церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии) или корекция на диагнозата;
- Амилотрофична латерална склероза (АЛС) при наличие на: мускулна слабост на крайник или част от крайник; хипотрофия на крайник или част от крайник; потрепвания по крайниците и/или туловището; пареза на крайник или част от него; нарушение в говора или гълтането.
- Болест на Алцхаймер.
- Кортикобазална дегенерация, болест с телца на Леви, фронтотемпорална деменция.

Контрол на състоянието и определяне на терапевтично поведение при:

- Пациенти с мултисистемна атрофия и при пациенти с прогресивна супрануклеарна пареза за назначаване на терапия с леводопа и симптоматично лечение.
- При пациенти с хорея на Хънтингтон за назначаване на невропротективна терапия и такава, свързана с хиперкинезите и психичните нарушения.
- Пациенти с церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии) при относително влошаване на състоянието, свързано с основната симптоматика и липса на терапевтичен ефект от прилаганото лечение.
- Пациенти с невро-мускулни заболявания за провеждане на терапевтични курсове и рехабилитация съгласно определен терапевтичен план.
- Пациенти с фенилкетонурия и хиперамониемия - за контрол на лечението.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (кръв) се взема в рамките на болничния престой за подпомагане на диференциално-диагностичния план и уточняване на основната диагноза. Всички рентгенологични и инструментални изследвания се извършват най-късно до третия ден от началото на хоспитализацията.

Лечението започва след уточняване на диагнозата на базата на клиничните симптоми и проведените необходими изследвания.

За диагностициране на мултисистемна атрофия: КТ/МРТ на главен мозък, офталмологичен статус, изследване на автономна нервна система при необходимост.

За диагностициране на прогресивна супрануклеарна пареза: КТ/МРТ на главен мозък, офталмологичен статус, психологично изследване, ЕМГ (треморограма).

За диагностициране на хорея на Хънтингтон: КТ/МРТ, психологично изследване, психиатрична консултация.

За диагностициране на есенциален тремор: ЕМГ (треморограма).

За диагностициране на церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии): КТ / МРТ на главен и гръбначен мозък, ликворно изследване (общо и електрофореза, Ig), миелография - по преценка; вирусологични, серологични изследвания за луес, HIV; ЕЕГ; ЕМГ; евокирани потенциали (стволови слухови ЕП, зрителни ЕП, соматосензорни); отоневрологично изследване, ехография на вътрешни органи, вкл. ехокардиография, биопсия от периферен нерв и мускул; невровегетологично изследване; имунологично изследване - по преценка; генетично изследване - по преценка.

За диагностициране на АЛС: ЕМГ, изследване на СРК, СРК-МВ, алдолаза, АСАТ, АЛАТ, КТ/ МРТ на шиен гръбнак (и на лумбален при необходимост) и лумбална пункция и ликворно изследване при необходимост; ЕКГ, функционална оценка на двигателната дейност; генетично изследване.

ЛЕЧЕНИЕ:

1) Лечение на когнитивните нарушения

Медикаменти на втори избор самостоятелно и в комбинация:

- *инхибитори на ацетилхолинестеразата; - невропротектори и антиоксиданти.*

Синдромологично и симптоматично лечение:

- лечение на депресията;
- лечение на поведенческите нарушения/ажитираност и неспокойствие:

Атипични невролептици;

Конвенционални невролептици; - лечение на сънните разстройства; - антиконвулсант.

Когнитивна рехабилитация и стимулация; физикална рехабилитация.

Мултисистемна атрофия: за въздействие върху екстрапирамидните симптоми и автономните нарушения. Леводопа начална доза - 3x1/2 т. до оптимална 1-1.5 г. дневно. (При неефективно лечение с леводопа не се включват допаминови агонисти). Антихолинергични средства до 10-12 мг. дневно в три приема; амантадин 200-300 мг. дневно при неефективно лечение с допаминергични и антихолинергични средства. Лечението на автономните нарушения е насочено предимно към ортостатичната хипотония и инконтиненцията. Минералкортикостероиди или НПВС. При чести позиви и инконтиненция на урина се прилагат антихолинергични средства.

Прогресивна супрануклеарна пареза - препарати на леводопа, амантадин и амитриптилин.

Хорея на Huntington: с изразени хореични хиперкинези, които инвалидизират болния - включва се лечение с невролептици. Лекарства, които изчерпват пресинаптичните моноамини.

Невропротективни медикаменти.

При депресии и афективни разстройства се прилагат антидепресанти – селективни серотонин-реъптейк инхибитори и трициклични антидепресанти. Психозите се третират с атипични невролептици.

При есенциален тремор – бета-блокери, бензодиазепини, някои антиконвулсанти. глутетимид.

Церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии).

2) симптоматично лечение:

- лечение на миоклонични хиперкинези; - миорелаксанти при проява на спастичност;
- ноотропни медикаменти.

Амиотрофична латерална склероза:

- патогенетично медикаментозно;
- симптоматично медикаментозно – аскорбинова киселина (Vitamin C) 600-900 mg/дневно, алфа токоферол (Vitamin E) 300-600 mg/дневно, Galantamine s.c. максимална дневна доза 20 mg в постепенно покачваща се доза;
- лечебен масаж и лечебна физкултура.

Фенилкетонурия и хиперамониемия

- патогенетично, медикаментозно и диетично.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Диагнозата **"Мултисистемна атрофия"** се поставя при наличието на акинетикоригиден синдром, церебеларни, автономни и пирамидни нарушения. Налице е двустранна симптоматика без асиметрия, липсва статичен тремор и прилагането на леводопа не води до значително подобрение на състоянието. При КТ и МРТ се установява атрофия на церебеларните хемисфери, вермиса и понса. МРТ показва хипоинтензитет в путамен, поизразен в сравнение с паркинсоновата болест.

Диагнозата **"Прогресивна супрануклеарна пареза"** се поставя при наличие в началото на акинетико-ригиден синдром, нарушения в походката и постурални нарушения. По-нататък се прибавят вертикална погледова пареза, псевдобулбарна пареза, както и когнитивни нарушения. При компютърната томография се намира атрофия на моста и средния мозък, като предно-задния диаметър на последния е под 15 мм.

Диагнозата **"Хорея на Хънтингтон"** се поставя на базата на анамнестичните данни за бавно постепенно развитие на неволеви движения и когнитивни нарушения, неврологичния и психичен статус (хореични хиперкинези, субкортикална деменция) и параклиничните изследвания и консултации (КАТ на главен мозък и психиатрично изследване).

Диагнозата **"Есенциален тремор"** се поставя след клинично и ЕМГ изследване (треморограма).

Диагнозата **"церебеларни дегенеративни заболявания (спиноцеребеларни, церебеларни и цереброцеребеларни атаксии)"** се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените лабораторни изследвания, наличието на наследственост и клиничния ход на заболяването.

Диагнозата **"Амиотрофична латерална склероза"** (в съответствие с национална програма/консенсус за лечение на АЛС) се поставя съобразно с данните от анамнезата, клиничната картина и електромиографските критерии за наличие на дефинитивна преднорогова увреда в изследваните мускули. От другите проведени изследвания: невроизобразяващи, изследване на кръвен серум, кръвна картина и лумбален ликвор, не се установяват данни отхвърлящи диагнозата АЛС.

За диагнози **„Фенилкетонурия" и „Хиперамониемия"** над 18 години, ако не е извършено изследване на генно ниво: клиничната пътека се отчита с проведено генетично изследване, задължително след проведени: „метаболитен скрининг" (МКБ – код **91.39); ензимен и/или ДНК – анализ, в случаите когато се касае за генетично заболяване и анализите са възможни в България.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

- приключване на диагностичния процес и определяне на терапевтичен план;
- стациониране на неврологичната симптоматика и овладяване на острото соматично състояние.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. **ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА** се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. **ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ** – в *"История на заболяването".*

3. **ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:**

-*"История на заболяването";*

-част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

-епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. **ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ** – подписва се от пациента

(родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мултисистемната атрофия е прогресивно невродегенеративно заболяване с неясна причина за нейното възникване. Тя засяга и двата пола и се развива в средна възраст. Заболяването се проявява с различни клинични симптоми. Най-често започва с развитието на паркинсонов синдром обикновено без тремор. Характерно е забавянето на движенията и нестабилната походка. Появяват се разстройства в уринирането (често уриниране, изпускане), а също така и спадане на кръвното налягане след изправяне от легнало и седнало положение. Голяма част от болните имат залитане при ходене, речта е монотонна, забавена и накъсана.

Прогресивната супрануклеарна пареза е рядко заболяване (болестност 1.4/100 000), с неясна причина за възникването му. Заболяването обикновено започва в шестото и седмото десетилетие и има сравнително бърза прогресия. Характеризира се с оплаквания, свързани с походката – бавни и несигурни движения, нестабилна походка, скованост в крайниците и шийната мускулатура. По-късно се появяват затруднения в гълтането, говора и погледа. Болният се затруднява да извършва движения, свързани най-вече с поглед надолу, като четене, ядене, слизане по стълби.

Хореята на Хънтингтон е наследствено заболяване, което се предава от болните родители на техните деца. Заболяването е разпространено навсякъде по света, като болестността в САЩ и Европа е около 5-10/100 000 население. Болестният ген при хорея на Хънтингтон се намира в 4-та хромозома и предизвиква натрупване на особен белтък, което предизвиква засягане най-вече на клетките на подкоровите възли и кората.

Заболяването започва най-често между 35 и 40 г. Основните симптоми са неволеви движения и психични разстройства. Хореята на Хънтингтон започва с нехарактерни симптоми като разсеяност, раздразнителност и непохватност и постепенно прогресира до появата на неволеви движения и разстройства в паметта и познанието. За поставянето на диагнозата са необходими консултация с невролог и психиатър, както и провеждане на компютърна томография. При съмнение за развитие на хорея на Хънтингтон е необходимо насочване към неврологично отделение/клиника за уточняване диагнозата и предписване на терапия.

Амиотрофичната латерална склероза представлява дегенеративно заболяване на нервната система. Характеризира се със затруднени движения на някои части на крайниците или затруднения в говора. Заболяването е сравнително рядко. Може да започне във всяка възраст, но най-често между 40 и 60 години. Причината не е известна, понякога има фамилен характер. Диагнозата се поставя посредством комплекс от изследвания, най-важното от което е електромиографията. Останалите изследвания имат за цел отхвърляне на други причини, даващи сходна клинична картина. Лечението се провежда с витамини, нивалин, масаж и лечебна физкултура. Протичането на заболяването е индивидуално при всеки отделен болен.

Малкомозъчна атаксия – разнородна група от невродегенеративни заболявания. Характеризират се главно с разстройство на функциите на малкия мозък: нарушение в равновесието, походката и координацията на движенията. Могат да се прибавят и симптоми извън нарушената координация, в резултат на увреждане на връзките на малкия мозък с други структури на нервната система. Протичат бавно, хронично, възможна е наследственост при част от болните.

КП № 60 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА НЕВРО-МУСКУЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И БОЛЕСТИ НА ПРЕДНИТЕ РОГА НА ГРЪБНАЧНИЯ МОЗЪК

1.Минимален болничен престой - 5 дни

При използване на код 96198-09 минималния болничен престой е до 24 часа

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Спинална мускулна атрофия и сродни синдроми

G12.0 Детска спинална мускулна атрофия, I тип [Werdnig-Hoffman]

G12.1 Други наследствени спинални мускулни атрофии
Прогресираща булбарна парализа при деца [Fazio-Londe]
Спинална мускулна атрофия:
- при възрастни
- детска форма, тип II
- дистална
- юношеска форма, тип III [Kugelberg-Welander]
- скапуло-перонеална форма

G12.2 Болест на двигателния неврон
Прогресираща:
- булбарна парализа
- спинална мускулна атрофия

G12.8 Други спинални мускулни атрофии и сродни синдроми

Наследствена и идиопатична невропатия

G60.0 Наследствена моторна и сетивна невропатия
Болест на:
- Charcot-Marie-Tooth
- Déjerine-Sottas

Наследствена моторна и сетивна невропатия, типове I-IV
Хипертрофична невропатия при деца
Перонеална мускулна атрофия (аксонален тип)(хипертрофичен тип)
Синдром на Roussy-Levy

G60.1 Болест на Refsum

G60.2 Невропатия в съчетание с наследствена атаксия

G60.3 Идиопатична прогресираща невропатия

G60.8 Други наследствени и идиопатични невропатии
Болест на Morvan
Синдром на Nelaton
Сетивна невропатия:
- с доминантно онаследяване
- с рецесивно онаследяване

Първични мускулни увреждания
Не включва: arthrogryposis multiplex congenita (Q74.3)
разстройства на обмяната на веществата (E70—E90)
миозит (M60.—)

G71.0 Мускулна дистрофия
Мускулна дистрофия:
- автозомно-рецесивна от детски тип, наподобяваща дистрофията на Duchenne или Becker
- доброкачествена [Becker]

- доброкачествена скапуло-перонеална с ранни контрактури [Emery-Dreifuss]
- дистална
- фацио-скапуло-хумерална
- пояс-крайник
- на очните мускули
- околофарингеална
- скапуло-перонеална
- злокачествена [Duchenne]

Не включва: вродена мускулна дистрофия:
- БДУ (G71.2)
- с уточнени морфологични увреждания на мускулното влакно (G71.2)

G71.1 Миотонични увреждания

Дистрофична миотония [Steinert]

Миотония:
- хондродистрофична
- медикаментозна
- симптоматична

Вродена миотония:
- БДУ
- с доминантно онаследяване [Thomsen]
- с рецесивно онаследяване [Becker]

Невромиотония [Isaacs]

Вродена парамиотония

Псевдомиотония

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало увреждането, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G71.2 Вродени миопатии

Вродена мускулна дистрофия:
- БДУ
- със специфични морфологични увреждания на мускулното влакно

Болест:
- на централното ядро
- миниядрена
- мултиядрена

Диспропорция на типовете влакна

Миопатия:
- миотубуларна (центроядрена)
- немалинова

G71.3 Митохондриална миопатия, некласифицирана другаде

G71.8 Други първични мускулни увреждания

Други миопатии

Не включва: arthrogryposis multiplex congenita (Q74.3)
дерматополимиозит (M33.—)
исхемичен инфаркт на мускулите (M62.2)
миозит (M60.—)
полимиозит (M33.2)

G72.0 Медикаментозна миопатия

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало увреждането, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G72.2 Миопатия, предизвикана от други токсични вещества

При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G72.3 Периодична парализа

Периодична парализа (фамилна):
- хиперкалиемична
- хипокалиемична
- миотонична
- нормокалиемична

G72.4 Възпалителна миопатия, некласифицирана другаде

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на нерв

90013-00 Биопсия на нерв

Биопсия на други мускулно-скелетни точки

30075-01 Биопсия на меки тъкани

Включва: бурса
фасция
мускул
сухожилие

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
- мапиране с цветен поток
- Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
- механично секторно сканиране
- трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Изследване на евокирани отговори на централна нервна система

Включва: такава чрез компютризирано усреднени техники

Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка
Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране

Не включва: такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор
Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
по преценка:

91910-40 Изследване за серумна електрофореза и лекарствено мониториране

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28 Креатинкиназа (КК)
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

по преценка:
91881-00 ДНК анализ
по преценка:
91916-00 Генетични изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
• на ≥ 1 мускул(и)
• използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1920 Приложение на фармакотерапия

96198-09 Интратекално приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Кодирай също когато е направено:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])

такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])

такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])*

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две диагностични процедури, едната от които задължително 92182-07 – общо изследване на ликвор или 11012-00 електромиография (ЕМГ) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **"Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923, 1924 и 1934 се извършват и кодират задължителните, както и необходимите кодове по преценка от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

С код 96198-09, се обозначава интратекално приложение на спинраза при определени заболявания на гръбначния стълб и КП може да се отчита с този код 96198-09.

В случаите, при които се отчита само интратекална инжекция на спинраза, НЗОК заплаща за лечение с натоварващи дози – три през 14 дни и четвъртата 30 дни след третата.След това поддържащите дози се прилагат на всеки четири месеца.

ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТТА НА БОЛНИЧНИЯ ПРЕСТОЙ НА КП В СЛУЧАИТЕ НА ПОСТАВЯНЕ НА ИНТРАТЕКАЛНА ИНЖЕКЦИЯ НА СПИНРАЗА МОЖЕ ДА Е ДО 24 ЧАСА.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“ от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология или детска неврология
2. Клинична лаборатория* II ниво (вкл. с възможност за ликворни изследвания)
3. ЕМГ – кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност по нервни болести, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар - детски невролог/невролог, специализирал в областта на детската неврология или

лекар - специалист по детски болести, специализирал в областта на детската неврология, работещ в детска неврологична клиника/отделение.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

2. Кабинет (отделение) по физикална и рехабилитационна медицина – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

3. За ЕМГ – лекар със специалност по нервни болести/детска неврология/детски болести, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

А.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- пациенти с невро-мускулни заболявания и придружаващи заболявания, усложняващи основното заболяване (пневмония, дихателна недостатъчност, сърдечна недостатъчност, ритъмни нарушения);
- спешни състояния, свързани с основното заболяване, неповлияващи се от лечение в амбулаторни условия.
- Диагностика на миопатии, мускулни дистрофии, невропатии, преднорогови заболявания (спинални мускулни атрофии) при пациенти с прогресираща мускулна слабост и ЕМГ/ЕНГ данни за миогенно, неврогенно или преднорогово засягане и пациенти с мускулна слабост и повишени стойности на СРК.
- Планирано лечение съгласно определения терапевтичен план след първоначално диагностично уточняване на пациенти с невро-мускулни заболявания и болести на предните рога на гръбначния мозък.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 3-тия ден от началото на хоспитализацията. Всички рентгенологични и инструментални изследвания се извършват най-късно до третия ден от началото на хоспитализацията.

За диагностициране на миопатии, мускулни дистрофии, невропатии, преднорогови заболявания (спинални мускулни атрофии):

- **необходими изследвания:** ЕМГ, изследване на СРК, СРК-МВ, алдолаза, АСАТ, АЛАТ; при необходимост - и КТ /МРТ на шиен гръбнак (и на лумбален при необходимост), лумбална пункция и ликворно изследване при необходимост; ЕКГ, ехография на сърце, кардиологична консултация, функционална оценка на двигателната дейност; генетично изследване.
- **допълнителни изследвания:** биопсия от мускул и/или периферен нерв с хистологично, хистохимично, вкл. имунохистохимично изследване при необходимост; генетично изследване; ултразвуково изследване и КТ на мускули; функционално изследване на дишането; ортопедична консултация при необходимост.

Лечението започва след уточняване на диагнозата на базата на клиничните симптоми и проведените необходими изследвания.

ЛЕЧЕНИЕ:

За миопатии, мускулни дистрофии, невропатии лечението включва:

- Двигателна рехабилитация.
- Ортезни средства и ортопедични корекции.
- Стимулираща терапия с витамини, хранителни добавки и анаболни средства.
- При миопатии – кортикостероидни препарати.
- При периферните невропатии - антихолинестеразна терапия по схема парентерално или комбинирано с физиотерапия.
- При миотоничната дистрофия – карбоксамиди.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Диагнозите **“прогресивна мускулна дистрофия”, “миопатия”, “наследствена сетивна или моторна невропатия”, “спинална мускулна атрофия”** се поставят на основание на неврологичния статус, проведените ЕМГ изследвания с характерна патология за всяка от нозологичните единици, проведените биопсични и генетични изследвания и молекулярно-биологичното изследване с ДНК анализ.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

- приключване на диагностичния процес и определяне на терапевтичен план;
- стациониране на неврологичната симптоматика и овладяване на острото соматично състояние.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Наследствените моторни и сензорни невропатии, миопатии, прогресивни мускулни дистрофии и спинална мускулна атрофия са големи групи от клинично и генетично хетерогенни заболявания. Всяко от тях се дължи на генетичен дефект, унаследен от родителите или възникнал за първи път у самия пациент, има характерна патогенеза и относително специфичен клиничен фенотип.

Общото за тези заболявания е, че те се характеризират с прогресираща мускулна слабост, водеща до инвалидизация и намалена продължителност на живота. Точното диагностициране на тези заболявания изисква използването на редица клинични, неврофизиологични, невроизобразяващи, невропатологични и молекулярно-генетични изследвания.

Лечението е симптоматично и се изразява главно в прилагането на двигателна рехабилитация и стимулираща терапия с витамини, анаболни и антихолинестеразни средства. При повечето болни с невромускулни заболявания (НМЗ) също са важни ортопедичните корекции и носенето на специални помощни съоръжения, както и хранителния режим. Като цяло лечението на тези болни цели забавяне на инвалидизацията и подобряване качеството им на живот.

Поставянето на точна генетична диагноза на този етап има по-голямо значение за родните на болния, отколкото за самия пациент. Тя създава възможности за използването на методите на пренатална диагностика в тези семейства, с оглед недопускане раждането на нови болни с тежко инвалидизиращи невромускулни заболявания.

КП № 61 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА МУЛТИПЛЕНА СКЛЕРОЗА

1.Минимален болничен престой - 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

G35 Множествена склероза
Множествена склероза:
- БДУ
- на мозъчния ствол
- на гръбначния мозък
- дисеминирана
- генерализирана

G36.0 Оптиконевромиелит [болест на Devic]
Демиелинизация при неврит на зрителния нерв
Не включва: неврит на зрителния нерв БДУ (H46)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00Компютърна томография на мозък

56007-00Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Магнитно резонансен образ

90901-00Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Магнитно резонансен образ

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб
Включва: гръбначен мозък

1923 Хематологични изследвания

91910-04Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-26Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27Клинично-химични изследвания за АЛАТ

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

92016-00Тонометрия
Измерване на вътреочно налягане

92015-00Визуален евокиран потенциал [ВЕП]

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-03Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

1892 Аферeза

13750-00Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (от които едната е задължително 90901-00, МРТ на глава и/или на гръбначен мозък - 90901-03 за Оптиконевромиелит ОНМ) и една основна терапевтична процедура 96199-03 или 96199-09/96197-09/96200-09/ или 13750-00, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

В случаите, когато пациентът е с уточнена диагноза, МРТ не се извършва, но предходното изследване е с давност не повече от 5 години, което се доказва с разчитане от изследването или епикриза.

При постъпване на пациент с поставена диагноза и остър пристъп, клиничната пътека се счита за завършена при изпълнени една основна диагностична и една основна терапевтична процедури.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нервни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести", от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести".

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология/детска неврология

2. Клинична лаборатория II ниво *

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести: за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- детски невролог

или лекар със специалност по нервни болести, специализирал в областта на детската неврология, работещ в детска неврологична клиника/отделение,

или лекар със специалност по педиатрия, специализирал в областта на детската неврология, работещ в детска неврологична клиника/отделение.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

• Диагностично уточняване при лица със съмнение за множествена склероза или за Оптиконевромиелит.

• Лечение на остър пристъп на множествена склероза или за Оптиконевромиелит.

• Изпълнение на терапевтична схема за инфузия на лекарствени продукти, променящи хода на заболяването.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (кръв) се взема в рамките на болничния престой за подпомагане на диференциално-диагностичния план и уточняване на основната диагноза. МРТ, ако не е направено в амбулаторни условия, се извършва най-късно на третия ден от постъпване в болницата.

2.1. Лечение при остър пристъп с кортикостероиди по схема.

2.2. В междупристъпния период се прилага лечение с имуномодулиращи средства и имуносупресивни средства. С това лечение се постига намаляване броя на пристъпите, удължаване времето до първата екзацербация, намаляване тежестта на пристъпите, забавяне прогресията на инвалидизация, намаляване количеството на лезии, установени чрез МРТ.

2.3. Симптоматично лечение на:

Спастично повишен мускулен тонус.

Интенционен тремор.

Тазово-резервоарни нарушения – лечение на:

- императивни позиви и инконтиненция – антихолинестеразни медикаменти;

- ретенция.

Болки, парестезии и пароксизмални пристъпи.

Мускулна умора.

Психични нарушения:

- *депресия*;

- *когнитивен дефицит*.

В комплексната терапия на МС съществена роля имат и лечебната физкултура и физиотерапията.

СКАЛА ЗА КОЛИЧЕСТВЕНО ОТЧИТАНЕ НА УВРЕДАТА НА НЕВРОЛОГИЧНИТЕ ФУНКЦИИ ПО J.F. KURTZKE (1983) /EDSS/

А. Пирамидни функции:

0. Нормални.

1. Патологични белези без функционален дефицит (несиметрична хиперрефлексия, отслабени или липсващи коремни рефлекси, наличие на патологични рефлекси от групата на Бабински и др.)

2. Минимален функционален дефицит (латентни парези).

3. Лека или умерена парапареза или хемипареза; тежка монопареза.

4. Изразена парапареза или хемипареза; умерена квадрипареза; моноплегия.

5. Параплегия, хемиплегия или изразена квадрипареза.

6. Квадриплегия.

V. Неизвестно.

В. Церебеларни функции:

0. Нормални.

1. Патологични белези без функционален дефицит (дискоординационни разстройства, отчетени само при координационните проби, но без нарушение на походката или на ежедневните манипулации).

2. Лека атаксия (локомоторна или на крайниците).

3. Умерена атаксия (локомоторна или на крайниците).

4. Тежка атаксия на крайниците, но съчетана с известно ефективно движение.

5. Невъзможност да се извършват координирани движения поради атаксията.

V. Неизвестно.

X. Поставя се след всеки номер, ако парезите в крайниците пречат на точното отчитане.

C. Функции на мозъчния ствол.

0. Нормални.

1. Патологични находки без функционален дефицит (напр. Отпадна сетивна симптоматика).

2. Умерен нистагъм или друг лек дефицит.

3. Тежък нистагъм, изявена очедвигателна слабост или умерен дефицит на други ЧМН.

4. Изразена дизартрия или друг изразен дефицит (лицева диплегия или офталмоплегия)

5. Невъзможност за гълтане или анартрия.

V. Неизвестно.

D. Сетивни функции.

0. Нормални.

1. Снижен двумерно - пространствен или вибрационен усет само в един или два крайника.

2. Намален ставно - мускулен или дискриминационен усет в един или два крайника или снижен вибрационен усет в три или четири крайника.

3. Умерено намалена сетивност за допир и болка, и/или загуба на вибрационната сетивност за един или два крайника; или друга комбинация от симптоми – лека хипестезия за допир и болка и/или умерено намаление за всички проприоцептивни тестове в три или четири крайника.

4. Забележително намалена сетивност за допир и болка или загуба на проприоцептивната сетивност, самостоятелно или комбинирано, в един или два крайника; или друга комбинация от симптоми – умерено намалена сетивност за допир и болка и/или силно намалена проприоцептивна сетивност в повече от два крайника.

5. Загуба на сетивност в един или два крайника; или друга комбинация от симптоми – умерено намаление на сетивността за допир и болка и/или загуба на проприоцептивната сетивност за по - голямата част от тялото без главата.

6. Аналгезия и анестезия до шията.

V. Неизвестно.

E. Тазоворезервоарни функции.

0. Нормални.

1. Лека неувереност, императивност, рядко ретенция.

2. Умерена неувереност, императивност, ретенция или рядко инконтиненция на урината.

3. Честа инконтиненция.

4. Необходимост от почти непрекъсната катетеризация.

5. Загуба на контрол върху пикочния мехур.

6. Загуба на контрол върху пикочния мехур и ректума.

V. Неизвестни.

F. Зрителни функции.

0. Нормални.

1.Скотом със запазен визус до 20/30.

2. Скотом и максимална зрителна острота в по - увреденото око (коригирана) от 20/30 до 20/59.

3. Голям скотом в по - увреденото око или умерено намаление на зрителните полета, но с максимална (коригирана) зрителна острота от 20/60 до 20/99.

4. По - увреденото око е с изразено намаление на зрителното поле и с максимална (коригирана) зрителна острота от 20/100 до 20/200; измененията в степен 3 плюс максимална зрителна острота в по - слабо засегнатото око 20/60 или по - малка.

5. По - увреденото око е с максимална (коригирана) зрителна острота под 20/200; измененията, означени в степен 4 плюс максимална зрителна острота на по - запазеното око 20/60 или по - ниска.

6. Измененията, означени в степен 5 плюс максимална зрителна острота в по - запазеното око 20/60 или по - ниска.

V. Неизвестно.

X. Прибавя се към степените от 0 до 6 при наличието на темпорално побледняване на папилите.

G. Психични функции.

0. Нормални.

1. Промени в настроението (еуфория или депресия).

2. Леко спадане на мисловните процеси по отношение на абстракции или математически операции.

3. Умерено снижение на паметта, нарушение в съжденията и умозаключенията.

4. По - тежко психическо нарушение с известна дезориентация.

5. Деменция.

V. Неизвестни.

H. Други функции.

0. Няма нарушения.

1. Има някаква друга находка – определя се каква.

V. Неизвестни.

СКАЛА ЗА ОТЧИТАНЕ НА ОБЩИЯ ФУНКЦИОНАЛЕН ДЕФИЦИТ ПО J.F. KURTZKE (1983)

0. Нормален неврологичен статус (всички функционални системи са на степен 0) възможни са “Психични функции” на степен 1.

1. Липсва функционален дефицит, минимални белези в една функционална система (ФС) (Една функционална система е на степен 1, със или без “Психични функции” на степен 1, останалите системи на степен 0).

1.5. Липсва функционален дефицит, минимални белези в повече от една ФС (повече от една функционална система е на степен 1; със или без “Психични функции” на степен 1).

2. Минимален функционален дефицит в една ФС (една функционална система е на степен 2, другите са на степен 0 или 1).

2.5. Минимален функционален дефицит в две ФС (две функционални системи са на степен 2, другите са на степен 0 или 1).

3. Умерен функционален дефицит в една ФС (една функционална система на степен 3, другите са на степен 0 или 1); или лек функционален дефицит в три или четири ФС (три/четири функционални системи на степен 2, другите на 0 или 1), пациентът е напълно подвижен.

3.5. Напълно подвижен, но с умерен функционален дефицит в една ФС (една функционална система е на степен 3) и една или две ФС на степен 2; или две ФС на степен 3; или 5 ФС на степен 2 (останалите са на степен 0 или 1).

4. Относително тежък дефицит, макар че пациентът е напълно подвижен способен да се самообслужва и е на крака 12 часа от денонощието (тежка инвалидизация, съответстваща на една функционална система на степен 4, другите са на степен 0 или 1) или комбинация от ФС на по - малки степени, превишаваща степен 3.5 по скалата. Способен да ходи 500 м без чужда помощ или почивка.

4.5. Напълно подвижен без чужда помощ, движи се изправен през по-голямата част от деня, способен да работи през целия ден (сравнително тежка инвалидизация, съответстваща на една функционална система на степен 4, другите са на степен 0 или 1) или комбинация от ФС на по-малки степени, превишаваща степен 4 по скалата. Способен да ходи 300 м без чужда помощ или почивка.

5. Подвижен, без чужда помощ или почивка до 200 м, тежка инвалидизация, достатъчна да смути сериозно ежедневните дейности (една функционална система на степен 5, другите са на степен 0 или 1; или комбинация от ФС на по-малки степени, превишаваща степен 4 по скалата).

5.5. Подвижен без помощ или почивка до 100 м. Половината от деня може да работи, но при специални условия (една функционална система на степен 5, другите са на степен 0 или 1; или комбинация от ФС на по-малки степени, превишаваща степен 4 по скалата).

6. Ходенето е с едностранно постоянно подпомагане с бастун или патерица, или с двустранно непостоянно подпомагане и е възможно до 100 м със или без почивка (повече от две функционални системи са на степен 3+).

6.5. Ходенето при постоянно двустранно подпомагане с бастун или патерица е възможно до 20 м без почивка (повече от две функционални системи са на степен 3+).

7. Неспособен да ходи повече от 5 м, дори с помощ; по същество ограничен на стандартен инвалиден стол; сам се прехвърля на него и сам се движи с него около 12 часа дневно (комбинация от повече от една функционална система на степен 4+, много рядко само “Пирамидна система” на степен 5).

7.5. Неспособен да направи повече от няколко крачки, прикован на стандартен инвалиден стол, необходима е помощ за прехвърлянето на него; трудно се придвижва, трябва да се използва механизирана количка (с електродвигател или друг с вид задвижване); (комбинация от повече от една функционална система на степен 4+).

8. Ограничен на легло, стол или механизирана количка, може да движи крайниците си и ефективно да използва ръцете (комбинация от няколко функционални системи на степен 4+).

8.5. Прикован на легло, извършва минимални движения с ръцете (комбинация от няколко функционални системи на степен 4+).

9. Напълно безпомощен пациент на легло, може само да комуникира и да преглъща (комбинация от функционални системи на степен 4+).

9.5. Пациентът е напълно безпомощен, неспособен да комуникира и да преглъща добре (почти всички системи са на степен 4+).

10. Смърт от МС.

Оценка по скалата на Куртцке:.....

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА/ОНМ.

Диагнозата множествена склероза се поставя на базата на анамнестичните данни, неврологичния статус (най-често комбинация на пирамидни, координационни, стволови и зрителни и други увреждания) и проведените параклинични изследвания и консултации (офталмолог, отоневролог, евокирани потенциали, МРТ, компютърна томография, ликворни, серологични и имунологични изследвания).

Необходимо е отдиференцирането й от други демиелинизиращи заболявания (остър дисеминиран енцефаломиелит и др.); болести, наподобяващи МС клинично (грануломатоза на Вегенер, малформация на Арнолд-Чиари, интракраниални тумори); болести, наподобяващи МС клинично и с МРТ (церебрално засягане при СПИН, митохондриална енцефалопатия, цереброваскуларни заболявания, спиноцеребеларни дегенерации и др.); болести, наподобяващи МС клинично, с МРТ и ликвор (системен лупус еритематодес, първичен синдром на Сьогрен, болест на Бехчет, невроборелиоза, саркоидоза, адренолевкодистрофия).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно от следните условия:

- уточняване на диагнозата;
- завършен курс на лечение при остър пристъп;
- изпълнен етап на терапевтичната схема за инфузия на лекарствени продукти, променящи хода на заболяването.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Множествената склероза (МС) е едно от най-честите заболявания на централната нервна система (ЦНС), засягащо както млади, така и по-възрастни хора. МС е хронично заболяване на бялото вещество на ЦНС. Тя засяга относително по-често жените. Заболяването има неравномерно разпределение в света. Има страни, в които болестта е непозната, а в други нейната честота надвишава 100/100 000 население. В България последните проучвания показват силно завишаване честотата на МС (44.5/100 000), което ни причислява към високо рисковите зони, каквато е европейския континент.

Симптомите на МС са разнородни и съответстват на различните места на засягане на ЦНС. Могат да се появят: нарушение на зрението (замъгляване пред очите), симптоми от страна на усета за допир, болки и неприятни сетивни усещания, нарушено равновесие и координация, загуба на сила в мускулите на ръцете и краката, уморяемост, промени в настроението и др.

Освен клиничната преценка на специалиста невролог за поставяне на диагнозата МС е необходимо провеждането на специфични изследвания (МРТ, лумбална пункция, евокирани потенциали и др.), които трябва да бъдат последователно осъществени в болнична обстановка.

От казаното до тук се вижда, че при съмнение за МС, както и при влошаване състоянието на вече диагностициран болен с това заболяване, е необходим неотложен преглед от специалист невролог или общопрактикуващ лекар. При установяване на клинични белези на МС е желателно в най-кратки срокове да се осъществи диагностично уточняване или да бъде овладян пристъпът на влошаване на заболяването (ако такъв е регистриран). И в двата случая е необходимо постъпване в болнично заведение (специализирано неврологично отделение).

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия личен лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и че сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение, информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

Оптичният невромиелит (ОНМ) е рядко срещано възпалително, демиелинизиращо, автоимунно заболяване на ЦНС. Характеризира се с тежко повтарящо се увреждане на зрителния нерв, гръбначния мозък и в по-малка степен на други участъци на мозъка. Дори единичен пристъп може да предизвика тежка инвалидизация. Среща се 0.05–13/ 100 000 души, 9 пъти по-често при жени, отколкото мъже. Симптоми, като загуба на зрението, слабост в крайниците, болка, умора, изпускане по малка и голяма нужда водят до силно влошаване на качеството на живот. Наблюдава се във всяка възраст, но най-често началото е около 40г.

Освен клиничната преценка на специалиста невролог за поставяне на диагнозата ОНМ е необходимо провеждането на специфични изследвания (МРТ, специфични антитела в серума, лумбална пункция, евокирани потенциали и др.), които трябва да бъдат осъществени в последователност и обем спрямо решението на невролога във всеки конкретен случай за потвърждаване на диагнозата.

При съмнение за ОНМ, както и при влошаване състоянието на вече диагностициран болен с това заболяване, е необходим неотложен преглед от специалист невролог или общопрактикуващ лекар. При установяване на клинични белези е желателно в най-кратки срокове да се осъществи диагностично уточняване или да бъде овладян пристъпът на влошаване на заболяването (ако такъв е регистриран). Индавлидизацията е свързана изключително с появата на пристъпи. И в двата случая е необходимо постъпване в болнично заведение (специализирано неврологично отделение). В повечето случаи се налага дългосрочна имунопрофилактика в извънпристъпния период.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия личен лекар, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и че сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение, информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 62 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯ И ЕПИЛЕПТИЧНИ ПРИСТЪПИ

КП № 62.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯ И ЕПИЛЕПТИЧНИ ПРИСТЪПИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Епилепсия

Не включва: синдром на Landau-Kleffner (F80.3)
конвулсивен припадък БДУ (R56.8)
епилептичен статус (G41.—)
парализа на Todd (G83.8)

G40.0 Локализирана (фокална) (парциална) идиопатична епилепсия и епилептични синдроми с тонично-клонични припадъци с фокално начало

Доброкачествена детска епилепсия с пикове в ЕЕГ в центротемпоралната област
Детска епилепсия с пароксизмална активност в ЕЕГ в окципиталната област

G40.1 Локализирана (фокална) (парциална) симптоматична епилепсия и епилептични синдроми с обикновени парциални припадъци

Пристъпи без промяна в съзнанието
Обикновени парциални пристъпи, преминаващи във вторично генерализирани припадъци

G40.2 Локализирана (фокална) (парциална) симптоматична епилепсия и епилептични синдроми с комплексни парциални конвулсивни припадъци

Пристъпи с промени в съзнанието, често с епилептичен автоматизъм
Комплексни парциални пристъпи, преминаващи във вторично генерализирани припадъци

G40.3 Генерализирана идиопатична епилепсия и епилептични синдроми

Доброкачествена(-и):
- миоклонична епилепсия в ранна детска възраст
- неонатални припадъци (фамилни)

Детски епилептични абсанси [пикнолепсия]
Епилепсия с големи конвулсивни припадъци [grand mal] при събуждане
Юношеска:
- абсанс-епилепсия
- миоклонична епилепсия [импулсивен малък припадък, petit mal]

Неспецифични епилептични припадъци:
- атонични
- клонични
- миоклонични
- тонични
- тонично-клонични

G40.4 Други видове генерализирана епилепсия и епилептични синдроми

Епилепсия с:
- миоклонични абсанси
- миоклонично-астатични припадъци

Детски спазми
Синдром на Lennox-Gastaut
Салаамови тикове
Симптоматична ранна миоклонична енцефалопатия
Синдром на West

G40.5 Специални епилептични синдроми

Частична непрекъсната епилепсия [Kozevnikof]
Епилептични припадъци, свързани с:
- употреба на алкохол

- приемане на лекарствени средства
- хормонални изменения
- лишаване от сън
- въздействие на стресови фактори

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G40.6 Grand mal припадъци (с малки припадъци [petit mal] или без тях), неуточнени

G40.7 Малки припадъци [petit mal], без припадъци grand mal, неуточнени

G40.8 Други уточнени форми на епилепсия
Епилепсия и епилептични синдроми, неопределени като фокални или генерализирани

Гърчове, некласифицирани другаде

Не включва: гърчове и пароксизмални пристъпи (при):
- дисоциативни (F44.5)
- епилепсия (G40—G41)
- новородено (P90)

R56.8 Други и неуточнени гърчове
Пароксизмален пристъп (двигателен) БДУ
Припадък (с гърчове) БДУ

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Изследване на евокирани отговори на централна нервна система

Включва: такава чрез компютризирано усреднени техники

Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка

Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране

Не включва: такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1828 Изследване на съня

12203-00 Полисомнография

Полисомнография при изследване на сънна апнея

Забележка: Изследване на сънна апнея – включва продължително мониториране на кислородна сатурация и дишане, използвайки многоканален полиграф (полисомнограф), и записи на ЕЕГ, ЕОГ, субментално ЕМГ, предно тибиално респираторно движение, въздушен поток, кислородна сатурация и ECG

92011-00 Видео и радио-телеметричен електроенцефалографски [ЕЕГ] мониторинг

Забележка: Само при назначено мониториране 24 часа

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор

Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

по преценка:

91910-08 Изследване на време на кървене

по преценка:

91913-04 Изследване на време на съсирване

по преценка:

91910-09 Изследване на протромбиново време

по преценка:

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

по преценка:

91910-11 Изследване на фибриноген

по преценка:

91910-40 Изследване за серумна електрофореза и лекарствено мониториране

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
по преценка:
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741]

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (от които едната задължително е 11000-00 Електроенцефалография или 92011-00 Видео и телеметричен електроенцефалографски ЕЕГ мониторинг и една основна терапевтична процедура, включваща основно приложение на противоепилептичен препарат, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Допуска се неврологично отделение/клиника от I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности по тази КП в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво съгласно **медицински стандарт по „Нервни болести ”,** с изключение на изискванията за персонал, при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология
2. Клинична лаборатория II ниво *
3. Кабинет (апарат) за доплерова сонография (невросонология) или трансфонтанелна ехография
4. ЕЕГ – кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар - специалист по нервни болести: за структури II ниво на компетентност –двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ – допуска се осигуряване на дейността чрез договорни отношения с друго ЛЗ.

2. За ЕЕГ: невролог, с допълнителна квалификация за извършване на електроенцефалография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт по „Нервни болести”).

3. За Доплерова сонография (невросонология): невролог, с допълнителна квалификация за извършване на доплерова сонография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт по „Нервни болести”).

4. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- новооткрита епилепсия и чести епилептични припадъци;

- новооткрита епилепсия в детска възраст, налагаща невроизобразяващи изследвания и ЕЕГ под наркоза;
- бременни жени с епилепсия за терапевтично уточняване;
- серийни припадъци; болни с тежки форми с множествени полиморфни припадъци, прогресиращи форми, некласифицирани форми, и с усложнения;
- зачестяване на припадъците и неповлияване от лечението, което налага специализирани изследвания с оглед симптоматична епилепсия;
- болни с епилепсия и странични реакции от антиепилептичното лечение;
- прогресиращ неврологичен дефицит и/или развитие на деменция с оглед редиагностициране на етиологията;
- болни с неповлияване от амбулаторното лечение, вкл. и с "новите" антиепилептични медикаменти (АЕМ), с епилептични статуси в анамнезата, при които се налага смяна на лечението в болнични условия;
- за специализирани изследвания с оглед предстоящо неврохирургично лечение на епилепсията;
- абсансен епилептичен статус и електричен статус по време на сън.
- Диагностика и лечение на епилептични пристъпи в хода на възможно остро разстройство на мозъчните структури и метаболизъм (травма, инсулт, интоксикация, абстиненция, аноксия).
- Диагностика и лечение при необходимост от диференциране на псевдоепилептични пристъпи от епилептичните (напр. психогенни от комплексни парциални при темпорално-дялова или фронтално-дялова епилепсия).
- Експертиза с оглед уточняване на диагнозата, при което може да се наложи спиране на лечението под лекарски контрол.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

При наличие на припадъци диагностичният процес в болничното заведение включва поставяне на диагнозата чрез характеризиране на припадъците и определяне на тяхната причина. Епилептичните припадъци при ***епилепсия*** или при ***остри разстройства на мозъчните структури и метаболизъм*** (травми, инсулти, дисметаболитни състояния, интоксикация с медикаменти, внезапно преустановяване на лечение, алкохол и алкохолна абстиненция и др.), както и ***фебрилните конвулсии*** се разграничават от неепилептичните: ***неепилептични пароксизмални състояния*** (синкопи, мигрена, преходни исхемични състояния, двигателни разстройства, нарушения на съня, панически атаки и др.), ***аноксични припадъци***; ***псевдоепилептични припадъци.*** Задача на хоспитализацията е изясняване на **етиологията на заболяването** с приложението на невроизобразяващи техники, лабораторни, метаболитни, генетични и други целенасочени изследвания.

Диагнозата "ЕПИЛЕПСИЯ" се поставя при наличие най-малко на два непровокирани епилептични пристъпа. Определя се **вида на епилептичния пристъп** (според Международната класификация на епилептичните пристъпи) с оценка и на ЕЕГ характеристиката (ЕЕГ, видео-ЕЕГ с документирани записи), класифицира се **епилептичния синдром** (според Международната класификация на синдромите). Хоспитализацията цели етиологично уточняване, лечение и определяне на терапевтична стратегия при болните с епилепсия.

Диагностичното уточняване на епилепсията в болнични условия е необходимо при особени групи пациенти (деца, бременни, пациенти с интелектуален дефицит), както и при редиагностициране при прогресия на неврологичния и психичен дефицит, при неконтролирани припадъци.

Терапевтична корекция в болнични условия се налага при чести неконтролирани епилептични припадъци, терапевтично-резистентни епилепсии. **"Терапевтично резистентните епилепсии"** протичат с чести и тежки пристъпи (увредено съзнание, контузии, пролонгирана постиктална дисфункция), при които е неефективно лечението с 2 АЕМ, адекватните за типа пристъпи, (т.е. не се контролират от специалистите-невролози в ИМП помощ).

Задължителни диагностични методи:

ЕЕГ или ЕЕГ-мониториране, КТ (нативен или с контраст) и/или МРТ; изследвания за уточняване на чернодробните и бъбречни функции, изследване на серумни нива на АЕМ – (при прием на валпроат, карбамазепин и фенитоин) – според Консенсуса за диагностика и лечение на епилепсията.

При парциални пристъпи - и доплерова сонография, магнитно-резонансна ангиография, мозъчна ангиография при необходимост.

Допълнителни диагностични методи (при необходимост): мозъчна ангиография; ликворни изследвания, вирусологични изследвания, генетични изследвания; мозъчна или мускулна биопсия.

ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯТА

Спазват се основните принципи: лечението започва при *сигурна диагноза* с *монотерапия с антиепилептичен медикамент (АЕМ) от първи ред*, съобразен с вида на припадъка, епилептичния синдром, възрастта на пациента, наличието на придружаващи соматични заболявания; ефектът се контролира според клиничните симптоми (честотата и тежестта на пристъпите) и с ЕЕГ; преценява се ползата и рисковете от продължителния прием на АЕМ при конкретния болен. Цел на лечението е контрол на припадъците при минимален страничен ефект на АЕМ и постигане на възможно най-добро качество на живот.

Антиепилептични медикаменти. Прилагат се като монотерапия или рационална политерапия, адекватно на типа на епилепсията, на типа на припадъците, възрастта, теглото на пациента и придружаващите соматични заболявания (чернодробни, бъбречни, кръвни и т.н.).

НАЧАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯТА

МОНОТЕРАПИЯ - с медикамент от първи избор, съобразно типа на епилепсията и типа припадъци. **МЕДИКАМЕНТИ НА ПЪРВИ ИЗБОР** за всички епилепсии - генерализирани или парциални, са Valproate или Carbamazepine, а при ГТКП и Phenytoin. При липса на ефект от лечението, непоносимост или странични реакции се преминава към **II МОНОТЕРАПИЯ**.

При пациенти с повече от един тип пристъпи (наличие и на абсанси, атонични и миоклонични пристъпи), средства на първи избор са широкоспектърни медикаменти**, които** могат да се прилагат като **монотерапия при специални състояния** (детско-юношеска възраст, млади жени и бременни, когнитивен дефицит).

ПОЛИТЕРАПИЯ - при неповлияващи се болни от монотерапия с 2 АЕМ - чести, тежки парциални пристъпи, полиморфни пристъпи, специфични синдроми и епилептични енцефалопатии (темпорално-дялова епилепсия при мезиотемпорална склероза, тежката миоклонична епилепсия, синдромът на West, синдромът на Lennox-Gastaut). При **РАЦИОНАЛНА ПОЛИТЕРАПИЯ** се използват комбинации от медикаменти с различен механизъм на действие. **Новите АЕМ** се прилагат като **добавена терапия** при генерализирани и парциални пристъпи и при изявени странични ефекти, органна недостатъчност и при особени състояния - бременност, интелектуален дефицит, старческа възраст.

Таблица № 1 Антиепилептични медикаменти за лечение на епилепсиите (синдромите) и епилептичните пристъпи

Вид епилепсия (синдром) епилептични пристъпи	I избор Монотерапия	Алтернативна монотерапия или политерапия
Първично-генерализирани (идиопатични/генетични) епилепсии/ генерализирани припадъци		

Тонично-клонични припадъци	**CBZ,PHT,VPA**	**CZP, LTG, LEV, OxCBZ, PB, TGB, TPM**
Атонични пристъпи	**VPA**	**LTG, CZP**
Абсанси	**VPA, ESM**	**CZP, LTG, TPM**
миоклонични пристъпи	**VPA**	**CZP, ESM, LTG, LEV, TPM, Кортикостероиди**
Ювенилна миоклонична епилепсия	**VPA**	**CZP, ESM, LTG, LEV, TPM**
Фокални епилепсии / фокални епилептични пристъпи		
Фокални пристъпи	**CBZ, VPA**	**CZP, GBP, LCM, LTG, LEV, OxCBZ, PB, PHT, PGB, TGB, TPM, BRV**
Вторично – генерализирани пристъпи	**CBZ, PHT, VPA**	**GBP, LTG, LCM, LEV, OxCBZ, PB, PHT, PGB, TGB, TPM, BRV**
Идиопатични фокални (Роландова и окципитални)	**CBZ, VPA, OxCBZ**	**CZP, GBP, LTG, LEV**
Епилептични енцефалопатии		
Синдром на West	**ACTH, VPA**	**CZP, LTG, TPM,**
Синдром на Lennox-Gastaut	**LTG, TPM, VPA**	**CBZ, CZP, PB, PHT**
Синдром на Dravet (SMEI)	**VPA,TPM**	**LEV**
Епилептична енцефалопатия с CSWS или електричен статус по време на бавновълнов сън (ESES)	**VPA, ESM**	**LEV, бензодиазепини, кортикостероиди**

- AEM, разрешени за монотерапия и допълваща терапия: CBZ, CZP, ESM, GBP (над 12 г. моно-, над 3 г. политерапия), **LTG** (над 2 г.), **LEV** (над 16 г.- монотерапия, над 1 месец- политерапия), **LCM** (над 16 г.),**OxCBZ, PHT, PB, TPM** (над 2 г.), **VPA**

- AEM разрешени само за допълваща терапия: PGB (над 18 г.); **TGB** (над 12 г.), при които други подходящи лекарствени комбинации са се оказали незадоволителни или не са поносими

- Класически AEM: CBZ - carbamazepine; **CZP**-clonazepam; **ESM –** ethosuximide; **PHT**- phenytoin; **PB**-phenobarbital; **VPA**-valproate

- Нови AEM: GBP- gabapentin; **LTG -** lamotrigine; **LCM** – lacozamide; **LEV**-levetiracetam; **OxCBZ** - oxcarbazepine; **PGB** – pregabalin; **TGB** - tiagabine; **TPM –** topiramate;

Таблица № 2 Видове и дозиране на антиепилептичните медикаменти

Международно непатентно име (INN)	**ДЕЦА**		**ВЪЗРАСТНИ**		
	Начална дневна доза (mg/kg)	**Оптимал-на дневна доза (mg/kg)**	**Начална дневна доза (mg)**	**Оптимална дневна доза (mg)**	**Максимална дневна доза (mg)**
Valproic acid	10-20	10-50	500	1000-2000	2100
Carbamazepine	5	10-30	200	600-1200	1600
Oxcarbazepine	10	30-40	300-600	900-2400	2400
Phenytoin	3-4	4-8	100	300-400	500
Phenobarbi	2	2-5	60	90-250	600

tal					
Clonazepam	0,01	0,01-0,02–0,1-0,2	0,5	2-6	8
Lamotrigine	0,6 с ензимни индуктори 0,15 при VPA 0,3 при моно-терапия	5-15 с ензимни индуктори 5 с VPA 15 при моно-терапия	50 с ензимни индуктори 12,5 с VPA 25 при моно-терапия	500-600 при енз. индуктор 300-400 при VPA 500 при моно-терапия	700 при моно-терапия
Topiramate	0,5-1,0	5-9	25	200-400	500
Levetiracetam	10	40	1000	2000-3000	3000
Tiagabine	0,1	1	5–10	60	70
Gabapentin	След 6 г. 10-15	30-35	300	1200-1800-3600	3600
Pregabalin	-	-	150	450-600	600
Lacozamide	След 16 г. 100 mg/дн.	200-400 mg/дн.	100	200-400	600 при монотерапия, 400 при допълваща терапия
Ethosuximide	10	40	500	1500	2000
Retigabine	-	-	300	600-1200	1200
Eslicarbaze-pine	-	-	400	800	1200

Таблица № 3 Възможно влошаване на епилептичните синдроми от АЕМ

АЕМ	**Синдром**	**Възможно влошаване**
Carbamazepine	• Абсансна епилепсия • Ювенилна миоклонична епилепсия • Прогресивна миоклонична епилепсия • Роландова епилепсия • Детска окципитална епилепсия • Симптоматични генерализира-ни епилепсии	• Абсанси, миоклонии • Миоклонични пристъпи • Миоклонус • CSWS • ГТКП - рядко • Фокални пристъпи - рядко • Тонични пристъпи • Атонични пристъпи

АЕМ	Синдром	Възможно влошаване
	• Синдром на Angelman • Синдром на Landau-Kleffner	
Oxcarbazepine	• Абсансна епилепсия • Ювенилна миоклонична епилепсия • Роландова епилепсия	• Абсанси • Миоклонии • Фокални пристъпи
Phenytoin	• Абсансна епилепсия • Прогресивна миоклонична епилепсия • Ювенилна миоклонична епилепсия • Синдром на Landau-Kleffner	• Абсанси • Церебеларен синдром • Миоклонични пристъпи • Фокални пристъпи - рядко • ГТКП
Phenobarbital	• Абсансна епилепсия • Роландова епилепсия • Синдром на Lennox-Gastaut	• Абсанси (при високи дози) • Миоклонични пристъпи
Valproate (рядко)	• Абсансна епилепсия • Единични случаи при епилепсия с миоклонус и криптогенна фокална епилепсия	• Абсанси • Миоклонични пристъпи • Фокални • ГТКП
Ethosuximide	• Абсансна епилепсия • Епилепсия с миоклонус • Епилепсия с ГТКП	• Абсанси • Миоклонични пристъпи • ГТКП
Бензодиазепини	• Синдром на Lennox-Gastaut	• Тонични пристъпи • Абсанси • Миоклонични пристъпи
Gabapentin	• Абсансна епилепсия • Епилепсия с миоклонус • Синдром на Lennox-Gastaut	• Абсанси • Миоклонус
Lamotrigine	• Ранна тежка миоклонична епилепсия • Ювенилна миоклонична епилепсия • Роландова епилепсия	• При високи дози • Миоклонични пристъпи
Topiramate	• Абсансна епилепсия	• Абсанси
Tiagabine	• Абсансна епилепсия • Епилепсия с миоклонус	• Абсанси • Миоклонични пристъпи • Фокални • ГТКП
Levetiracetam	• Ювенилна миоклонична	• Абсанси

АЕМ	Синдром	Възможно влошаване
	епилепсия • Абсансна епилепсия • Синдром на Lennox-Gastaut • Синдром на Dravet	• Миоклонични пристъпи • Фокални • ГТКП
Pregabalin	• Абсансна епилепсия • Епилепсия с миоклонус	• Абсанси • Миоклонични пристъпи
Lacosamide	• Синдром на Lennox-Gastaut	• Атипични абсанси • ГТКП

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

• Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

• приключване на диагностичния процес и определяне на терапевтичен план;

• подобряване на епилептичния синдром и общото състояние.Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Припадъците могат да бъдат епилептични при епилепсия или при остри разстройства на структурата и метаболизма на мозъка, и неепилептични (психогенни или при други заболявания, като разстройства на съня, синкопи).

За точното определяне на типа на припадъците, поставяне на диагнозата, според изброените по-горе възможности, и съответно лечение, са необходими целенасочени изследвания и консултации:

- ЕЕГ;
- компютърна томография, включително с контраст;
- магнитно-резонансна томография;
- доплерова сонография;
- ангиография при необходимост;
- ЕКГ; ЕКГ- 24-часово мониториране;
- вегетологични изследвания, проби с натоварване;
- биохимични изследвания на кръв и урина;
- хормонални изследвания (при необходимост)
- серумни нива на антиконвулсанти;
- генетични изследвания;
- консултации с офталмолог, с интернист/кардиолог, с психолог;
- консултации с психиатър (при необходимост), с неврохирург (при необходимост), с инфекционист (при необходимост), с токсиколог (при необходимост).

Епилепсията е заболяване с епизодично нарушение във функциите на ЦНС, което се характеризира с конвулсивни (гърчови) или неконвулсивни (негърчови) клинични прояви, причинено от съчетанието на вродени и придобити промени в нервната система. Дължи се на свръхмерни, внезапни и преходни разряди на нервни клетки и възникване на епилептични припадъци. Видът на припадъка зависи от местоположението на възбудените нервни клетки в мозъка и разпространението на възбудния процес*. Като хронично неврологично заболяване диагноза* епилепсия *се поставя при наличие най-малко на два спонтанни епилептични припадъка*. Един припадък не е епилепсия; остро провокиран припадък или припадъци, възникнали при висока температура в детска възраст, след безсънни нощи, при нарушение на метаболизма, алкохолна или медикаментозна злоупотреба, мозъчен инсулт, тежка черепно-мозъчна травма, също не са епилепсия. Епилептичният припадък е основна изява на заболяването. Той се проявява стереотипно с двигателни, сетивни, вегетативни или психични прояви, като съзнанието може да е променено. Припадъците започват внезапно и най-често спонтанно прекъсват. Могат да бъдат последвани от сънливост и объркване. Думата “припадък” често се употребява и за други състояния, като синкоп, психогенни или нервни кризи, нощни страхове и др. Налице е явна зависимост между честотата на епилепсията и възрастта на пациента. Най-често епилепсията възниква в детска и юношеска възраст, като честотата отново се увеличава след 50 годишна възраст във връзка със зачестяване на симптомната епилепсия (при мозъчно-съдова болест, тумори на централната нервна система и др.). Епилептичните припадъци се разделят на:

1. Парциални (огнищни) - свързани с начало на разряда от определена група неврони в мозъчната кора – най-често от слепоочната кора или от челната кора. При парциалните прости припадъци съзнанието е запазено, докато при парциалните комплексни то е променено. Тези припадъци могат да прераснат в големи тонично-клонични припадъци.

2. Първично-генерализирани припадъци - симетрични двустранно и без огнищно начало и със загуба на съзнание. Те могат да бъдат *конвулсивни и неконвулсивни*. Генерализираните тонично-клонични припадъци са известни като "*големи припадъци" (grand mal*). При тях пациентите внезапно падат, крайниците им ритмично потрепват, дишането е затруднено, може да се прехапе езика или да има изпускане по нужда, цветът на лицето е блед до леко посиняване около устата. *Малките припадъци (абсанси*) протичат без гърчове, без падане, само с краткотрайно изключване на съзнанието, втренчване на погледа или примигване. Започват най-често в детска възраст (3 - 8 г.). При атоничните пристъпи болните могат внезапно да паднат и бързо се изправят.

Съвременните изследвания позволяват изясняване на механизмите, диференциране на разрядите и вида на припадъците, уточняване на причините, протичането на заболяването и евентуалните усложнения, и са необходима база за изработване на индивидуална терапевтична програма. Разграничават се леки и тежки форми, доброкачествени и прогресиращо протичащи, лечими и резистентни на лечение. Основно изследване е ЕЕГ (електроенцефалография), което е безвредно и позволява уточняване на диагнозата и контрол на провежданото лечение. Дава информация за функционалното състояние на централната нервна система. Невроизобразяващите методики - компютърна томография на мозъка и магнитно-резонансните техники са необходими за уточняване на структурни увреди в главния мозък. Сериозно усложнение на епилепсията е епилептичният статус – характеризира се с припадък или серия от припадъци с продължителност над 30 мин. Като заплашващо живота състояние, епилептичният статус във всички случаи налага болнично лечение по спешност – в неврологична клиника с легла за интензивно лечение и реанимация или в ОАРИЛ. В последните години намалява честотата на епилептичните статуси поради по-добрата диагностика и лечение на епилепсията.

Прогнозата за контрол на припадъците е добра. При 70-80% от пациентите с епилепсия припадъците се преустановяват, при около 50% - трайно и след преустановяването на лечението. При около 20% припадъците се повтарят и лечението е по-трудно. Това са обикновено случаи с повече от един вид припадъци, при симптомни епилепсии, при неврологични или психични нарушения.

Лечението се провежда от специалист невролог или невролог, специализиран за детската възраст (педиатър с неврологична насоченост). Съществуват десетки медикаменти с различни механизми на действие. Лечението се провежда продължително, с редовен прием на медикаменти, най-малко 2 г. след последния припадък. Прекъсва се само от лекуващия лекар, по определена схема с много бавно постепенно намаляване на дозировките при контрол на ЕЕГ. При някои доброкачествени форми на епилепсия, при много редки, нощни припадъци, след обсъждане с пациента или родителите може да се прецени да не се провежда лечение.

Фактори, които могат да причинят зачестяване на припадъците са: употреба на алкохол, недостиг на сън, трепкаща светлина (дискотеки, телевизия, компютърни игри), менструация, внезапно прекратяване на лечението.

Съществуват ограничения за някои професии (работа на височина, близко до огън, с необезопасени машини, отровни и запалителни материали, оръжия). Неподходящи професии са: пилоти, пожарникари, водачи на моторни превозни средства и др. Може да се спортува, без някои определени спортове като алпинизъм, подводен спорт, бокс, карате, ветроходство, парашутизъм, стрелба. Къпане с душ е за предпочитане пред това във вана, плуването да бъде винаги с придружител. Не е желателно излагане на слънце, сауни, термални бани. Децата с добър контрол на припадъците посещават общообразователните училища. В периода на активно лечение се отлагат имунизациите за дифтерия-тетанус-коклюш (но не и дифтерия-тетанус!). Ограничаването на телевизия, компютърни игри, посещение на дискотеки зависи от формата на епилепсията. Според закона у нас, по време на активна епилепсия и лечение с антиепилептични средства, пациентът няма право да шофира. Управлението на МПС е допустимо 3-6 мес. след единичен припадък при неврологично здрави индивиди, 6 мес. след единичен припадък, съпътстващ инсулт или неврохирургична интервенция, анамнеза над 5 г. само за нощни припадъци, 2 г. период на лечение без припадъци.

Организация на лечението на болните с епилепсия:

Личният лекар осъществява преглед, назначава изследване на кръв, насочва за консултация с невролог (за детска възраст - невролог, или педиатър със специализация по детска неврология). Специалистът невролог след преценка на изследванията и консултациите, назначени от него при необходимост, диагностицира заболяването и провежда лечението амбулаторно.

При необходимост от спешно болнично лечение - епилептичен статус, чести, тежки епилептични припадъци, припадъци при висока температура, пряко или чрез ЦСМП, се осигурява лечение в специализирано неврологично отделение. При необходима планова хоспитализация, специалистът невролог насочва с подготвените от него документи. При болничното лечение на епилепсията специалистът - невролог осъществява преглед и насочване за изследвания: ЕЕГ, КТ на главен мозък, МРТ, ЕКГ, изследване на очни дъна и др. при необходимост, което ще даде информация за вида на припадъка и неговите причини. Назначава се режим, намаляващ рисковете от повторни припадъци; осъществява се динамично наблюдение на пациента от лекуващия и дежурния екип; проследяват се динамично лабораторните показатели и функционалните изследвания - кръвна картина, показатели на дихателната, сърдечно-съдовата, чернодробната и бъбречната функция, серумните нива на медикаментите. Провежда се противоепилептично лечение, съобразено с получените показатели, което при необходимост може своевременно да бъде коригирано; своевременно се диагностицират и лекуват настъпили усложнения на заболяването. Провеждат се допълнителни инструментални изследвания - рентгенови, неврофизиологични и др.; при необходимост може да се вземе решение за оперативно лечение в някои случаи на симптомна епилепсия и при неповлияващи се от прилаганото медикаментозно лечение, вкл. със съвременни противоепилептични средства.

КП № 62 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯ И ЕПИЛЕПТИЧНИ ПРИСТЪПИ

КП № 62.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯ И ЕПИЛЕПТИЧНИ ПРИСТЪПИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Епилепсия

Не включва: синдром на Landau-Kleffner (F80.3)
конвулсивен припадък БДУ (R56.8)
епилептичен статус (G41.—)
парализа на Todd (G83.8)

G40.0 Локализирана (фокална) (парциална) идиопатична епилепсия и епилептични синдроми с тонично-клонични припадъци с фокално начало
Доброкачествена детска епилепсия с пикове в ЕЕГ в центротемпоралната област
Детска епилепсия с пароксизмална активност в ЕЕГ в окципиталната област

G40.1 Локализирана (фокална) (парциална) симптоматична епилепсия и епилептични синдроми с обикновени парциални припадъци
Пристъпи без промяна в съзнанието
Обикновени парциални пристъпи, преминаващи във вторично генерализирани припадъци

G40.2 Локализирана (фокална) (парциална) симптоматична епилепсия и епилептични синдроми с комплексни парциални конвулсивни припадъци
Пристъпи с промени в съзнанието, често с епилептичен автоматизъм
Комплексни парциални пристъпи, преминаващи във вторично генерализирани припадъци

G40.3 Генерализирана идиопатична епилепсия и епилептични синдроми
Доброкачествена(-и):
- миоклонична епилепсия в ранна детска възраст
- неонатални припадъци (фамилни)

Детски епилептични абсанси [пикнолепсия]
Епилепсия с големи конвулсивни припадъци [grand mal] при събуждане
Юношеска:
- абсанс-епилепсия
- миоклонична епилепсия [импулсивен малък припадък, petit mal]

Неспецифични епилептични припадъци:
- атонични
- клонични
- миоклонични
- тонични
- тонично-клонични

G40.4 Други видове генерализирана епилепсия и епилептични синдроми
Епилепсия с:
- миоклонични абсанси
- миоклонично-астатични припадъци

Детски спазми
Синдром на Lennox-Gastaut
Салаамови тикове
Симптоматична ранна миоклонична енцефалопатия
Синдром на West

G40.5 Специални епилептични синдроми
Частична непрекъсната епилепсия [Kozevnikof]
Епилептични припадъци, свързани с:
- употреба на алкохол
- приемане на лекарствени средства
- хормонални изменения

- лишаване от сън
- въздействие на стресови фактори

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G40.6 Grand mal припадъци (с малки припадъци [petit mal] или без тях), неуточнени

G40.7 Малки припадъци [petit mal], без припадъци grand mal, неуточнени

G40.8 Други уточнени форми на епилепсия
Епилепсия и епилептични синдроми, неопределени като фокални или генерализирани

Гърчове, некласифицирани другаде

Не включва: гърчове и пароксизмални пристъпи (при):
- дисоциативни (F44.5)
- епилепсия (G40—G41)
- новородено (P90)

R56.8 Други и неуточнени гърчове
Пароксизмален пристъп (двигателен) БДУ
Припадък (с гърчове) БДУ

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Изследване на евокирани отговори на централна нервна система

Включва: такава чрез компютризирано усреднени техники

Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка
Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране

Не включва: такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1828 Изследване на съня

12203-00 Полисомнография
Полисомнография при изследване на сънна апнея

Забележка: Изследване на сънна апнея – включва продължително мониториране на кислородна сатурация и дишане, използвайки многоканален полиграф (полисомнограф), и записи на ЕЕГ, ЕОГ, субментално ЕМГ, предно тибиално респираторно движение, въздушен поток, кислородна сатурация и ECG

92011-00 Видео и радио-телеметричен електроенцефалографски [ЕЕГ] мониторинг

Забележка: Само при назначено мониториране □ 24 часа

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор
Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
по преценка:

91910-08 Изследване на време на кървене
по преценка:

91913-04 Изследване на време на съсирване
по преценка:

91910-09 Изследване на протромбиново време
по преценка:

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
по преценка:

91910-11 Изследване на фибриноген
по преценка:

91910-40 Изследване за серумна електрофореза и лекарствено мониториране

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
по преценка:
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741]

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (от които едната задължително е 11000-00 Електроенцефалография или 92011-00 Видео и телеметричен електроенцефалографски ЕЕГ мониторинг и една основна терапевтична процедура, включваща основно приложение на противоепилептичен препарат, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Педиатрия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия“.

Допуска се неврологично отделение/клиника от I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности по тази КП в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво с**ъгласно медицински стандарт по „Нервни болести ”**, с изключение на изискванията за персонал, при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

А ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология или Клиника/отделение по детска неврология/педиатрия
2. Клинична лаборатория II ниво *
3. Кабинет (апарат) за доплерова сонография (невросонология) или трансфонтанелна ехография
4. ЕЕГ – кабинет (апарат)

***-** В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар - специалист по нервни болести: за структури II ниво на компетентност –двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести” за Клиника/отделение по неврология

или

- детски невролог за Клиника/отделение по детска неврология/педиатрия

или невролог, специализирал в областта на детската неврология или работещ в детска неврологична клиника/ отделение

или лекар-специалист по педиатрия, с опит в областта на детската неврология или работещ в детска неврологична клиника/отделение.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ – допуска се осигуряване на дейността чрез договорни отношения с друго ЛЗ.

2. За ЕЕГ: невролог/детски невролог, с допълнителна квалификация за извършване на електроенцефалография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт по „Нервни болести”).

3. За Доплерова сонография (невросонология): невролог/детски невролог, с допълнителна квалификация за извършване на доплерова сонография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт по „Нервни болести").

За трансфонтанелна ехография – лекар със специалност неонатология или детска неврология.

4. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- новооткрита епилепсия и чести епилептични припадъци;
- новооткрита епилепсия в детска възраст, налагаща невроизобразяващи изследвания и ЕЕГ под наркоза;
- бременни жени с епилепсия за терапевтично уточняване;
- серийни припадъци; болни с тежки форми с множествени полиморфни припадъци, прогресиращи форми, некласифицирани форми, и с усложнения;
- зачестяване на припадъците и неповлияване от лечението, което налага специализирани изследвания с оглед симптоматична епилепсия;
- болни с епилепсия и странични реакции от антиепилептичното лечение;
- прогресиращ неврологичен дефицит и/или развитие на деменция с оглед редиагностициране на етиологията;
- болни с неповлияване от амбулаторното лечение, вкл. и с "новите" антиепилептични медикаменти (АЕМ), с епилептични статуси в анамнезата, при които се налага смяна на лечението в болнични условия;
- за специализирани изследвания с оглед предстоящо неврохирургично лечение на епилепсията;
- абсансен епилептичен статус и електричен статус по време на сън.
- Диагностика и лечение на епилептични пристъпи в хода на възможно остро разстройство на мозъчните структури и метаболизъм (травма, инсулт, интоксикация, абстиненция, аноксия).
- Диагностика и лечение при необходимост от диференциране на псевдоепилептични пристъпи от епилептичните (напр. психогенни от комплексни парциални при темпорално-дялова или фронтално-дялова епилепсия).
- Експертиза с оглед уточняване на диагнозата, при което може да се наложи спиране на лечението под лекарски контрол.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

При наличие на припадъци диагностичният процес в болничното заведение включва поставяне на диагнозата чрез характеризиране на припадъците и определяне на тяхната причина. Епилептичните припадъци при ***епилепсия*** или при ***остри разстройства на мозъчните структури и метаболизъм*** (травми, инсулти, дисметаболитни състояния, интоксикация с медикаменти, внезапно преустановяване на лечение, алкохол и алкохолна абстиненция и др.), както и ***фебрилните конвулсии*** се разграничават от неепилептичните: ***неепилептични пароксизмални състояния*** (синкопи, мигрена, преходни исхемични състояния, двигателни разстройства, нарушения на съня, панически атаки и др.), ***аноксични припадъци; псевдоепилептични припадъци.*** Задача на хоспитализацията е изясняване на **етиологията на заболяването** с приложението на невроизобразяващи техники, лабораторни, метаболитни, генетични и други целенасочени изследвания.

Диагнозата "ЕПИЛЕПСИЯ" се поставя при наличие най-малко на два непровокирани епилептични пристъпа. Определя се **вида на епилептичния пристъп** (според Международната класификация на епилептичните пристъпи) с оценка и на ЕЕГ характеристиката (ЕЕГ, видео-ЕЕГ с документирани записи), класифицира се **епилептичния синдром** (според Международната класификация на синдромите). Хоспитализацията цели етиологично уточняване, лечение и определяне на терапевтична стратегия при болните с епилепсия.

Диагностичното уточняване на епилепсията в болнични условия е необходимо при особени групи пациенти (деца, бременни, пациенти с интелектуален дефицит), както и при редиагностициране при прогресия на неврологичния и психичен дефицит, при неконтролирани припадъци.

Терапевтична корекция в болнични условия се налага при чести неконтролирани епилептични припадъци, терапевтично-резистентни епилепсии. **"Терапевтично резистентните епилепсии"** протичат с чести и тежки пристъпи (увредено съзнание, контузии, пролонгирана постиктална дисфункция), при които е неефективно лечението с 2 АЕМ, адекватните за типа пристъпи, (т.е. не се контролират от специалистите-невролози в ИМП помощ).

Задължителни диагностични методи:

ЕЕГ или ЕЕГ-мониториране, КТ (нативен или с контраст) и/или МРТ; изследвания за уточняване на чернодробните и бъбречни функции, изследване на серумни нива на АЕМ – (при прием на валпроат, карбамазепин и фенитоин) – според Консенсуса за диагностика и лечение на епилепсията.

При парциални пристъпи - и доплерова сонография, магнитно-резонансна ангиография, мозъчна ангиография при необходимост.

Допълнителни диагностични методи (при необходимост): мозъчна ангиография; ликворни изследвания, вирусологични изследвания, генетични изследвания; мозъчна или мускулна биопсия.

ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯТА

Спазват се основните принципи: лечението започва при *сигурна диагноза* с *монотерапия с антиепилептичен медикамент (АЕМ) от първи ред*, съобразен с вида на припадъка, епилептичния синдром, възрастта на пациента, наличието на придружаващи соматични заболявания; ефектът се контролира според клиничните симптоми (честотата и тежестта на пристъпите) и с ЕЕГ; преценява се ползата и рисковете от продължителния прием на АЕМ при конкретния болен. Цел на лечението е контрол на припадъците при минимален страничен ефект на АЕМ и постигане на възможно най-добро качество на живот.

Антиепилептични медикаменти. Прилагат се като монотерапия или рационална политерапия, адекватно на типа на епилепсията, на типа на припадъците, възрастта, теглото на пациента и придружаващите соматични заболявания (чернодробни, бъбречни, кръвни и т.н.).

НАЧАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯТА

МОНОТЕРАПИЯ - с медикамент от първи избор, съобразно типа на епилепсията и типа припадъци. **МЕДИКАМЕНТИ НА ПЪРВИ ИЗБОР** за всички епилепсии - генерализирани или парциални, са Valproate или Carbamazepine, а при ГТКП и Phenytoin. При липса на ефект от лечението, непоносимост или странични реакции се преминава към **II МОНОТЕРАПИЯ**.

При пациенти с повече от един тип пристъпи (наличие и на абсанси, атонични и миоклонични пристъпи), средства на първи избор са широкоспектърни медикаменти**, които** могат да се прилагат като **монотерапия при специални състояния** (детско-юношеска възраст, млади жени и бременни, когнитивен дефицит).

ПОЛИТЕРАПИЯ - при неповлияващи се болни от монотерапия с 2 АЕМ - чести, тежки парциални пристъпи, полиморфни пристъпи, специфични синдроми и епилептични енцефалопатии (темпорално-дялова епилепсия при мезиотемпорална склероза, тежката миоклонична епилепсия, синдромът на West, синдромът на Lennox-Gastaut). При **РАЦИОНАЛНА ПОЛИТЕРАПИЯ** се използват комбинации от медикаменти с различен механизъм на действие. **Новите АЕМ** се прилагат като **добавена терапия** при генерализирани и парциални пристъпи и при изявени странични ефекти, органна недостатъчност и при особени състояния - бременност, интелектуален дефицит, старческа възраст.

Таблица № 1 Антиепилептични медикаменти за лечение на епилепсиите (синдромите) и епилептичните пристъпи

Вид епилепсия (синдром) епилептични пристъпи	I избор Монотерапия	Алтернативна монотерапия или политерапия
Първично-генерализирани (идиопатични/генетични) епилепсии/ генерализирани припадъци		
Тонично-клонични припадъци	CBZ,PHT,VPA	CZP, LTG, LEV, OxCBZ, PB, TGB, TPM
Атонични пристъпи	VPA	LTG, CZP
Абсанси	VPA, ESM	CZP, LTG, TPM
миоклонични пристъпи	VPA	CZP, ESM, LTG, LEV, TPM, Кортикостероиди
Ювенилна миоклонична епилепсия	VPA	CZP, ESM, LTG, LEV, TPM
Фокални епилепсии / фокални епилептични пристъпи		
Фокални пристъпи	CBZ, VPA	CZP, GBP, LCM, LTG, LEV, OxCBZ, PB, PHT, PGB, TGB, TPM, BRV
Вторично –генерализирани пристъпи	CBZ, PHT, VPA	GBP, LTG, LCM, LEV, OxCBZ, PB, PHT, PGB, TGB, TPM, BRV
Идиопатични фокални (Роландова и окципитални)	CBZ, VPA, OxCBZ	CZP, GBP, LTG, LEV
Епилептични енцефалопатии		
Синдром на West	ACTH, VPA	CZP, LTG, TPM,
Синдром на Lennox-Gastaut	LTG, TPM, VPA	CBZ, CZP, PB, PHT
Синдром на Dravet (SMEI)	VPA,TPM	LEV
Епилептична енцефалопатия с CSWS или електричен статус по време на бавновълнов сън (ESES)	VPA, ESM	LEV, бензодиазепини, кортикостероиди

- AEM, разрешени за монотерапия и допълваща терапия: CBZ, CZP, ESM, GBP (над 12 г. моно-, над 3 г. политерапия), **LTG** (над 2 г.), **LEV** (над 16 г.- монотерапия, над 1 месец- политерапия), **LCM** (над 16 г.),**OxCBZ, PHT, PB, TPM** (над 2 г.), **VPA**
- AEM разрешени само за допълваща терапия: PGB (над 18 г.); **TGB** (над 12 г.), при които други подходящи лекарствени комбинации са се оказали незадоволителни или не са поносими
- Класически AEM: CBZ - carbamazepine; **CZP**-clonazepam; **ESM –** ethosuximide; **PHT**- phenytoin; **PB**-phenobarbital; **VPA**-valproate
- Нови AEM: GBP- gabapentin; **LTG -** lamotrigine; **LCM** – lacozamide; **LEV**-levetiracetam; **OxCBZ** - oxcarbazepine; **PGB** – pregabalin; **TGB** - tiagabine; **TPM –** topiramate;

Таблица № 2 Видове и дозиране на антиепилептичните медикаменти

Международно непатентно име (INN)	ДЕЦА		ВЪЗРАСТНИ		
	Начална дневна доза (mg/kg)	Оптимал-на дневна доза (mg/kg)	Начална дневна доза (mg)	Оптимална дневна доза (mg)	Максимална дневна доза (mg)
Valproic acid	10-20	10-50	500	1000-2000	2100
Carbamazepine	5	10-30	200	600-1200	1600
Oxcarbazepine	10	30-40	300-600	900-2400	2400
Phenytoin	3-4	4-8	100	300-400	500
Phenobarbital	2	2-5	60	90-250	600
Clonazepam	0,01	0,01-0,02–	0,5	2-6	8

		0,1-0,2			
Lamotrigine	0,6 с ензимни индуктори 0,15 при VPA 0,3 при моно-терапия	5-15 с ензимни индуктори 5 с VPA 15 при моно-терапия	50 с ензимни индуктори 12,5 с VPA 25 при моно-терапия	500-600 при енз. индуктор 300-400 при VPA 500 при моно-терапия	700 при моно-терапия
Topiramate	0,5-1,0	5-9	25	200-400	500
Levetiracetam	10	40	1000	2000-3000	3000
Tiagabine	0,1	1	5–10	60	70
Gabapentin	След 6 г. 10-15	30-35	300	1200-1800-3600	3600
Pregabalin	-	-	150	450-600	600
Lacozamide	След 16 г. 100 mg/дн.	200-400 mg/дн.	100	200-400	600 при монотерапия, 400 при допълваща терапия
Ethosuximide	10	40	500	1500	2000
Retigabine	-	-	300	600-1200	1200
Eslicarbaze-pine	-	-	400	800	1200

Таблица № 3 Възможно влошаване на епилептичните синдроми от АЕМ

АЕМ	**Синдром**	**Възможно влошаване**
Carbamazepine	• Абсансна епилепсия • Ювенилна миоклонична епилепсия • Прогресивна миоклонична епилепсия • Роландова епилепсия • Детска окципитална епилепсия • Симптоматични генерализира-ни епилепсии • Синдром на Angelman • Синдром на Landau-Kleffner	• Абсанси, миоклонии • Миоклонични пристъпи • Миоклонус • CSWS • ГТКП - рядко • Фокални пристъпи - рядко • Тонични пристъпи • Атонични пристъпи
Oxcarbazepine	• Абсансна епилепсия • Ювенилна миоклонична епилепсия • Роландова епилепсия	• Абсанси • Миоклонии • Фокални пристъпи
Phenytoin	• Абсансна епилепсия • Прогресивна миоклонична епилепсия • Ювенилна миоклонична епилепсия	• Абсанси • Церебеларен синдром • Миоклонични пристъпи

АЕМ	Синдром	Възможно влошаване
	• Синдром на Landau-Kleffner	• Фокални пристъпи - рядко • ГТКП
Phenobarbital	• Абсансна епилепсия • Роландова епилепсия • Синдром на Lennox-Gastaut	• Абсанси (при високи дози) • Миоклонични пристъпи
Valproate (рядко)	• Абсансна епилепсия • Единични случаи при епилепсия с миоклонус и криптогенна фокална епилепсия	• Абсанси • Миоклонични пристъпи • Фокални • ГТКП
Ethosuximide	• Абсансна епилепсия • Епилепсия с миоклонус • Епилепсия с ГТКП	• Абсанси • Миоклонични пристъпи • ГТКП
Бензодиазепини	• Синдром на Lennox-Gastaut	• Тонични пристъпи • Абсанси • Миоклонични пристъпи
Gabapentin	• Абсансна епилепсия • Епилепсия с миоклонус • Синдром на Lennox-Gastaut	• Абсанси • Миоклонус
Lamotrigine	• Ранна тежка миоклонична епилепсия • Ювенилна миоклонична епилепсия • Роландова епилепсия	• При високи дози • Миоклонични пристъпи
Topiramate	• Абсансна епилепсия	• Абсанси
Tiagabine	• Абсансна епилепсия • Епилепсия с миоклонус	• Абсанси • Миоклонични пристъпи • Фокални • ГТКП
Levetiracetam	• Ювенилна миоклонична епилепсия • Абсансна епилепсия • Синдром на Lennox-Gastaut • Синдром на Dravet	• Абсанси • Миоклонични пристъпи • Фокални • ГТКП
Pregabalin	• Абсансна епилепсия • Епилепсия с миоклонус	• Абсанси • Миоклонични пристъпи
Lacosamide	• Синдром на Lennox-Gastaut	• Атипични абсанси • ГТКП

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:
- приключване на диагностичния процес и определяне на терапевтичен план;
- подобряване на епилептичния синдром и общото състояние.Довършване на лечебния процес и проследяване

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Припадъците могат да бъдат епилептични при епилепсия или при остри разстройства на структурата и метаболизма на мозъка, и неепилептични (психогенни или при други заболявания, като разстройства на съня, синкопи).
За точното определяне на типа на припадъците, поставяне на диагнозата, според изброените по-горе възможности, и съответно лечение, са необходими целенасочени изследвания и консултации:

- ЕЕГ;
- компютърна томография, включително с контраст;
- магнитно-резонансна томография;
- доплерова сонография;
- ангиография при необходимост;
- ЕКГ; ЕКГ- 24-часово мониториране;
- вегетологични изследвания, проби с натоварване;
- биохимични изследвания на кръв и урина;
- хормонални изследвания (при необходимост)
- серумни нива на антиконвулсанти;
- генетични изследвания;
- консултации с офталмолог, с интернист/кардиолог, с психолог;
- консултации с психиатър (при необходимост), с неврохирург (при необходимост), с инфекционист (при необходимост), с токсиколог (при необходимост).

Епилепсията е заболяване с епизодично нарушение във функциите на ЦНС, което се характеризира с конвулсивни (гърчови) или неконвулсивни (негърчови) клинични прояви, причинено от съчетанието на вродени и придобити промени в нервната система. Дължи се на свръхмерни, внезапни и преходни разряди на нервни клетки и възникване на епилептични припадъци. Видът на припадъка зависи от местоположението на възбудените нервни клетки в мозъка и разпространението на възбудния процес. *Като хронично неврологично заболяване диагноза* епилепсия *се поставя при наличие най-малко на два спонтанни епилептични припадъка*. Един припадък не е епилепсия; остро провокиран припадък или припадъци, възникнали при висока температура в детска възраст, след безсънни нощи, при нарушение на метаболизма, алкохолна или медикаментозна злоупотреба, мозъчен инсулт, тежка черепно-мозъчна травма, също не са епилепсия. Епилептичният припадък е основна изява на заболяването. Той се проявява стереотипно с двигателни, сетивни, вегетативни или психични прояви, като съзнанието може да е променено. Припадъците започват внезапно и най-често спонтанно прекъсват. Могат да бъдат последвани от сънливост и объркване. Думата "припадък" често се употребява и за други състояния, като синкоп, психогенни или нервни кризи, нощни страхове и др. Налице е явна зависимост между честотата на епилепсията и възрастта на пациента. Най-често епилепсията възниква в детска и юношеска възраст, като честотата отново се увеличава след 50 годишна възраст във връзка със зачестяване на симптомната епилепсия (при мозъчно-съдова болест, тумори на централната нервна система и др.). Епилептичните припадъци се разделят на:

1. Парциални (огнищни) - свързани с начало на разряда от определена група неврони в мозъчната кора – най-често от слепоочната кора или от челната кора. При парциалните прости припадъци съзнанието е запазено, докато при парциалните комплексни то е променено. Тези припадъци могат да прераснат в големи тонично-клонични припадъци.

2. Първично-генерализирани припадъци - симетрични двустранно и без огнищно начало и със загуба на съзнание. Те могат да бъдат *конвулсивни и неконвулсивни*. Генерализираните тонично-клонични припадъци са известни като "*големи припадъци" (grand mal*). При тях пациентите внезапно падат, крайниците им ритмично потрепват, дишането е затруднено, може да се прехапе езика или да има изпускане по нужда, цветът на лицето е блед до леко посиняване около устата. *Малките припадъци (абсанси*) протичат без гърчове, без падане, само с краткотрайно изключване на съзнанието, втренчване на погледа или примигване. Започват най-често в детска възраст (3 - 8 г.). При атоничните пристъпи болните могат внезапно да паднат и бързо се изправят.

Съвременните изследвания позволяват изясняване на механизмите, диференциране на разрядите и вида на припадъците, уточняване на причините, протичането на заболяването и евентуалните усложнения, и са необходима база за изработване на индивидуална терапевтична програма. Разграничават се леки и тежки форми, доброкачествени и прогресиращо протичащи, лечими и резистентни на лечение. Основно изследване е ЕЕГ (електроенцефалография), което е безвредно и позволява уточняване на диагнозата и контрол на провежданото лечение. Дава информация за функционалното състояние на централната нервна система. Невроизобразяващите методики - компютърна томография на мозъка и магнитно-резонансните техники са необходими за уточняване на структурни увреди в главния мозък. Сериозно усложнение на епилепсията е епилептичният статус – характеризира се с припадък или серия от припадъци с продължителност над 30 мин. Като заплашващо живота състояние, епилептичният статус във всички случаи налага болнично лечение по спешност – в неврологична клиника с легла за интензивно лечение и реанимация или в ОАРИЛ. В последните години намалява честотата на епилептичните статуси поради по-добрата диагностика и лечение на епилепсията.

Прогнозата за контрол на припадъците е добра. При 70-80% от пациентите с епилепсия припадъците се преустановяват, при около 50% - трайно и след преустановяването на лечението. При около 20% припадъците се повтарят и лечението е по-трудно. Това са обикновено случаи с повече от един вид припадъци, при симптомни епилепсии, при неврологични или психични нарушения.

Лечението се провежда от специалист невролог или невролог, специализиран за детската възраст (педиатър с неврологична насоченост). Съществуват десетки медикаменти с различни механизми на действие. Лечението се провежда продължително, с редовен прием на медикаменти, най-малко 2 г. след последния припадък. Прекъсва се само от лекуващия лекар, по определена схема с много бавно постепенно намаляване на дозировките при контрол на ЕЕГ. При някои доброкачествени форми на епилепсия, при много редки, нощни припадъци, след обсъждане с пациента или родителите може да се прецени да не се провежда лечение.

Фактори, които могат да причинят зачестяване на припадъците са: употреба на алкохол, недостиг на сън, трепкаща светлина (дискотеки, телевизия, компютърни игри), менструация, внезапно прекратяване на лечението.

Съществуват ограничения за някои професии (работа на височина, близко до огън, с необезопасени машини, отровни и запалителни материали, оръжия). Неподходящи професии са: пилоти, пожарникари, водачи на моторни превозни средства и др. Може да се спортува, без някои определени спортове като алпинизъм, подводен спорт, бокс, карате, ветроходство, парашутизъм, стрелба. Къпане с душ е за предпочитане пред това във вана, плуването да бъде винаги с придружител. Не е желателно излагане на слънце, сауни, термални бани. Децата с добър контрол на припадъците посещават общообразователните училища. В периода на активно лечение се отлагат имунизациите за дифтерия-тетанус-коклюш (но не и дифтерия-тетанус!). Ограничаването на телевизия, компютърни игри, посещение на дискотеки зависи от формата на епилепсията. Според закона у нас, по време на активна епилепсия и лечение с антиепилептични средства, пациентът няма право да шофира. Управлението на МПС е допустимо 3-6 мес. след единичен припадък при неврологично здрави индивиди, 6 мес. след единичен припадък, съпътстващ инсулт или неврохирургична интервенция, анамнеза над 5 г. само за нощни припадъци, 2 г. период на лечение без припадъци.

Организация на лечението на болните с епилепсия:

Личният лекар осъществява преглед, назначава изследване на кръв, насочва за консултация с невролог (за детска възраст - невролог, или педиатър със специализация по детска неврология). Специалистът невролог след преценка на изследванията и консултациите, назначени от него при необходимост, диагностицира заболяването и провежда лечението амбулаторно.

При необходимост от спешно болнично лечение - епилептичен статус, чести, тежки епилептични припадъци, припадъци при висока температура, пряко или чрез ЦСМП, се осигурява лечение в специализирано неврологично отделение. При необходима планова хоспитализация, специалистът невролог насочва с подготвените от него документи. При болничното лечение на епилепсията специалистът - невролог осъществява преглед и насочване за изследвания: ЕЕГ, КТ на главен мозък, МРТ, ЕКГ, изследване на очни дъна и др. при необходимост, което ще даде информация за вида на припадъка и неговите причини. Назначава се режим, намаляващ рисковете от повторни припадъци; осъществява се динамично наблюдение на пациента от лекуващия и дежурния екип; проследяват се динамично лабораторните показатели и функционалните изследвания - кръвна картина, показатели на дихателната, сърдечно-съдовата, чернодробната и бъбречната функция, серумните нива на медикаментите. Провежда се противоепилептично лечение, съобразено с получените показатели, което при необходимост може своевременно да бъде коригирано; своевременно се диагностицират и лекуват настъпили усложнения на заболяването. Провеждат се допълнителни инструментални изследвания - рентгенови, неврофизиологични и др.; при необходимост може да се вземе решение за оперативно лечение в някои случаи на симптомна епилепсия и при неповлияващи се от прилаганото медикаментозно лечение, вкл. със съвременни противоепилептични средства.

КП № 63 ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПТИЧЕН СТАТУС

КП № 63.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПТИЧЕН СТАТУС ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Епилептичен статус

G41.0 Епилептичен статус grand mal (конвулсивни припадъци)
Тонично-клоничен епилептичен статус
Не включва: частична непрекъсната епилепсия [Kozhevnikof] (G40.5)

G41.1 Епилептичен статус petit mal (малки припадъци)
Епилептичен статус от абсанси

G41.2 Комплексен парциален епилептичен статус

G41.8 Друг уточнен епилептичен статус

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Изследване на евокирани отговори на централна нервна система

Включва: такава чрез компютризирано усреднени техники

Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка

Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране

Не включва: такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1828 Изследване на съня

12203-00 Полисомнография

Полисомнография при изследване на сънна апнея

Забележка: Изследване на сънна апнея – включва продължително мониториране на кислородна сатурация и дишане, използвайки многоканален полиграф (полисомнограф), и записи на ЕЕГ, ЕОГ, субментално ЕМГ, предно тибиално респираторно движение, въздушен поток, кислородна сатурация и ECG

92011-00 Видео и радио-телеметричен електроенцефалографски [ЕЕГ] мониторинг

Забележка: Само при назначено мониториране □ 24 часа

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор

Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

по преценка:

91910-08 Изследване на време на кървене

по преценка:

91913-04 Изследване на време на съсирване

по преценка:

91910-09 Изследване на протромбиново време

по преценка:

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

по преценка:

91910-11 Изследване на фибриноген

по преценка:

91910-40 Изследване за серумна електрофореза и лекарствено мониториране

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
по преценка:
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална

• трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:

• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741]

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт

• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])*

96199-03Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (от които едната задължително е 11000-00 електроенцефалограма) и две основни терапевтични процедури посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво *
4. ЕЕГ – кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар - специалист по нервни болести: за структури II ниво на компетентност - двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”;

- лекар - специалист по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. За ЕЕГ: невролог/детски невролог или специалист по педиатрия, профилиран в детската неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електроенцефалография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести").

2. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- епилептичен статус (продължаващ над 30 мин. единствен пристъп или серия от пристъпи, между които съзнанието не се възстановява);
- епилепсия, с чести и продължаващи над 10 мин. епилептични припадъци.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Епилептичният статус е *продължаващ над 30 мин. единствен пристъп или серия от пристъпи, между които съзнанието не се възстановява*. Възниква у болни с епилепсия при грешки в лечението, внезапно преустановяване на лечението, интеркурентни заболявания (33%) или е *симптоматичен* (при 33% в хода на мозъчен инсулт, аноксия, черепно-мозъчна травма, инфекция на ЦНС, метаболитни нарушения, алкохолна абстиненция, тумор, медикаментозна интоксикация); с неясна етиология е при 33%. **Като епилептичен статус се третират пациентите с продължаващи над 10 мин. епилептични пристъпи.**

Задължителни диагностични методи*:*

ЕЕГ или ЕЕГ-мониториране, КТ (нативен или с контраст) и/или МРТ; изследвания за уточняване на чернодробните и бъбречни функции, изследване на серумни нива на АЕМ (при прием на валпроат, карбамазепин и фенитоин) – съгласно Консенсус за диагностика и лечение на епилепсията.

Допълнителни диагностични методи (при необходимост): доплерова сонография, мозъчна ангиография; вирусологични и/или микробиологични изследвания.

ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПТИЧНИЯ СТАТУС

2.1. Лечението на конвулсивния епилептичния статус (ЕС) се провежда в клиника/отделение за интензивно лечение:

- Осигуряване на проходимост на дихателните пътища; подържане на дишането, артериалното налягане и циркулацията; осигуряване на венозен път; мониториране на телесната температура, АН, ЕКГ и дихателната функция.
- Изследване на серумни електролити, пълна кръвна картина, урея, кръвна захар, АКР и газов състав на кръвта, чернодробни функции, нива на антиконвулсанти, алкохол, токсикологичен скрининг и съответна корекция.
- Витамини (при деца и Vit B6), болусно въвеждане на глюкоза (40% 60 мл), при възможна алкохолна интоксикация или хипогликемия, кислородотерапия.

АНТИКОНВУЛСАНТИ

1. Diazepam – венозно - 0,2 mg/kg (за деца - 0,3 mg/kg) или ректално 5-10 mg (за деца 0,5 mg/kg); повтаряне на дозата след 30 мин, за 1 час - до 60 mg, за 24 часа - до 200 mg при готовност за оротрахеална интубация. Купирането на пристъпа е в пропорционална зависимост от скоростта на въвеждане на Diazepam, но при бързото венозно въвеждане съществува риск от депресия на дишането и артериална хипотония, което налага готовност за асистирано дишане.

2. Clonazepam 0,05 mg/kg (2 mg) бавно i.v., повтаряне след 30 мин, за 1 час до 3 mg, за 24 часа - до 15-18 mg.

- **VPA - 15-20 mg/kg болус i.v. (50 mg/мин),** поддържаща доза 1 mg/kg/час
- **Phenytoin - натоварване - 20 mg/kg бавно i.v. (50 mg/мин),** за 24 часа - до 2000 mg; Предимство - дълготрайно действие.

При ЕС, продължаващ над 60 мин. - въвеждане в наркоза (при интубиран болен):

• **Midazolam натоварваща доза - 0,15-0,20 mg/kg (<0,4 mg/мин),** поддържаща - 0,1-0,4 mg/kg/час.

• **Tiopental Na 5-6 mg/kg до 500 mg бавно i.v.** за 3-5 мин. и поддържане с 1-5 mg/kg/час до поява на ЕЕГ патерн на потиснати залпове.

• **Propofol натоварваща доза- 1-2 mg/kg,** поддържаща- 3-10 mg/kg/час.

ЛЕЧЕНИЕ НА УСЛОЖНЕНИЯТА НА ЕС

- на рабдомиозита - поддържане нормална диуреза с водно-солеви разтвори за предпазване от бъбречна недостатъчност, на хипертермията**,** на мозъчния оток – съчетание на хипервентилация с Mannitol, кортикостероиди, на съпътстващи инфекции- антибиотична терапия. Поддържане на сърдечно-съдовата функция, при хипотония – Dopamine i.v.

• ***На мозъчния оток*** – съчетание на хипервентилация с Mannitol, кортикостероиди;

• ***На рабдомиозита*** - поддържане нормална диуреза с водно-солеви разтвори за предпазване от бъбречна недостатъчност; *на хипертермията*;

• ***На съпътстващи инфекции*** - антибиотична терапия, но не антибиотици, повишаващи гърчовата готовност;

• ***Поддържане на сърдечно-съдовата функция*** – при хипотония – Dopamin i.v.

Корекция на провежданото антиепилептично лечение преди възникване на епилептичния статус (промяна на дозата, вида на АЕМ) или въвеждане на АЕМ, съобразен с вида на припадъка, епилептичния синдром, възрастта на пациента, наличието на придружаващи соматични заболявания, ЕЕГ.

2.2. Лечение на неконвулсивния епилептичен статус:

• Осигуряване на венозен път; мониториране на телесната температура.

• Изследване на серумни електролити, пълна кръвна картина, урея, кръвна захар, АКР и газов състав на кръвта, чернодробни функции, нива на антиконвулсанти, алкохол, токсикологичен скрининг и съответна корекция.

• **Бензодиазепини**

• **Валпроати**

• Кортикостероиди, АСТН

• **Корекция на провежданото антиепилептично лечение преди възникване на епилептичния статус** (промяна на дозата, вида на АЕМ) или въвеждане на АЕМ, съобразен с вида на припадъка, епилептичния синдром, възрастта на пациента, наличието на придружаващи соматични заболявания, ЕЕГ.

АНТИЕПИЛЕПТИЧНИ МЕДИКАМЕНТИ. Прилагат се като монотерапия или рационална политерапия, адекватно на типа на епилепсията, на типа на припадъците, възрастта, теглото на пациента и придружаващите соматични заболявания (чернодробни, бъбречни, кръвни и т.н).

НАЧАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯТА:

МОНОТЕРАПИЯ - с медикамент от първи избор, съобразно типа на епилепсията и типа припадъци до достигане на оптимална доза. **МЕДИКАМЕНТИ НА ПЪРВИ ИЗБОР за всички епилепсии** - генерализирани или парциални, са **Valproate или Carbamazepine, а при ГТКП и Phenytoin**. При липса на ефект от лечението, непоносимост или странични реакции се преминава към **II МОНОТЕРАПИЯ**.

При пациенти с повече от един тип пристъпи (наличие и на абсанси, атонични и миоклонични пристъпи), средства на първи избор са широкоспектърни медикаменти - могат да се прилагат като **монотерапия при специални състояния** (детско-юношеска възраст, млади жени и бременни, когнитивен дефицит).

ПОЛИТЕРАПИЯ - при неповлияващи се болни от монотерапия с 2 АЕМ - чести, тежки парциални пристъпи, полиморфни пристъпи, специфични синдроми и епилептични енцефалопатии (темпорално-дялова епилепсия при мезиотемпорална склероза, тежката миоклонична епилепсия, синдромът на West, синдромът на Lennox-Gastaut). При **РАЦИОНАЛНА ПОЛИТЕРАПИЯ** се използват комбинации от медикаменти с различен механизъм на действие. **Новите АЕМ** се прилагат като добавена терапия при генерализирани и парциални пристъпи и при изявени странични ефекти, органна недостатъчност и при особени състояния - бременност, интелектуален дефицит, старческа възраст.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- изясняване на причината и овладяване на епилептичния статус;
- подобряване на епилептичния синдром и соматичното състояние;
- определяне на терапевтичен план.Довършване на лечебния процес и проследяване

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Припадъците могат да бъдат епилептични при епилепсия или при остри разстройства на структурата и метаболизма на мозъка, и неепилептични (психогенни или при други заболявания като разстройства на съня, синкопи).

За точното определяне на типа на припадъците, поставяне на диагнозата, според изброените по-горе възможности, и съответно лечение, са необходими целенасочени изследвания и консултации:

- ЕЕГ;
- компютърна томография, включително с контраст;
- магнитно-резонансна томография;
- доплерова сонография;
- ангиография при необходимост;
- ЕКГ; ЕКГ- 24-часово мониториране;
- вегетологични изследвания, проби с натоварване;
- биохимични изследвания на кръв и урина;
- хормонални изследвания (при необходимост);
- серумни нива на антиконвулсанти;
- генетични изследвания;
- консултации с офталмолог, с интернист/кардиолог, психолог;
- консултации с психиатър (при необходимост), с неврохирург (при необходимост), с инфекционист (при необходимост), с токсиколог (при необходимост).

Епилепсията е заболяване с епизодично нарушение във функциите на ЦНС, което се характеризира с конвулсивни (гърчови) или неконвулсивни (негърчови) клинични прояви, причинено от съчетанието на вродени и придобити промени в нервната система. Дължи се на свръхмерни, внезапни и преходни разряди на нервни клетки и възникване на епилептични припадъци. Видът на припадъка зависи от местоположението на възбудените нервни клетки в мозъка и разпространението на възбудния процес. *Като хронично неврологично заболяване диагноза* епилепсия *се поставя при наличие най-малко на два спонтанни епилептични припадъка*. Един припадък не е епилепсия; остро провокиран припадък или припадъци, възникнали при висока температура в детска възраст, след безсънни нощи, при нарушение на метаболизма, алкохолна или медикаментозна злоупотреба, мозъчен инсулт, тежка черепно-мозъчна травма също не са епилепсия. Епилептичният припадък е основна изява на заболяването. Той се проявява стереотипно с двигателни, сетивни, вегетативни или психични прояви, като съзнанието може да е променено. Припадъците започват внезапно и най-често спонтанно прекъсват. Могат да бъдат последвани от сънливост и объркване. Думата "припадък" често се употребява и за други състояния като синкоп, психогенни или нервни кризи, нощни страхове и др. Налице е явна зависимост между честотата на епилепсията и възрастта на пациента. Най-често епилепсията възниква в детска и юношеска възраст, като честотата отново се увеличава след 50 годишна възраст във връзка със зачестяване на симптомната епилепсия (при мозъчно-съдова болест, тумори на централната нервна система и др.). Епилептичните припадъци се разделят на:

1. Парциални (огнищни) - свързани с начало на разряда от определена група неврони в мозъчната кора – най-често от слепоочната кора или от челната кора. При парциалните прости припадъци съзнанието е запазено, докато при парциалните комплексни то е променено. Тези припадъци могат да прераснат в големи тонично-клонични припадъци.

2. Първично-генерализирани припадъци - симетрични двустранно и без огнищно начало и със загуба на съзнание. Те могат да бъдат *конвулсивни и неконвулсивни*. Генерализираните тонично-клонични припадъци са известни като "*големи припадъци" (grand mal*). При тях пациентите внезапно падат, крайниците им ритмично потрепват, дишането е затруднено, може да се прехапе езика или да има изпускане по нужда, цветът на лицето е блед до леко посиняване около устата. *Малките припадъци (абсанси*) протичат без гърчове, без падане, само с краткотрайно изключване на съзнанието, втренчване на погледа или примигване. Започват най-често в детска възраст (3 - 8 г.). При атоничните пристъпи болните могат внезапно да паднат и бързо се изправят.

Съвременните изследвания позволяват изясняване на механизмите, диференциране на разрядите и вида на припадъците, уточняване на причините, протичането на заболяването и евентуалните усложнения, и са необходима база за изработване на индивидуална терапевтична програма. Разграничават се леки и тежки форми, доброкачествени и прогресиращо протичащи, лечими и резистентни на лечение. Основно изследване е ЕЕГ (електроенцефалография), което е безвредно и позволява уточняване на диагнозата и контрол на провежданото лечение. Дава информация за функционалното състояние на централната нервна система. Невроизобразяващите методики - компютърна томография на мозъка и магнитно-резонансните техники са необходими за уточняване на структурни увреди в главния мозък. **Сериозно усложнение на епилепсията е епилептичният статус** – характеризира се с припадък или серия от припадъци с продължителност над 30 мин. Като заплашващо живота състояние, епилептичният статус във всички случаи налага болнично лечение по спешност – в неврологична клиника с легла за интензивно лечение и реанимация или в ОАРИЛ. В последните години намалява честотата на епилептичните статуси поради по-добрата диагностика и лечение на епилепсията.

Прогнозата за контрол на припадъците е добра. При 70-80% от пациентите с епилепсия припадъците се преустановяват, при около 50% - трайно и след преустановяването на лечението. При около 20% припадъците се повтарят и лечението е по-трудно. Това са обикновено случаи с повече от един вид припадъци, при симптомни епилепсии, при неврологични или психични нарушения.

Лечението се провежда от специалист невролог или невролог, специализиран за детската възраст (педиатър с неврологична насоченост). Съществуват десетки медикаменти с различни механизми на действие. Лечението се провежда продължително, с редовен прием на медикаменти, най-малко 2 г. след последния припадък. Прекъсва се само от лекуващия лекар, по определена схема с много бавно постепенно намаляване на дозировките при контрол на ЕЕГ. При някои доброкачествени форми на епилепсия, при много редки, нощни припадъци, след обсъждане с пациента или родителите може да се прецени да не се провежда лечение.

Фактори, които могат да причинят зачестяване на припадъците са: употреба на алкохол, недостиг на сън, трепкаща светлина (дискотеки, телевизия, компютърни игри), менструация, внезапно прекратяване на лечението.

Съществуват ограничения за някои професии (работа на височина, близко до огън, с необезопасени машини, отровни и запалителни материали, оръжия). Неподходящи професии са: пилоти, пожарникари, водачи на моторни превозни средства и др. Може да се спортува, без някои определени спортове като алпинизъм, подводен спорт, бокс, карате, ветроходство, парашутизъм, стрелба. Къпане с душ е за предпочитане пред това във вана, плуването да бъде винаги с придружител. Не е желателно излагане на слънце, сауни, термални бани. Децата с добър контрол на припадъците посещават общообразователните училища. В периода на активно лечение се отлагат имунизациите за дифтерия-тетанус-коклюш (но не и дифтерия-тетанус!). Ограничаването на телевизия, компютърни игри, посещение на дискотеки зависи от формата на епилепсията. Според закона у нас, по време на активна епилепсия и лечение с антиепилептични средства, пациентът няма право да шофира. Управлението на МПС е допустимо 3-6 мес. след единичен припадък при неврологично здрави индивиди, 6 мес. след единичен припадък, съпътстващ инсулт или неврохирургична интервенция, анамнеза над 5 г. само за нощни припадъци, 2 г. период на лечение без припадъци.

Организация на лечението на болните с епилепсия:

Личният лекар осъществява преглед, назначава изследване на кръв, насочва за консултация с невролог (за детска възраст - невролог, или педиатър със специализация за детска неврология). Специалистът невролог след преценка на изследванията и консултациите, назначени от него при необходимост, диагностицира заболяването и провежда лечението амбулаторно.

При необходимост от спешно болнично лечение - епилептичен статус, чести, тежки епилептични припадъци, припадъци при висока температура, пряко или чрез ЦСМП, се осигурява лечение в специализирано неврологично отделение. При необходима планова хоспитализация, специалистът невролог насочва с подготвените от него документи. При болничното лечение на епилепсията специалистът - невролог осъществява преглед и насочване за изследвания: ЕЕГ, КТ на главен мозък, МРТ, ЕКГ, изследване на очни дъна и др. при необходимост, което ще даде информация за вида на припадъка и неговите причини. Назначава се режим, намаляващ рисковете от повторни припадъци; осъществява се динамично наблюдение на пациента от лекуващия и дежурния екип; проследяват се динамично лабораторните показатели и функционалните изследвания - кръвна картина, показатели на дихателната, сърдечно-съдовата, чернодробната и бъбречната функция, серумните нива на медикаментите. Провежда се противоепилептично лечение, съобразено с получените показатели, което при необходимост може своевременно да бъде коригирано; своевременно се диагностицират и лекуват настъпили усложнения на заболяването. Провеждат се допълнителни инструментални изследвания - рентгенови, неврофизиологични и др.; при необходимост може да се вземе решение за оперативно лечение в някои случаи на симптомна епилепсия и при неповлияващи се от прилаганото медикаментозно лечение, вкл. със съвременни противоепилептични средства.

КП № 63 ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПТИЧЕН СТАТУС

КП № 63.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПТИЧЕН СТАТУС ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Епилептичен статус

G41.0 Епилептичен статус grand mal (конвулсивни припадъци)
Тонично-клоничен епилептичен статус
Не включва: частична непрекъсната епилепсия [Kozhevnikof] (G40.5)

G41.1 Епилептичен статус petit mal (малки припадъци)
Епилептичен статус от абсанси

G41.2 Комплексен парциален епилептичен статус

G41.8 Друг уточнен епилептичен статус

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Изследване на евокирани отговори на централна нервна система

Включва: такава чрез компютризирано усреднени техники

Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка
Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране

Не включва: такава, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1828 Изследване на съня

12203-00 Полисомнография
Полисомнография при изследване на сънна апнея

Забележка: Изследване на сънна апнея – включва продължително мониториране на кислородна сатурация и дишане, използвайки многоканален полиграф (полисомнограф), и записи на ЕЕГ, ЕОГ, субментално ЕМГ, предно тибиално респираторно движение, въздушен поток, кислородна сатурация и ECG

92011-00 Видео и радио-телеметричен електроенцефалографски [ЕЕГ] мониторинг

Забележка: Само при назначено мониториране □ 24 часа

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор
Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
по преценка:

91910-08 Изследване на време на кървене
по преценка:

91913-04 Изследване на време на съсирване
по преценка:

91910-09 Изследване на протромбиново време
по преценка:

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
по преценка:

91910-11 Изследване на фибриноген
по преценка:

91910-40 Изследване за серумна електрофореза и лекарствено мониториране

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
по преценка:
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод
Кодирай също когато е направена:
- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])

• временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741]

96199-08Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: *хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])*

96199-03Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (от които едната задължително е 11000-00 електроенцефалограма) и две основни терапевтични процедури посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Педиатрия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология/детска неврология или Клиника/отделение по педиатрия
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво *
4. ЕЕГ – кабинет (апарат)

***-** В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар - специалист по нервни болести: за структури II ниво на компетентност - двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести” за клиника/отделение по неврология

- детски невролог или лекар - специалист по нервни болести за клиника/отделение по детска неврология или

лекар-специалист по педиатрия, с опит в областта на детската неврология, работещ в

детска неврологична клиника/отделение;

- лекар – специалист по анестезиология и интензивно лечение или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания

- лекар – специалист по педиатрия.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. За ЕЕГ: невролог/детски невролог или специалист по педиатрия, профилиран в детската неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електроенцефалография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести").

2. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

А.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

• епилептичен статус (продължаващ над 30 мин. единствен пристъп или серия от пристъпи, между които съзнанието не се възстановява);

• епилепсия, с чести и продължаващи над 10 мин. епилептични припадъци.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Епилептичният статус е *продължаващ над 30 мин. единствен пристъп или серия от пристъпи, между които съзнанието не се възстановява*. Възниква у болни с епилепсия при грешки в лечението, внезапно преустановяване на лечението, интеркурентни заболявания (33%) или е *симптоматичен* (при 33% в хода на мозъчен инсулт, аноксия, черепно-мозъчна травма, инфекция на ЦНС, метаболитни нарушения, алкохолна абстиненция, тумор, медикаментозна интоксикация); с неясна етиология е при 33%. Като епилептичен статус се третират пациентите с продължаващи над 10 мин. епилептични пристъпи.

Задължителни диагностични методи*:*

ЕЕГ или ЕЕГ-мониториране, КТ (нативен или с контраст) и/или МРТ; изследвания за уточняване на чернодробните и бъбречни функции, изследване на серумни нива на АЕМ (при прием на валпроат, карбамазепин и фенитоин) – съгласно Консенсус за диагностика и лечение на епилепсията.

Допълнителни диагностични методи (при необходимост): доплерова сонография, мозъчна ангиография; вирусологични и/или микробиологични изследвания.

ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПТИЧНИЯ СТАТУС

2.1. Лечението на конвулсивния епилептичния статус (ЕС) се провежда в клиника/отделение за интензивно лечение:

• Осигуряване на проходимост на дихателните пътища; подържане на дишането, артериалното налягане и циркулацията; осигуряване на венозен път; мониториране на телесната температура, АН, ЕКГ и дихателната функция.

• Изследване на серумни електролити, пълна кръвна картина, урея, кръвна захар, АКР и газов състав на кръвта, чернодробни функции, нива на антиконвулсанти, алкохол, токсикологичен скрининг и съответна корекция.

• Витамини (при деца и Vit B6), болусно въвеждане на глюкоза (40% 60 мл), при възможна алкохолна интоксикация или хипогликемия, кислородотерапия.

АНТИКОНВУЛСАНТИ

1. Diazepam – венозно - 0,2 mg/kg (за деца - 0,3 mg/kg) или ректално 5-10 mg (за деца 0,5 mg/kg); повтаряне на дозата след 30 мин, за 1 час - до 60 mg, за 24 часа - до 200 mg при готовност за оротрахеална интубация. Купирането на пристъпа е в пропорционална зависимост от скоростта на въвеждане на Diazepam, но при бързото венозно въвеждане съществува риск от депресия на дишането и артериална хипотония, което налага готовност за асистирано дишане.

2. Clonazepam 0,05 mg/kg (2 mg) бавно i.v., повтаряне след 30 мин, за 1 час до 3 mg, за 24 часа - до 15-18 mg.

•**VPA** - 15-20 mg/kg болус i.v. (50 mg/мин), поддържаща доза 1 mg/kg/час

•**Phenytoin** - натоварване - 20 mg/kg бавно i.v. (50 mg/мин), за 24 часа - до 2000 mg; Предимство - дълготрайно действие.

При ЕС, продължаващ над 60 мин. - въвеждане в наркоза (при интубиран болен):

•**Midazolam** натоварваща доза - 0,15-0,20 mg/kg (<0,4 mg/мин), поддържаща - 0,1-0,4 mg/kg/час.

•**Tiopental Na** 5-6 mg/kg до 500 mg бавно i.v. за 3-5 мин. и поддържане с 1-5 mg/kg/час до поява на ЕЕГ патерн на потиснати залпове.

•**Propofol** натоварваща доза- 1-2 mg/kg, поддържаща- 3-10 mg/kg/час.

ЛЕЧЕНИЕ НА УСЛОЖНЕНИЯТА НА ЕС

- на рабдомиозита - поддържане нормална диуреза с водно-солеви разтвори за предпазване от бъбречна недостатъчност, на хипертермията, на мозъчния оток – съчетание на хипервентилация с Mannitol, кортикостероиди, на съпътстващи инфекции- антибиотична терапия. Поддържане на сърдечно-съдовата функция, при хипотония – Dopamine i.v.

- ***На мозъчния оток*** – съчетание на хипервентилация с Mannitol, кортикостероиди;
- ***На рабдомиозита*** - поддържане нормална диуреза с водно-солеви разтвори за предпазване от бъбречна недостатъчност; *на хипертермията*;
- ***На съпътстващи инфекции*** - антибиотична терапия, но не антибиотици, повишаващи гърчовата готовност;
- ***Поддържане на сърдечно-съдовата функция*** – при хипотония – Dopamin i.v.

Корекция на провежданото антиепилептично лечение преди възникване на епилептичния статус (промяна на дозата, вида на АЕМ) или въвеждане на АЕМ, съобразен с вида на припадъка, епилептичния синдром, възрастта на пациента, наличието на придружаващи соматични заболявания, ЕЕГ.

2.2. Лечение на неконвулсивния епилептичен статус:

- Осигуряване на венозен път; мониториране на телесната температура.
- Изследване на серумни електролити, пълна кръвна картина, урея, кръвна захар, АКР и газов състав на кръвта, чернодробни функции, нива на антиконвулсанти, алкохол, токсикологичен скрининг и съответна корекция.

Бензодиазепини

- Валпроати
- Кортикостероиди, АСТН

• Корекция на провежданото антиепилептично лечение преди възникване на епилептичния статус (промяна на дозата, вида на АЕМ) или въвеждане на АЕМ, съобразен с вида на припадъка, епилептичния синдром, възрастта на пациента, наличието на придружаващи соматични заболявания, ЕЕГ.

АНТИЕПИЛЕПТИЧНИ МЕДИКАМЕНТИ. Прилагат се като монотерапия или рационална политерапия, адекватно на типа на епилепсията, на типа на припадъците, възрастта, теглото на пациента и придружаващите соматични заболявания (чернодробни, бъбречни, кръвни и т.н).

НАЧАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЕПИЛЕПСИЯТА:

МОНОТЕРАПИЯ - с медикамент от първи избор, съобразно типа на епилепсията и типа припадъци до достигане на оптимална доза. **МЕДИКАМЕНТИ НА ПЪРВИ ИЗБОР за всички епилепсии** - генерализирани или парциални, са Valproate или Carbamazepine, а при ГТКП и Phenytoin. При липса на ефект от лечението, непоносимост или странични реакции се преминава към **II МОНОТЕРАПИЯ.**

При пациенти с повече от един тип пристъпи (наличие и на абсанси, атонични и миоклонични пристъпи), средства на първи избор са широкоспектърни медикаменти - могат да се прилагат като монотерапия при специални състояния (детско-юношеска възраст, млади жени и бременни, когнитивен дефицит).

ПОЛИТЕРАПИЯ - при неповлияващи се болни от монотерапия с 2 АЕМ - чести, тежки парциални пристъпи, полиморфни пристъпи, специфични синдроми и епилептични енцефалопатии (темпорално-дялова епилепсия при мезиотемпорална склероза, тежката миоклонична епилепсия, синдромът на West, синдромът на Lennox-Gastaut). При **РАЦИОНАЛНА ПОЛИТЕРАПИЯ** се използват комбинации от медикаменти с различен механизъм на действие. Новите АЕМ се прилагат като добавена терапия при генерализирани и парциални пристъпи и при изявени странични ефекти, органна недостатъчност и при особени състояния - бременност, интелектуален дефицит, старческа възраст.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнестичните данни, соматичния и неврологичен статус, проведените параклинични изследвания и клиничния ход на заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- **изясняване на причината и овладяване на епилептичния статус;**
- **подобряване на епилептичния синдром и соматичното състояние;**
- **определяне на терапевтичен план.Довършване на лечебния процес и проследяване**

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. **ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА** се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. **ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ** – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Припадъците могат да бъдат епилептични при епилепсия или при остри разстройства на структурата и метаболизма на мозъка, и неепилептични (психогенни или при други заболявания като разстройства на съня, синкопи).

За точното определяне на типа на припадъците, поставяне на диагнозата, според изброените по-горе възможности, и съответно лечение, са необходими целенасочени изследвания и консултации:

- ЕЕГ;
- компютърна томография, включително с контраст;
- магнитно-резонансна томография;
- доплерова сонография;
- ангиография при необходимост;
- ЕКГ; ЕКГ- 24-часово мониториране;
- вегетологични изследвания, проби с натоварване;
- биохимични изследвания на кръв и урина;
- хормонални изследвания (при необходимост);
- серумни нива на антиконвулсанти;
- генетични изследвания;
- консултации с офталмолог, с интернист/кардиолог, психолог;
- консултации с психиатър (при необходимост), с неврохирург (при необходимост), с инфекционист (при необходимост), с токсиколог (при необходимост).

Епилепсията е заболяване с епизодично нарушение във функциите на ЦНС, което се характеризира с конвулсивни (гърчови) или неконвулсивни (негърчови) клинични прояви, причинено от съчетанието на вродени и придобити промени в нервната система. Дължи се на свръхмерни, внезапни и преходни разряди на нервни клетки и възникване на епилептични припадъци. Видът на припадъка зависи от местоположението на възбудените нервни клетки в мозъка и разпространението на възбудния процес. *Като хронично неврологично заболяване диагноза* епилепсия *се поставя при наличие най-малко на два спонтанни епилептични припадъка*. Един припадък не е епилепсия; остро провокиран припадък или припадъци, възникнали при висока температура в детска възраст, след безсънни нощи, при нарушение на метаболизма, алкохолна или медикаментозна злоупотреба, мозъчен инсулт, тежка черепно-мозъчна травма също не са епилепсия. Епилептичният припадък е основна изява на заболяването. Той се проявява стереотипно с двигателни, сетивни, вегетативни или психични прояви, като съзнанието може да е променено. Припадъците започват внезапно и най-често спонтанно прекъсват. Могат да бъдат последвани от сънливост и объркване. Думата "припадък" често се употребява и за други състояния като синкоп, психогенни или нервни кризи, нощни страхове и др. Налице е явна зависимост между честотата на епилепсията и възрастта на пациента. Най-често епилепсията възниква в детска и юношеска възраст, като честотата отново се увеличава след 50 годишна възраст във връзка със зачестяване на симптомната епилепсия (при мозъчно-съдова болест, тумори на централната нервна система и др.). Епилептичните припадъци се разделят на:

1. Парциални (огнищни) - свързани с начало на разряда от определена група неврони в мозъчната кора – най-често от слепоочната кора или от челната кора. При парциалните прости припадъци съзнанието е запазено, докато при парциалните комплексни то е променено. Тези припадъци могат да прераснат в големи тонично-клонични припадъци.

2. Първично-генерализирани припадъци - симетрични двустранно и без огнищно начало и със загуба на съзнание. Те могат да бъдат *конвулсивни и неконвулсивни*. Генерализираните тонично-клонични припадъци са известни като "*големи припадъци" (grand mal*). При тях пациентите внезапно падат, крайниците им ритмично потрепват, дишането е затруднено, може да се прехапе езика или да има изпускане по нужда, цветът на лицето е блед до леко посиняване около устата. *Малките припадъци (абсанси*) протичат без гърчове, без падане, само с краткотрайно изключване на съзнанието, втренчване на погледа или примигване. Започват най-често в детска възраст (3 - 8 г.). При атоничните пристъпи болните могат внезапно да паднат и бързо се изправят.

Съвременните изследвания позволяват изясняване на механизмите, диференциране на разрядите и вида на припадъците, уточняване на причините, протичането на заболяването и евентуалните усложнения, и са необходима база за изработване на индивидуална терапевтична програма. Разграничават се леки и тежки форми, доброкачествени и прогресиращо протичащи, лечими и резистентни на лечение. Основно изследване е ЕЕГ (електроенцефалография), което е безвредно и позволява уточняване на диагнозата и контрол на провежданото лечение. Дава информация за функционалното състояние на централната нервна система. Невроизобразяващите методики - компютърна томография на мозъка и магнитно-резонансните техники са необходими за уточняване на структурни увреди в главния мозък. **Сериозно усложнение на епилепсията е епилептичният статус –** характеризира се с припадък или серия от припадъци с продължителност над 30 мин. Като заплашващо живота състояние, епилептичният статус във всички случаи налага болнично лечение по спешност – в неврологична клиника с легла за интензивно лечение и реанимация или в ОАРИЛ. В последните години намалява честотата на епилептичните статуси поради по-добрата диагностика и лечение на епилепсията.

Прогнозата за контрол на припадъците е добра. При 70-80% от пациентите с епилепсия припадъците се преустановяват, при около 50% - трайно и след преустановяването на лечението. При около 20% припадъците се повтарят и лечението е по-трудно. Това са обикновено случаи с повече от един вид припадъци, при симптомни епилепсии, при неврологични или психични нарушения.

Лечението се провежда от специалист невролог или невролог, специализиран за детската възраст (педиатър с неврологична насоченост). Съществуват десетки медикаменти с различни механизми на действие. Лечението се провежда продължително, с редовен прием на медикаменти, най-малко 2 г. след последния припадък. Прекъсва се само от лекуващия лекар, по определена схема с много бавно постепенно намаляване на дозировките при контрол на ЕЕГ. При някои доброкачествени форми на епилепсия, при много редки, нощни припадъци, след обсъждане с пациента или родителите може да се прецени да не се провежда лечение.

Фактори, които могат да причинят зачестяване на припадъците са: употреба на алкохол, недостиг на сън, трепкаща светлина (дискотеки, телевизия, компютърни игри), менструация, внезапно прекратяване на лечението.

Съществуват ограничения за някои професии (работа на височина, близко до огън, с необезопасени машини, отровни и запалителни материали, оръжия). Неподходящи професии са: пилоти, пожарникари, водачи на моторни превозни средства и др. Може да се спортува, без някои определени спортове като алпинизъм, подводен спорт, бокс, карате, ветроходство, парашутизъм, стрелба. Къпане с душ е за предпочитане пред това във вана, плуването да бъде винаги с придружител. Не е желателно излагане на слънце, сауни, термални бани. Децата с добър контрол на припадъците посещават общообразователните училища. В периода на активно лечение се отлагат имунизациите за дифтерия-тетанус-коклюш (но не и дифтерия-тетанус!). Ограничаването на телевизия, компютърни игри, посещение на дискотеки зависи от формата на епилепсията. Според закона у нас, по време на активна епилепсия и лечение с антиепилептични средства, пациентът няма право да шофира. Управлението на МПС е допустимо 3-6 мес. след единичен припадък при неврологично здрави индивиди, 6 мес. след единичен припадък, съпътстващ инсулт или неврохирургична интервенция, анамнеза над 5 г. само за нощни припадъци, 2 г. период на лечение без припадъци.

Организация на лечението на болните с епилепсия:

Личният лекар осъществява преглед, назначава изследване на кръв, насочва за консултация с невролог (за детска възраст - невролог, или педиатър със специализация за детска неврология). Специалистът невролог след преценка на изследванията и консултациите, назначени от него при необходимост, диагностицира заболяването и провежда лечението амбулаторно.

При необходимост от спешно болнично лечение - епилептичен статус, чести, тежки епилептични припадъци, припадъци при висока температура, пряко или чрез ЦСМП, се осигурява лечение в специализирано неврологично отделение. При необходима планова хоспитализация, специалистът невролог насочва с подготвените от него документи. При болничното лечение на епилепсията специалистът - невролог осъществява преглед и насочване за изследвания: ЕЕГ, КТ на главен мозък, МРТ, ЕКГ, изследване на очни дъна и др. при необходимост, което ще даде информация за вида на припадъка и неговите причини. Назначава се режим, намаляващ рисковете от повторни припадъци; осъществява се динамично наблюдение на пациента от лекуващия и дежурния екип; проследяват се динамично лабораторните показатели и функционалните изследвания - кръвна картина, показатели на дихателната, сърдечно-съдовата, чернодробната и бъбречната функция, серумните нива на медикаментите. Провежда се противоепилептично лечение, съобразено с получените показатели, което при необходимост може своевременно да бъде коригирано; своевременно се диагностицират и лекуват настъпили усложнения на заболяването. Провеждат се допълнителни инструментални изследвания - рентгенови, неврофизиологични и др.; при необходимост може да се вземе решение за оперативно лечение в някои случаи на симптомна епилепсия и при неповлияващи се от прилаганото медикаментозно лечение, вкл. със съвременни противоепилептични средства.

КП № 64 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС И МИАСТЕННИ СИНДРОМИ
КП № 64.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС И МИАСТЕННИ СИНДРОМИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Myasthenia gravis и други увреждания на нервно-мускулния синапс
Не включва: ботулизъм (A05.1)
преходна неонатална Myasthenia gravis (P94.0)

G70.0 Myasthenia gravis
Ако болестта е предизвикана от лекарствено средство, за неговото идентифициране се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.1 Токсични увреждания на нервно-мускулния синапс
При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.2 Вродена или придобита миастения

G70.8 Други увреждания на нервно-мускулния синапс

Увреждания на нервно-мускулния синапс и мускулите при болести, класифицирани другаде

G73.0* Миастенни синдроми при ендокринни болести
Миастенни синдроми при:
- диабетна амиотрофия (E10—E14† с общ четвърти знак .4)
- тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм] (E05.—†)

G73.1* Синдром на Eaton-Lambert (C80†)

G73.2* Други миастенни синдроми при новообразувания (C00—D48†)

G73.3* Миастенни синдроми при болести, класифицирани другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката **G73** не могат да се използват като самостоятелни диагнози, а изискват основна диагноза, обозначена със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва:компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:

• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
• на ≥ 1 мускул(и)
• използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741]

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При доказана миастения гравис, КТ или МРТ на медиастинум се прави по преценка, съобразно състоянието.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво *
4. Кабинет (апарат) по ЕМГ

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”.

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести").

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Диагностично уточняване на миастения гравис и миастенни синдроми при:

- данни за патологична мускулна уморяемост - генерализирана, очедвигателна или булбарна;
- положителен простигминов тест;
- ЕМГ данни за нарушено нервно-мускулно предаване;
- новородени на майки с миастения гравис и симптоми на мускулна хипотония, слаб плач, респираторни затруднения.

Лечение на миастенна криза при:

- доказана миастения гравис - влошаване, необходимост от промяна в терапията или започване на имуносупресивно лечение;
- Миастенен синдром на Lambert - Eaton (паранеопластичен при злокачествени заболявания и автоимунен);
- лекарствено-индуциран миастенен синдром;
- миастенен синдром при интоксикации с фосфорорганични съединения;
- миастенен синдром при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.;
- миастенен синдром при ботулизъм;
- неонатална миастения;
- конгенитална миастения;
- други миастенни синдроми.

Болните с неизяснени миастенни синдроми се хоспитализират в университетски клиники, където се провеждат и следните диагностични тестове по преценка:

- ЕМГ – за миастенна реакция и за изключване на миогенна, преднорогова или периферонервна увреда
- Простигминов/ пиридостигминов тест
- Титър на антителата към ацетилхолиновите рецептори
- КТ/МРТ на медиастинума с оглед установяване на хиперплазия на тимуса или тимом
- Мускулни ензими – КК, алдолаза
- ПКК и биохимия, вкл. електролити
- Функционално изследване на дишането
- Имунологични изследвания за изключване на асоциация с други автоимунни заболявания (антинуклеарни антитела, ревматоиден фактор и др.)
- Хормонални изследвания – тиреоидни хормони, стероидни хормони за изключване на хипокортицизъм и хипералдостеронизъм
- При миастенен синдром на Lambert-Eaton - рентгенография и КТ на белия дроб, ехография и КТ на коремните органи и други изследвания за търсене на първичен карцином, изследвания за органоспецифични автоимунни заболявания като тиреоидит на Хашимото, пернициозна анемия и др.

- При очедвигателни нарушения – КТ/МРТ на глава вкл. и орбити за изключване на интракраниални или орбитални неоплазми, множествена склероза, съдова патология (МРТ-ангиография, конвенционална ангиография)
- Биопсия на мускул – при съмнение за полимиозит, васкулит, конгенитална миастения, миопатия вкл. митохондриална и метаболитни миопатии
- При булбарни нарушения – КТ/МРТ на черепната база, лумбална пункция и пълно ликворологично изследване вкл. за туморни клетки
- Скринингово токсикологично изследване
- Скринингово изследване за порфирини

Диагностично-лечебният процес в болницата включва поставяне на диагнозата миастения или уточняване етиологията на миастенния синдром, установяване състоянието на тимусната жлеза, определяне на тежестта на миастенните нарушения, заплахата или наличието на булбарни и дихателни нарушения, уточняване на терапевтичната схема.

Формата и тежестта на миастения гравис се определят съгласно международно приетата класификация на K. Osserman и G. Genkins (1971)

I. Очна миастения – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. А. Лека генерализирана миастения – бавна прогресия, без кризи, отговаря на терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници отговарящи на условията по НРД и КП.

II. Б. Умерено тежка генерализирана миастения - изразени булбарни прояви, слабост и в скелетните мускули, но без кризи, недостатъчен ефект от терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници отговарящи на условията по НРД и КП, но където има и интензивно отделение.

III. Остра фулминантна миастения – бърза прогресия, изразени миастенни прояви с респираторни кризи, лош ефект от терапията, обикновено се открива тимом – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници отговарящи на условията по НРД и КП.

IV. Късна тежка генерализирана миастения – прогресия от клас I към клас II за 2 години, изразени булбарни прояви и кризи. – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

В хода на диагностичния и лечебния процес пациентът може да премине от една степен на тежест на миастенните нарушения в друга и съответно на това се променя вида на лечебното отделение (общо неврологично, интензивно, хирургично за тимектомия) и времето на болничния престой.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (ПКК и електролити) се взема до 24 час от началото на хоспитализацията. Образни и инструментални изследвания се извършват до третия ден от началото на хоспитализацията.

ЛЕЧЕНИЕ НА ЛЕКА И УМЕРЕНО ТЕЖКА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС АЦЕТИЛХОЛИНЕСТЕРАЗНИ ИНХИБИТОРИ

- при всички миастенни синдроми;
- начално лечение на миастения гравис;
- възможно самостоятелно лечение при леките форми на болестта.

Медикамент на избор:

Pyridostigmine bromide

Начало на лечението с 30-60 мг, три четири пъти дневно per os, като дозата може постепенно да се увеличи до 60-90 mg, 4-6 пъти дневно, според дефекта и поносимостта. Уместно е дневната доза да се разпределя според нуждите на пациента (напр. 30 мин. преди хранене при пациенти с леки затруднения в гълтането). За преценка на необходимата и ефективна дозировка на пиридостигмин в определено време на денонощието е уместно използване на скала за тестуване на миастенно болен, непосредствено преди, както и 30-60 минути след приемане на медикамента.

КОРТИКОСТЕРОИДИ

Индикации:

- за лечение на умерено тежка и тежка миастения гравис;
- понякога при леко заболяване, например очна форма, което не отговаря на лечение с антихолинестеразни средства;
- при липса на ефект от тимектомия.

При спиране, особено рязко, почти всички болни се влошават, ако са без други имуносупресори.

При по-тежките форми на болестта се започва от високи дози, за предпочитане в условия на клиника, разполагаща с интензивни легла и възможност за евентуална респираторна реанимация, предвид възможността за влошаване на фона на високите дози кортикостероиди, най-често през първите десет дни.

Съпътстващо лечение гастропротектор и /или инхибитори на протонната помпа;

Калий съхраняващ диуретик.

AZATHIOPRINE

Индикации:

- за продължителна имуносупресия, когато не е необходим бърз ефект;
- като допълнителна имунна терапия при бавно настъпващ и недостатъчен ефект от кортикостероидите;
- съвместно с кортикостероиди, с оглед намаляване дозировката и страничните им ефекти;
- при болни със сериозни контраиндикации за приложение на кортикостероиди.

Дозировка: Започва се с 50 mg сутрин и при поносимост, след около една седмица постепенно се увеличава до доза 2.5 – 3 mg/kg/d p.o. Поддържаща доза 1-2 mg/kg/d.

Необходимо е мониториране на кръвна картина и чернодробни ензими средно на две седмици, особено при по-високите дозировки.

CYCLOSPORIN

Индикации:

- имуносупресивна терапия за по-бърз ефект, особено при рефрактерна на други медикаменти миастения гравис.

Дозировка: 2 x 2.5 mg/kg/d p.o.

Мониторират се плазмени нива на препарата, кръвно налягане, урея и креатинин.

ТИМЕКТОМИЯ

Индикации:

- генерализирана миастения гравис при болни от пубертетна до 60 годишна възраст

(без стриктно спазване на възрастовите ограничения); - абсолютна индикация при установен тимом.

Наложително е оптимизиране на състоянието на пациента преди тимектомията. При тежка миастения гравис – предварителна подготовка с имуносупресивна терапия, плазмафереза и интравенозен човешки имуноглобулин (дозировка 2g/kg за 2 или 5 последователни дни). При леки форми на миастения гравис се предпочита провеждането на тимектомия преди започване на имуносупресивно лечение, поради риска от инфекции и други усложнения.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕНЕН СИНДРОМ НА LAMBERT-EATON

Провеждат се изследвания за откриване на първичния карцином, най-често белодробен дребноклетъчен карцином и при данни за неоплазма се провежда оперативно лечение, лъчетерапия, химиотерапия. При негативни данни за карцином пациентите се проследяват в следващите години, тъй като миастенният синдром може да предшества клиничната изява на карцинома с няколко години. Лечението е симптоматично с антихолинестеразни средства, 3,4-diaminopyridine и имунотерапия с кортикостероиди, азатиоприн, плазмафереза, имуноглобулини при автоимунен синдром на Lambert-Eaton.

ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕНЕН СИНДРОМ ПРИ БОТУЛИЗЪМ

Пациентът се хоспитализира в интензивно отделение и се мониторират виталните функции. Прави се стомашна промивка, инфузии на водно-електролитни разтвори и се инжектира тривалентен антисерум венозно 500 мл и при прогресия още 250 мл след 4-6 часа. Преди това се прави интрадермална проба за хиперсензитивност. При спадане на ФВК под 30% пациентът се интубира и поставя на автоматичен респиратор.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, направените неврофизиологични, образни и имунологични изследвания, клиничния ход на заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

- диагностично и етиологично изясняване, уточнена терапевтична схема, подобрение на мускулната уморяемост и соматичното състояние;
- при по-тежките форми - след компенсиране на миастенните разстройства и преминаване към перорална терапия с антихолинестеразни средства и поддържащи дози имуносупресивна терапия.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

-*"История на заболяването";*

-част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

-епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. **ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ –** подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

СКАЛА ЗА ОБЕКТИВНА ОЦЕНКА НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

Име на пациента:.....

Години:..... **Медикамент:**..... **Лекар:**.....

Тест	Точки	Дата и час							
Проба на Баре (1 т. за 10 сек.)	0 – 15								
Проба на Мингацини (1 т. за 5 сек.)	0 – 15								
Повдигане на главата: невъзможно с/у собствена тежест с/у съпротива	 0 5 10								
Самостоятелно ставане от легнало положение: невъзможно възможно	 0 10								
Нарушения на окуломоториката: диплопия птоза норма	 0 5 10								
Затваряне на клепачите: без покриване на корнея с покриване на корнея signe de cils норма	 0 5 7 10								
Дъвчене: невъзможно лошо норма	 0 5 10								
Гълтане: невъзможно затруднено норма	 0 5 10								
Говор: невъзможен носов норма	 0 5 10								
Медикация									
Витален капацитет									
Дихателна честота									

МЕДИКАМЕНТИ, КОИТО МОГАТ ДА ВЛОШАТ ПРОТИЧАНЕТО НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АНТИБИОТИЦИ И ХИМИОТЕРАПЕВТИЦИ
Аминогликозиди Линкомицин/Клиндамицин Тетрациклини Макролиди Флуороквинолони Сулфонамиди
АНЕСТЕТИЦИ
Средства, блокиращи нервно-мускулното предаване

Лидокаин Прокаин
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ МЕДИКАМЕНТИ
Бета блокери Калциеви антагонисти Прокаинамид Хинидин
БЕНЗОДИАЗЕПИНИ
ДРУГИ
Барбитурати Фенитоин Невролептици Магнезиеви препарати Литиеви препарати Кортикостероиди във високи дози Йодни контрастни средства Хинин (включително в тоник)

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Миастения гравис е автоимунно заболяване на нервно-мускулното съединение, което се характеризира с нарушение в предаването на импулсите от нервите към мускулите. Заболяването се среща във всички възрасти, като при жените преобладава в по-млада възраст, а при мъжете – в по-напреднала възраст. Характеризира се с развитие на мускулна слабост в началото в определени мускулни групи – очни мускули (падане на клепачите и двойно виждане), гълтателните и говорните мускули (смущение в храненето и говоренето, задавяне, попадане на храна в трахеята и опасност от развитие на аспирационни пневмонии). Засягат се и мускулите на раменния и тазовия пояс, с поява на умора при повдигане на ръцете и умора в краката при изкачване на стълби и по-късно при ходене. За тези нарушения е характерно, че тежестта им се колебае в различните часове на денонощието, като обикновено в следобедните и вечерните часове са по-силно изразени. Понякога заболяването може рязко да се влоши с развитие на дихателна недостатъчност и опасност от смъртен изход, напр. при температурно заболяване, физическо обременяване, операция, раждане, прием на някои медикаменти и др. В тези случаи е необходимо спешно постъпване в интензивно отделение за изкуствена белодробна вентилация и реанимация.

Причината за миастения гравис, както и за другите автоимунни заболявания не е ясна. Установена е със сигурност ролята на тимусната жлеза за развитието на заболяването. Това се потвърждава с установяването на увеличение на жлезата (хиперплазия) или на тумор на тимуса (тимом) при компютърна томография. В тези случаи се предприема оперативно отстраняване на тимусната жлеза (тимектомия). Резултатите са по-добри при тимектомия в ранните стадии на заболяването.

Когато няма данни за увеличение на тимуса или пациентът е много възрастен с придружаващи заболявания, които увеличават риска от оперативното лечение, се провежда консервативно лечение с кортикостероиди и имуносупресори. Същото лечение се прилага и при недостатъчен ефект от тимектомията. Лечението с кортикостероиди е продължително и е свързано с много странични прояви, което изисква започването му в болница с последващо проследяване на схемата на лечение и предотвратяване на страничните прояви. При недостатъчен ефект или при изразени странични прояви от кортикостероидите се преминава на консервативно лечение с имуносупресивни средства, които може да имат значителни странични прояви. Такива препарати са азатиоприн и циклоспорин.

При влошаване на миастенната слабост, особено в дихателните и гълтателните мускули, се предприема т.нар. плазмафереза – обмяна на част от кръвната плазма на пациента за отстраняване на антителата или се прави интубация и изкуствена белодробна вентилация. В тези случаи пациентът се хоспитализира в отделение за интензивно лечение и реанимация. При рефрактерна на лечение миастения се провежда и интермитентна терапия с високи дози имуноглобулини венозно в курсове от 5 последователни дни.

Симптоматичното лечение на миастенните нарушения се провежда с лекарства, които подобряват нервно-мускулното провеждане – антихолинестеразни средства. Те се приемат през няколко часа през устата, а при невъзможно гълтане се прилагат инжекционно. При предозиране на тези медикаменти има опасност от развитие на блок в нервно-мускулното предаване – т.нар. холинергична криза. Пациентите, които са на високи дози антихолинестеразни препарати също се хоспитализират, проследяват и при холинергична криза се интубират и включват на изкуствена белодробна вентилация.

При навременно и правилно лечение е възможно постигане на пълна ремисия с възстановяването на работоспособността или частични ремисии с възможност за ограничена работоспособност.

Освен миастения гравис има и други заболявания, които се дължат на блокиране на предаването в нервно-мускулното съединение – напр. при ботулизъм, който се дължи на консумация на недобре консервирани продукти. Понякога при злокачествени заболявания на белия дроб и по-рядко на други органи, също се развива миастенна мускулна слабост. Някои лекарства нарушават нервно-мускулното предаване – т.нар. лекарствена миастения (напр. някои антибиотици, антиаритмични средства, диазепам и др.) Затова болните с миастения не бива да се самолекуват и трябва винаги да се съветват с лекар за новите лекарства. Миастенна мускулна слабост с опасност от дихателна недостатъчност се развива и при някои интоксикации (напр. с инсектициди и при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.).

Отказът от постъпването в болница при съмнение за миастения гравис и други миастенни заболявания крие рискове от неточност в диагнозата и провеждане на неадекватно лечение, което дори може да бъде опасно и да влоши допълнително мускулната слабост с опасност от дихателна недостатъчност.

Преди хоспитализацията Вие ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Ще имате възможност да задавате въпроси и да коментирате информацията с общопрактикуващия лекар, с невролога от извънболничната медицинска помощ или с лекаря в приемния кабинет.

По време на болничния престой ще бъдат направени изследвания за изясняване на Вашата диагноза и за определяне тежестта на заболяването и ще започне необходимото симптоматично, имуносупресивно и оперативно лечение. При опасност от дихателна недостатъчност ще бъдете преведен или приет директно в отделение за реанимация и интензивно лечение.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение за провеждане на необходимите диагностични и лечебни процедури. Ако по време на лечението желаете да прекратите същото, трябва да изразите това желание в писмена форма, като по този начин освобождавате от отговорност лекуващия ви екип за по - нататъшното ви здравословно състояние.

КП № 64 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС И МИАСТЕННИ СИНДРОМИ
КП № 64.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС И МИАСТЕННИ СИНДРОМИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Myasthenia gravis и други увреждания на нервно-мускулния синапс
Не включва: ботулизъм (A05.1)
преходна неонатална Myasthenia gravis (P94.0)

G70.0 Myasthenia gravis
Ако болестта е предизвикана от лекарствено средство, за неговото идентифициране се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.1 Токсични увреждания на нервно-мускулния синапс
При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.2 Вродена или придобита миастения

G70.8 Други увреждания на нервно-мускулния синапс

Увреждания на нервно-мускулния синапс и мускулите при болести, класифицирани другаде

G73.0* Миастенни синдроми при ендокринни болести
Миастенни синдроми при:
- диабетна амиотрофия (E10—E14† с общ четвърти знак .4)
- тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм] (E05.—†)

G73.1* Синдром на Eaton-Lambert (C80†)

G73.2* Други миастенни синдроми при новообразувания (C00—D48†)

G73.3* Миастенни синдроми при болести, класифицирани другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката **G73** не могат да се използват като самостоятелни диагнози, а изискват основна диагноза, обозначена със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва:компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:

• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
• на ≥ 1 мускул(и)
• използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741]

ИНЖЕКЦИЯ ИЛИ ИНФУЗИЯ НА ДРУГО ЛЕЧЕБНО ИЛИ ПРОФИЛАКТИЧНО ВЕЩЕСТВО

Включва:
подкожна инжекция или инфузия с местно или общо действие
интрамускулна инжекция или инфузия с местно или общо действие
интравенозна инжекция или инфузия с местно или общо действие

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При доказана миастения гравис, КТ или МРТ на медиастинум се прави по преценка, съобразно състоянието.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“ (за деца до 18 години), от обхватат на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“ (за новородени до 28 ден).

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология или детска неврология или Неонатологична клиника/отделение от II и III ниво– само за новородени до 28 ден
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
2. Клинична лаборатория II ниво *
3. Кабинет (апарат) по ЕМГ

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести”

или

лекар със специалност по детска неврология

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28 дни за лечение на неонатална миастения:

- лекар със специалност по неонатология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести”).

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Диагностично уточняване на миастения гравис и миастенни синдроми при:

• данни за патологична мускулна уморяемост - генерализирана, очедвигателна или булбарна;

• положителен простигминов тест;

• ЕМГ данни за нарушено нервно-мускулно предаване;

• новородени на майки с миастения гравис и симптоми на мускулна хипотония, слаб плач, респираторни затруднения.

Лечение на миастенна криза при:

• доказана миастения гравис - влошаване, необходимост от промяна в терапията или започване на имуносупресивно лечение;

• Миастенен синдром на Lambert - Eaton (паранеопластичен при злокачествени заболявания и автоимунен);

• лекарствено-индуциран миастенен синдром;

• миастенен синдром при интоксикации с фосфорорганични съединения;

• миастенен синдром при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.;

• миастенен синдром при ботулизъм;

• неонатална миастения;

• конгенитална миастения;

• други миастенни синдроми.

Болните с неизяснени миастенни синдроми се хоспитализират в университетски клиники, където се провеждат следните диагностични тестове:

• ЕМГ – за миастенна реакция и за изключване на миогенна, преднорогова или периферонервна увреда

• Простигминов/ пиридостигминов тест

• Титър на антителата към ацетилхолиновите рецептори

• КТ/МРТ на медиастинума с оглед установяване на хиперплазия на тимуса или тимом

• Мускулни ензими – КК, алдолаза

• ПКК и биохимия, вкл. електролити

• Функционално изследване на дишането

• Имунологични изследвания за изключване на асоциация с други автоимунни заболявания (антинуклеарни антитела, ревматоиден фактор и др.)

• Хормонални изследвания – тиреоидни хормони, стероидни хормони за изключване на хипокортицизъм и хипералдостеронизъм

• При миастенен синдром на Lambert-Eaton - рентгенография и КТ на белия дроб, ехография и КТ на коремните органи и други изследвания за търсене на първичен карцином, изследвания за органоспецифични автоимунни заболявания като тиреоидит на Хашимото, пернициозна анемия и др.

• При очедвигателни нарушения – КТ/МРТ на глава вкл. и орбити за изключване на интракраниални или орбитални неоплазми, множествена склероза, съдова патология (МРТ-ангиография, конвенционална ангиография)

• Биопсия на мускул – при съмнение за полимиозит, васкулит, конгенитална миастения, миопатия вкл. митохондриална и метаболитни миопатии

• При булбарни нарушения – КТ/МРТ на черепната база, лумбална пункция и пълно ликворологично изследване вкл. за туморни клетки

• Скринингово токсикологично изследване

• Скринингово изследване за порфирини

Диагностичният процес в болницата включва поставяне на диагнозата миастения или уточняване на етиологията на миастенния синдром, установяване състоянието на тимусната жлеза, определяне на тежестта на миастенните нарушения, заплахата или наличието на булбарни и дихателни нарушения, уточняване на терапевтичната схема.

Формата и тежестта на миастения гравис се определят съгласно международно приетата класификация на K. Osserman и G. Genkins (1971)

I. Очна миастения – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. А. Лека генерализирана миастения – бавна прогресия, без кризи, отговаря на терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. Б. Умерено тежка генерализирана миастения - изразени булбарни прояви, слабост и в скелетните мускули, но без кризи, недостатъчен ефект от терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП, но където има и интензивно отделение.

III. Остра фулминантна миастения – бърза прогресия, изразени миастенни прояви с респираторни кризи, лош ефект от терапията, обикновено се открива тимом – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

IV. Късна тежка генерализирана миастения – прогресия от клас I към клас II за 2 години, изразени булбарни прояви и кризи – болнично лечение може да се осъществи в интензивна клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

В хода на диагностичния и лечебния процес пациентът може да премине от една степен на тежест на миастенните нарушения в друга и съответно на това се променя вида на лечебното отделение (общо неврологично, интензивно, хирургично за тимектомия) и времето на болничния престой.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Биологичен материал (ПКК и електролити за медико-диагностични изследвания) се взема до 24 часа от началото на хоспитализацията. Образни и инструментални изследвания се извършват до третия ден от началото на хоспитализацията.

ЛЕЧЕНИЕ НА ЛЕКА И УМЕРЕНО ТЕЖКА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АЦЕТИЛХОЛИНЕСТЕРАЗНИ ИНХИБИТОРИ

- при всички миастенни синдроми;
- начално лечение на миастения гравис;
- възможно самостоятелно лечение при леките форми на болестта.

Медикамент на избор:

Pyridostigmine bromide

Начало на лечението с 30-60 мг, три четири пъти дневно per os, като дозата може постепенно да се увеличи до 60-90 mg, 4-6 пъти дневно, според дефекта и поносимостта. Уместно е дневната доза да се разпределя според нуждите на пациента (напр. 30 мин. преди хранене при пациенти с леки затруднения в гълтането). За преценка на необходимата и ефективна дозировка на пиридостигмин в определено време на денонощието е уместно използване на скала за тестуване на миастенно болен, непосредствено преди, както и 30-60 минути след приемане на медикамента.

КОРТИКОСТЕРОИДИ

Индикации:

- за лечение на умерено тежка и тежка миастения гравис;
- понякога при леко заболяване, например очна форма, което не отговаря на лечение с антихолинестеразни средства;
- при липса на ефект от тимектомия.

При спиране, особено рязко, почти всички болни се влошават, ако са без други имуносупресори.

При по-тежките форми на болестта се започва от високи дози, за предпочитане в условия на клиника, разполагаща с интензивни легла и възможност за евентуална респираторна реанимация, предвид възможността за влошаване на фона на високите дози кортикостероиди, най-често през първите десет дни.

Съпътстващо лечение - гастропротектор и /или инхибитори на протонната помпа.

Калий съхраняващ диуретик.

AZATHIOPRINE

Индикации:

- за продължителна имуносупресия, когато не е необходим бърз ефект;
- като допълнителна имунна терапия при бавно настъпващ и недостатъчен ефект от кортикостероидите;
- съвместно с кортикостероиди, с оглед намаляване дозировката и страничните им ефекти;
- при болни със сериозни контраиндикации за приложение на кортикостероиди.

Дозировка: Започва се с 50 mg сутрин и при поносимост, след около една седмица постепенно се увеличава до доза 2.5 – 3 mg/kg/d p.o. Поддържаща доза 1-2 mg/kg/d.

Необходимо е мониториране на кръвна картина и чернодробни ензими средно на две седмици, особено при по-високите дозировки.

CYCLOSPORIN

Индикации:

- имуносупресивна терапия за по-бърз ефект, особено при рефрактерна на други медикаменти миастения гравис.

Дозировка: 2 x 2.5 mg/kg/d p.o.

Мониторират се плазмени нива на препарата, кръвно налягане, урея и креатинин.

ТИМЕКТОМИЯ

Индикации:

- генерализирана миастения гравис при болни от пубертетна до 60 годишна възраст (без стриктно спазване на възрастовите ограничения);
- абсолютна индикация при установен тимом.

Наложително е оптимизиране на състоянието на пациента преди тимектомията. При тежка миастения гравис – предварителна подготовка с имуносупресивна терапия, плазмафереза и интравенозен човешки имуноглобулин (дозировка 2g/kg за 2 или 5 последователни дни). При леки форми на миастения гравис се предпочита провеждането на тимектомия преди започване на имуносупресивно лечение, поради риска от инфекции и други усложнения.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕНЕН СИНДРОМ НА LAMBERT-EATON

Провеждат се изследвания за откриване на първичния карцином, най-често белодробен дребноклетъчен карцином и при данни за неоплазма се провежда оперативно лечение, лъчетерапия, химиотерапия. При негативни данни за карцином пациентите се проследяват в следващите години, тъй като миастенният синдром може да предшества клиничната изява на карцинома с няколко години. Лечението е симптоматично с антихолинестеразни средства, 3,4-diaminopyridine и имунотерапия с кортикостероиди, азатиоприн, плазмафереза, имуноглобулини при автоимунен синдром на Lambert-Eaton.

ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕНЕН СИНДРОМ ПРИ БОТУЛИЗЪМ

Пациентът се хоспитализира в интензивно отделение и се мониторират виталните функции. Прави се стомашна промивка, инфузии на водно-електролитни разтвори и се инжектира тривалентен антисерум венозно 500 мл и при прогресия още 250 мл след 4-6 часа. Преди това се прави интрадермална проба за хиперсензитивност. При спадане на ФВК под 30% пациентът се интубира и поставя на автоматичен респиратор.

ЛЕЧЕНИЕ НА НЕОНАТАЛНА МИАСТЕНИЯ

Дължи се на трансплацентарен пренос на антитела. Наблюдава се в 10-15% от новородените на майки с миастения. Преминава за 2-4 седмици. Новороденото се наблюдава до 72-я час след раждането и при затруднение в сученето, гълтането, дишането се назначават антихолинестеразни средства през назогастралната сонда. В по-тежки случаи се извършва плазмафереза.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, направените неврофизиологични, образни и имунологични изследвания, клиничния ход на заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

• диагностично и етиологично изясняване, уточнена терапевтична схема, подобрение на мускулната уморяемост и соматичното състояние;

• при по-тежките форми - след компенсиране на миастенните разстройства и преминаване към перорална терапия с антихолинестеразни средства и поддържащи дози имуносупресивна терапия.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

-*"История на заболяването";*

-част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;

-епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

СКАЛА ЗА ОБЕКТИВНА ОЦЕНКА НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

Име на пациента:.....

Години:..... **Медикамент:**..... **Лекар:**.....

Тест	Точки	Дата и час							
Проба на Баре (1 т. за 10 сек.)	0 – 15								
Проба на Мингацини (1 т. за 5 сек.)	0 – 15								
Повдигане на главата: невъзможно с/у собствена тежест с/у съпротива	 0 5 10								
Самостоятелно ставане от легнало положение: невъзможно възможно	 0 10								
Нарушения на окуломоториката: диплопия птоза норма	 0 5 10								
Затваряне на клепачите: без покриване на корнея с покриване на корнея signe de cils норма	 0 5 7 10								
Дъвчене: невъзможно лошо норма	 0 5 10								
Гълтане: невъзможно затруднено норма	 0 5 10								
Говор: невъзможен носов норма	 0 5 10								
Медикация									
Витален капацитет									
Дихателна честота									

МЕДИКАМЕНТИ, КОИТО МОГАТ ДА ВЛОШАТ ПРОТИЧАНЕТО НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АНТИБИОТИЦИ И ХИМИОТЕРАПЕВТИЦИ
Аминогликозиди Линкомицин/Клиндамицин Тетрациклини Макролиди Флуороквинолони Сулфонамиди
АНЕСТЕТИЦИ
Средства, блокиращи нервно-мускулното предаване Лидокаин Прокаин
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ МЕДИКАМЕНТИ
Бета блокери Калциеви антагонисти Прокаинамид Хинидин
БЕНЗОДИАЗЕПИНИ
ДРУГИ
Барбитурати Фенитоин

Невролептици Магнезиеви препарати Литиеви препарати Кортикостероиди във високи дози Йодни контрастни средства Хинин (включително в тоник)

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Миастения гравис е автоимунно заболяване на нервно-мускулното съединение, което се характеризира с нарушение в предаването на импулсите от нервите към мускулите. Заболяването се среща във всички възрасти, като при жените преобладава в по-млада възраст, а при мъжете – в по-напреднала възраст. Характеризира се с развитие на мускулна слабост в началото в определени мускулни групи – очни мускули (падане на клепачите и двойно виждане), гълтателните и говорните мускули (смущение в храненето и говоренето, задавяне, попадане на храна в трахеята и опасност от развитие на аспирационни пневмонии). Засягат се и мускулите на раменния и тазовия пояс, с поява на умора при повдигане на ръцете и умора в краката при изкачване на стълби и по-късно при ходене. За тези нарушения е характерно, че тежестта им се колебае в различните часове на денонощието, като обикновено в следобедните и вечерните часове са по-силно изразени. Понякога заболяването може рязко да се влоши с развитие на дихателна недостатъчност и опасност от смъртен изход, напр. при температурно заболяване, физическо обременяване, операция, раждане, прием на някои медикаменти и др. В тези случаи е необходимо спешно постъпване в интензивно отделение за изкуствена белодробна вентилация и реанимация.

Причината за миастения гравис, както и за другите автоимунни заболявания не е ясна. Установена е със сигурност ролята на тимусната жлеза за развитието на заболяването. Това се потвърждава с установяването на увеличение на жлезата (хиперплазия) или на тумор на тимуса (тимом) при компютърна томография. В тези случаи се предприема оперативно отстраняване на тимусната жлеза (тимектомия). Резултатите са по-добри при тимектомия в ранните стадии на заболяването.

Когато няма данни за увеличение на тимуса или пациентът е много възрастен с придружаващи заболявания, които увеличават риска от оперативното лечение, се провежда консервативно лечение с кортикостероиди и имуносупресори. Същото лечение се прилага и при недостатъчен ефект от тимектомията. Лечението с кортикостероиди е продължително и е свързано с много странични прояви, което изисква започването му в болница с последващо проследяване на схемата на лечение и предотвратяване на страничните прояви. При недостатъчен ефект или при изразени странични прояви от кортикостероидите се преминава на консервативно лечение с имуносупресивни средства, които може да имат значителни странични прояви. Такива препарати са азатиоприн и циклоспорин.

При влошаване на миастенната слабост, особено в дихателните и гълтателните мускули, се предприема т.нар. плазмафереза – обмяна на част от кръвната плазма на пациента за отстраняване на антителата или се прави интубация и изкуствена белодробна вентилация. В тези случаи пациентът се хоспитализира в отделение за интензивно лечение и реанимация. При рефрактерна на лечение миастения се провежда и интермитентна терапия с високи дози имуноглобулини венозно в курсове от 5 последователни дни.

Симптоматичното лечение на миастенните нарушения се провежда с лекарства, които подобряват нервно-мускулното провеждане – антихолинестеразни средства. Те се приемат през няколко часа през устата, а при невъзможно гълтане се прилагат инжекционно. При предозиране на тези медикаменти има опасност от развитие на блок в нервно-мускулното предаване – т.нар. холинергична криза. Пациентите, които са на високи дози антихолинестеразни препарати също се хоспитализират, проследяват и при холинергична криза се интубират и включват на изкуствена белодробна вентилация.

При навременно и правилно лечение е възможно постигане на пълна ремисия с възстановяването на работоспособността или частични ремисии с възможност за ограничена работоспособност.

Освен миастения гравис има и други заболявания, които се дължат на блокиране на предаването в нервно-мускулното съединение – напр. при ботулизъм, който се дължи на консумация на недобре консервирани продукти. Понякога при злокачествени заболявания на белия дроб и по-рядко на други органи също се развива миастенна мускулна слабост. Някои лекарства нарушават нервно-мускулното предаване – т.нар. лекарствена миастения (напр. някои антибиотици, антиаритмични средства, диазепам и др.) Затова болните с миастения не бива да се самолекуват и трябва винаги да се съветват с лекар за новите лекарства. Миастенна мускулна слабост с опасност от дихателна недостатъчност се развива и при някои интоксикации (напр. с инсектициди и при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.).

Отказът от постъпване в болница при съмнение за миастения гравис и други миастенни заболявания крие рискове от неточност в диагнозата и провеждане на неадекватно лечение, което дори може да бъде опасно и да влоши допълнително мускулната слабост с опасност от дихателна недостатъчност.

По време на болничния престой ще бъдат направени изследвания за изясняване на диагнозата и за определяне тежестта на заболяването и ще започне необходимото симптоматично, имуносупресивно и оперативно лечение. При опасност от дихателна недостатъчност пациента ще бъде преведен или приет директно в отделение за реанимация и интензивно лечение.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение за провеждане на необходимите диагностични и лечебни процедури. Ако по време на лечението желаете да прекратите същото, трябва да изразите това желание в писмена форма, като по този начин освобождавате от отговорност лекуващия екип за по-нататъшното здравословно състояние на пациента.

КП № 65 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С КОРТИКОСТЕРОИДИ И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ
КП № 65.1 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С КОРТИКОСТЕРОИДИ И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 20 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Myasthenia gravis и други увреждания на нервно-мускулния синапс
Не включва: ботулизъм (A05.1)
преходна неонатална Myasthenia gravis (P94.0)

G70.0 Myasthenia gravis
Ако болестта е предизвикана от лекарствено средство, за неговото идентифициране се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.1 Токсични увреждания на нервно-мускулния синапс
При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.2 Вродена или придобита миастения

G70.8 Други увреждания на нервно-мускулния синапс

Увреждания на нервно-мускулния синапс и мускулите при болести, класифицирани другаде

G73.0* Миастенни синдроми при ендокринни болести
Миастенни синдроми при:
- диабетна амиотрофия (E10—E14† с общ четвърти знак .4)
- тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм] (E05.—†)

G73.1* Синдром на Eaton-Lambert (C80†)

G73.2* Други миастенни синдроми при новообразувания (C00—D48†)

G73.3* Миастенни синдроми при болести, класифицирани другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката **G73** не могат да се използват като самостоятелни диагнози, а изискват основна диагноза, обозначена със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- корем (56301-01, 56307-01 [1957])
- и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])

• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок[741]

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени и отчетени задължително лечебните процедури с кодове13882-00, 13882-01 или 13882-02 и 9619903 или 96197-03.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво *
4. ЕМГ кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Отделение (лаборатория) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести";
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести").

2. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

3. Лекар със специалност по УНГ – по договор.

5.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и интензивно лечение, в т. ч. кортикостероидна терапия на пациенти със:

- тежка форма на генерализирана миастения;
- миастения с изразени булбарни нарушения;
- заплашваща миастенна криза;
- заплашваща холинергична (смесена) криза;
- миастения с дихателни нарушения;
- миастенни кризи при (миастения гравис; миастенен синдром на Lambert - Eaton (паранеопластичен при злокачествени заболявания и автоимунен); лекарствено-индуциран миастенен синдром; миастенен синдром при интоксикации с фосфорорганични съединения; миастенен синдром при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.; миастенен синдром при ботулизъм, неонатална миастения, конгенитална миастения;
- други миастенни синдроми.

Формата и тежестта на миастения гравис се определят съгласно международно приетата класификация на K. Osserman и G. Genkins (1971):

I. Очна миастения – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. А. Лека генерализирана миастения – бавна прогресия, без кризи, отговаря на терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. Б. Умерено тежка генерализирана миастения - изразени булбарни прояви, слабост и в скелетните мускули, но без кризи, недостатъчен ефект от терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП, но където има и интензивно отделение.

III. Остра фулминантна миастения – бърза прогресия, изразени миастенни прояви с респираторни кризи, лош ефект от терапията, обикновено се открива тимом – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

IV. Късна тежка генерализирана миастения – прогресия от клас I към клас II за 2 години, изразени булбарни прояви и кризи – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

В хода на диагностичния и лечебния процес пациентът може да премине от една степен на тежест на миастенните нарушения в друга и съответно на това се променя вида на лечебното отделение (общо неврологично, интензивно, хирургично - за тимектомия) и времето на болничния престой.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (ПКК и електролити) се взема до 24-тия час от началото на хоспитализацията. Образни и инструментални изследвания се извършват до третия ден от началото на хоспитализацията, ако не са извършени в амбулаторни условия.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

В хода на миастения гравис при 15-30% от болните настъпва влошаване, което може да бъде провокирано от интеркурентна инфекция, стрес, неадекватни промени в лечението (рязко намаляване или спиране, включване на аминогликозиди или други блокатори на нервно-мускулния синапс), операции, бременност, раждане или от самия ход на заболяването. Развива се миастенна криза, характеризираща се генерализирана мускулна слабост, изразена булбарна симптоматика и патологична изтощаемост на респираторната мускулатура. Развитието на дихателна недостатъчност е основна проява на миастенната криза и налага хоспитализация в интензивно неврологично отделение или ОАИЛ за провеждане на дихателна реанимация.

Неконтролирано покачване на дозата на ацетилхолинестеразните инхибитори при пациенти със задълбочаване на миастенната симптоматика може да доведе до холинергична (наричана от някои автори смесена) криза, с прибавяне на М-холинергични ефекти – повишена бронхиална секреция и слюноотделяне, брадикардия и хипотензия, колики, диария, мускулни фасцикулации. Такива пациенти също са индицирани за настаняване в отделение с възможност за интензивно лечение и реанимация.

Клинични критерии за заплашваща миастенна криза и хоспитализация в отделение за дихателна реанимация:

- дисфония;
- чести паузи при говорене и дъвчене;
- невъзможност за гълтане на вода;
- тахикардия;
- тахипнея (честота над 25/min);
- невъзможност за добро откашляне;
- участие на спомагателната мускулатура при дишане;
- обща, предимно проксимална слабост;
- фебрилитет;
- витален капацитет по-малко от 20 ml/kg.

Терапевтичното поведение по отношение на дихателната функция включва следните елементи:

- Ендотрахеална интубация с внимание за аспирационни усложнения.

- ИБВ с/без прилагане на PEEP.
- Мониториране на дихателната функция.
- След преценка на тежестта на кризата – провеждане на трахеостомия за осъществяване на по-добър тоалет на трахеобронхиалното дърво и комфорт за пациента, и провеждане на продължителна ИБВ.
- Регулярна аспирация на бронхиалните секрети на 1-4 часа, при необходимост – бронхоскопско почистване на бронхиалното дърво.
- Физиотерапия – перкуторен, вибрационен и постурален масаж, инхалации.
- По възможност ранна мобилизация на болните до седнало и право положение, което профилактира развитие на дихателни и тромбоемболични усложнения.

МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

Антихолинестеразна терапия

Обикновено тя е неадекватна (недостатъчна, недостатъчно ефективна или предозирана с влошаването на болния), а от друга страна увеличава бронхиалната секреция. Поради това може да бъде преустановена поне за 24 часа при болните на ИБВ. След това, на фона на ИБВ се назначава умерена доза – 60 mg Pyridostigmine bromide на 6 часа през назогастрална сонда. Рядко се използва парентерален медикамент, i.m или s.c в доза 1/30 от ентералната. При холинергични и смесени кризи временното преустановяване на антихолинестеразната терапия е задължително.

Кортикостероиди

При болни поставени на ИБВ и трахеостомирани, за получаване на сравнително бърз ефект, може да се започне лечение с високи дози кортикостероиди без особен риск от влошаване на миастенията. Може да се премине на алтернантна схема след стабилизиране на състоянието и отвикване от респиратора.

Съпътстващо лечение:

Гастропротектор: парентерални H_2 блокери.

Протонни инхибитори.

KCl 15% amp бавно i.v. на перфузор или в банки, според стойностите на серумния K^+

Симптоматично лечение при миастенните кризи

Антибиотици: за профилактика и лечение на съпътстващи инфекции (пневмония, уроинфекции, сепсис и др.)

Предпочитана група – цефалоспорини от втора, трета и четвърта генерация.

Гастропротектори.

Корекция на електролитен дисбаланс и хипопротеинемия.

Нискомолекулярни хепарини или антиагрегантни дози на субкутанен Heparin при по-дълго имобилизирани болни.

Хранене и интензивни грижи

Важен елемент от грижите за пациентите с миастенни кризи е осигуряването на хранене с достатъчно калории (около 30 cal/kg/d) и състав (с високо съдържание на протеини). Основен метод на хранене е ентерален през назогастрална сонда, допълнена от парентерални инфузии на хранителни субстанции, проследява се ЦВН. Профилактират се флеботромбози, ателектази, бронхопневмонии.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, направените неврофизиологични, образни и имунологични изследвания, клиничния ход на заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:
  - компенсиране на миастенната криза;
  - преминаване на перорална терапия с антихолинестеразни средства и поддържащи дози имуносупресивна терапия;
  - възстановяване на спонтанното дишане.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Миастения гравис е автоимунно заболяване на нервно-мускулното съединение, което се характеризира с нарушение в предаването на импулсите от нервите към мускулите. Заболяването се среща във всички възрасти, като при жените преобладава в по-млада възраст, а при мъжете – в по-напреднала възраст. Характеризира се с развитие на мускулна слабост, в началото в определени мускулни групи – очните мускули (падане на клепачите и двойно виждане), гълтателните и говорните мускули (смущение в храненето и говоренето, задавяне, попадане на храна в трахеята и опасност от развитие на аспирационни пневмонии). Засягат се и мускулите на раменния и тазовия пояс, с поява на умора при повдигане на ръцете, и умора в краката при изкачване на стълби и по-късно при ходене. За тези нарушения е характерно, че тежестта им се колебае в различните часове на денонощието, като обикновено в следобедните и вечерните часове са по-силно изразени. Понякога заболяването може рязко да се влоши с развитие на дихателна недостатъчност и опасност от смъртен изход (напр. при температурно заболяване, физическо обременяване, операция, раждане, прием на някои медикаменти и др.). В тези случаи е необходимо спешно постъпване в интензивно отделение за изкуствена белодробна вентилация и реанимация.

Причината за миастения гравис, както и за другите автоимунни заболявания не е ясна. Установена е със сигурност ролята на тимусната жлеза за развитието на заболяването. Това се потвърждава с установяването на увеличение на жлезата (хиперплазия) или на тумор на тимуса (тимом) при компютърна томография. В тези случаи се предприема оперативно отстраняване на тимусната жлеза (тимектомия). Резултатите са по-добри при тимектомия в ранните стадии на заболяването.

Когато няма данни за увеличение на тимуса или пациентът е много възрастен с придружаващи заболявания, които увеличават риска от оперативното лечение, се провежда консервативно лечение с кортикостероиди и имуносупресори. Същото лечение се прилага и при недостатъчен ефект от тимектомията. Лечението с кортикостероиди е продължително и е свързано с много странични прояви, което изисква започването му в болница с последващо проследяване на схемата на лечение и предотвратяване на страничните прояви. При недостатъчен ефект или при изразени странични прояви от кортикостероидите се преминава на консервативно лечение с имуносупресивни средства, които може да имат значителни странични прояви. Такива препарати са азатиоприн и циклоспорин.

При влошаване на миастенната слабост, особено в дихателните и гълтателните мускули, се предприема т.нар. плазмафереза – обмяна на част от кръвната плазма на пациента за отстраняване на антителата или се прави интубация и изкуствена белодробна вентилация. В тези случаи пациентът се хоспитализира в отделение за интензивно лечение и реанимация. При рефрактерна на лечение миастения се провежда и интермитентна терапия с високи дози имуноглобулини венозно в курсове от 5 последователни дни.

Симптоматичното лечение на миастенните нарушения се провежда с лекарства, които подобряват нервно-мускулното провеждане – антихолинестеразни средства. Те се приемат през няколко часа през устата, а при невъзможно гълтане се прилагат инжекционно. При предозиране на тези медикаменти има опасност от развитие на блок в нервно-мускулното предаване – т.нар. холинергична криза. Пациентите, които са на високи дози антихолинестеразни препарати също се хоспитализират, проследяват, и при холинергична криза се интубират и включват на изкуствена белодробна вентилация.

При навременно и правилно лечение е възможно постигане на пълна ремисия с възстановяването на работоспособността, или частични ремисии с възможност за ограничена работоспособност.

Освен миастения гравис има и други заболявания, които се дължат на блокиране на предаването в нервно-мускулното съединение – напр. ботулизъм, който се дължи на консумация на недобре консервирани продукти. Понякога при злокачествени заболявания на белия дроб (и по-рядко на други органи) също се развива миастенна мускулна слабост. Някои лекарства нарушават нервно-мускулното предаване – т.нар. лекарствена миастения (напр. някои антибиотици, антиаритмични средства, диазепам и др.) Затова болните с миастения не бива да се самолекуват и трябва винаги да се съветват с лекар за новите лекарства. Миастенна мускулна слабост с опасност от дихателна недостатъчност се развива и при някои интоксикации (напр. с инсектициди и при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.).

Отказът от постъпването в болница при съмнение за миастения гравис и други миастенни заболявания крие рискове от неточност в диагнозата и провеждане на неадекватно лечение, което дори може да бъде опасно и да влоши допълнително мускулната слабост с опасност от дихателна недостатъчност.

Преди хоспитализацията Вие ще получите копие от формуляра за информация за пациента; ще имате възможност да задавате въпроси и да коментирате информацията с вашия общопрактикуващ лекар, със специалиста - невролог от извънболничната медицинска помощ или с лекаря в приемния кабинет.

По време на болничния престой ще бъдат направени изследвания за изясняване на диагнозата и за определяне тежестта на заболяването; ще започне необходимото симптоматично, имуносупресивно и оперативно лечение. При опасност от дихателна недостатъчност ще бъдете преведен или приет директно в отделение за реанимация и интензивно лечение.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение за провеждане на необходимите диагностични и лечебни процедури. Ако по време на лечението желаете да прекратите същото, трябва да изразите това желание в писмена форма, като по този начин освобождавате от отговорност лекуващия ви екип за по нататъшното ви здравословно състояние.

Ако сте съгласен с изложеното, моля подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и че сте съгласен да бъдете приет в болница и да бъдат направени съответните диагностични и терапевтични процедури. Ако състоянието Ви не позволява да разберете смисъла на представената информация и да вземете решение, в този случай информираното съгласие трябва да бъде подписано от членове на вашето семейство.

СКАЛА ЗА ОБЕКТИВНА ОЦЕНКА НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

Име на пациента:.....

Години:..... **Медикамент:**..... **Лекар:**.....

Тест	Точки	Дата и час							
Проба на Баре (1 т. за 10 сек.)	0 – 15								
Проба на Мингацини (1 т. за 5 сек.)	0 – 15								
Повдигане на главата: невъзможно с/у собствена тежест с/у съпротива	 0 5 10								
Самостоятелно ставане от легнало положение: невъзможно възможно	 0 10								
Нарушения на окуломоториката: диплопия птоза норма	 0 5 10								
Затваряне на клепачите: без покриване на корнея с покриване на корнея signe de cils норма	 0 5 7 10								
Дъвчене: невъзможно лошо норма	 0 5 10								
Гълтане: невъзможно затруднено норма	 0 5 10								
Говор: невъзможен носов норма	 0 5 10								

Медикация									
Витален капацитет									
Дихателна честота									

МЕДИКАМЕНТИ, КОИТО МОГАТ ДА ВЛОШАТ ПРОТИЧАНЕТО НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АНТИБИОТИЦИ И ХИМИОТЕРАПЕВТИЦИ
Аминогликозиди Линкомицин/Клиндамицин Тетрациклини Макролиди Флуороквинолони Сулфонамиди
АНЕСТЕТИЦИ
Средства, блокиращи нервно-мускулното предаване Лидокаин Прокаин
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ МЕДИКАМЕНТИ
Бета блокери Калциеви антагонисти Прокаинамид Хинидин
БЕНЗОДИАЗЕПИНИ
ДРУГИ
Барбитурати Фенитоин Невролептици Магнезиеви препарати Литиеви препарати Кортикостероиди във високи дози Йодни контрастни средства Хинин (включително в тоник)

КП № 65 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С КОРТИКОСТЕРОИДИ И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ
КП № 65.2 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С КОРТИКОСТЕРОИДИ И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 20 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Myasthenia gravis и други увреждания на нервно-мускулния синапс
Не включва: ботулизъм (A05.1)
преходна неонатална Myasthenia gravis (P94.0)

G70.0 Myasthenia gravis
Ако болестта е предизвикана от лекарствено средство, за неговото идентифициране се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.1 Токсични увреждания на нервно-мускулния синапс
При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.2 Вродена или придобита миастения

G70.8 Други увреждания на нервно-мускулния синапс

Увреждания на нервно-мускулния синапс и мускулите при болести, класифицирани другаде

G73.0* Миастенни синдроми при ендокринни болести
Миастенни синдроми при:
- диабетна амиотрофия (E10—E14† с общ четвърти знак .4)
- тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм] (E05.—†)

G73.1* Синдром на Eaton-Lambert (C80†)

G73.2* Други миастенни синдроми при новообразувания (C00—D48†)

G73.3* Миастенни синдроми при болести, класифицирани другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката **G73** не могат да се използват като самостоятелни диагнози, а изискват основна диагноза, обозначена със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- корем (56301-01, 56307-01 [1957])
- и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570]) вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570]) неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])

• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741]

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени и отчетени задължително лечебните процедури с кодове13882-00, 13882-01 или 13882-02 и 9619903 или 96197-03.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“ (за лица до 18 години), от обхвата на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“ (за новородени до 28-ия ден).

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология/детска неврология или Неонатологична клиника/отделение от II или III ниво – за новородени до 28 ден
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво *
4. ЕМГ кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Отделение (лаборатория) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести" за клиника/отделение по неврология

или

- лекар със специалност по нервни болести /детска неврология за клиника/отделение по детска неврология

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28 дни за лечение на неонатална миастения:

- лекар със специалност по неонатология;

- лекар със специалност по нервни болести /детски невролог.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

1. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести").

2. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

3. Лекар със специалност по УНГ – по договор.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и интензивно лечение, в т. ч. кортикостероидна терапия на пациенти със:

- тежка форма на генерализирана миастения;
- миастения с изразени булбарни нарушения;
- заплашваща миастенна криза;
- заплашваща холинергична (смесена) криза;
- миастения с дихателни нарушения;
- миастенни кризи при (миастения гравис; миастенен синдром на Lambert - Eaton (паранеопластичен при злокачествени заболявания и автоимунен); лекарствено-индуциран миастенен синдром; миастенен синдром при интоксикации с фосфорорганични съединения; миастенен синдром при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.; миастенен синдром при ботулизъм, неонатална миастения, конгенитална миастения;
- други миастенни синдроми.

Формата и тежестта на миастения гравис се определят съгласно международно приетата класификация на K. Osserman и G. Genkins (1971):

I. Очна миастения – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. А. Лека генерализирана миастения – бавна прогресия, без кризи, отговаря на терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. Б. Умерено тежка генерализирана миастения - изразени булбарни прояви, слабост и в скелетните мускули, но без кризи, недостатъчен ефект от терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП, но където има и интензивно отделение.

III. Остра фулминантна миастения – бърза прогресия, изразени миастенни прояви с респираторни кризи, лош ефект от терапията, обикновено се открива тимом – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

IV. Късна тежка генерализирана миастения – прогресия от клас I към клас II за 2 години, изразени булбарни прояви и кризи – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

В хода на диагностичния и лечебния процес пациентът може да премине от една степен на тежест на миастенните нарушения в друга и съответно на това се променя вида на лечебното отделение (общо неврологично, интензивно, хирургично - за тимектомия) и времето на болничния престой.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (ПКК и електролити) се взема до 24-тия час от началото на хоспитализацията. Образни и инструментални изследвания се извършват до третия ден от началото на хоспитализацията, ако не са извършени в амбулаторни условия.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

В хода на миастения гравис при 15-30% от болните настъпва влошаване, което може да бъде провокирано от интеркурентна инфекция, стрес, неадекватни промени в лечението (рязко намаляване или спиране, включване на аминогликозиди или други блокатори на нервно-мускулния синапс), операции, бременност, раждане или от самия ход на заболяването. Развива се миастенна криза, характеризираща се генерализирана мускулна слабост, изразена булбарна симптоматика и патологична изтощаемост на респираторната мускулатура. Развитието на дихателна недостатъчност е основна проява на миастенната криза и налага хоспитализация в интензивно неврологично отделение или ОАИЛ за провеждане на дихателна реанимация.

Неконтролирано покачване на дозата на ацетилхолинестеразните инхибитори при пациенти със задълбочаване на миастенната симптоматика може да доведе до холинергична (наричана от някои автори смесена) криза, с прибавяне на М-холинергични ефекти – повишена бронхиална секреция и слюноотделяне, брадикардия и хипотензия, колики, диария, мускулни фасцикулации. Такива пациенти също са индицирани за настаняване в отделение с възможност за интензивно лечение и реанимация.

Клинични критерии за заплашваща миастенна криза и хоспитализация в отделение за дихателна реанимация:

- дисфония;
- чести паузи при говорене и дъвчене;
- невъзможност за гълтане на вода;
- тахикардия;
- тахипнея (честота над 25/min);
- невъзможност за добро откашляне;

- участие на спомагателната мускулатура при дишане;
- обща, предимно проксимална слабост;
- фебрилитет;
- витален капацитет по-малко от 20 ml/kg.

Терапевтичното поведение по отношение на дихателната функция включва следните елементи:

- Ендотрахеална интубация с внимание за аспирационни усложнения.
- ИБВ с/без прилагане на PEEP.
- Мониториране на дихателната функция.
- След преценка на тежестта на кризата – провеждане на трахеостомия за осъществяване на по-добър тоалет на трахеобронхиалното дърво и комфорт за пациента, и провеждане на продължителна ИБВ.
- Регулярна аспирация на бронхиалните секрети на 1-4 часа, при необходимост – бронхоскопско почистване на бронхиалното дърво.
- Физиотерапия – перкуторен, вибрационен и постурален масаж, инхалации.
- По възможност ранна мобилизация на болните до седнало и право положение, което профилактира развитие на дихателни и тромбоемболични усложнения.

МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

Антихолинестеразна терапия

Обикновено тя е неадекватна (недостатъчна, недостатъчно ефективна или предозирана с влошаването на болния), а от друга страна увеличава бронхиалната секреция. Поради това може да бъде преустановена поне за 24 часа при болните на ИБВ. След това, на фона на ИБВ се назначава умерена доза – 60 mg Pyridostigmine bromide на 6 часа през назогастрална сонда. Рядко се използва парентерален медикамент, i.m или s.c в доза 1/30 от ентералната. При холинергични и смесени кризи временното преустановяване на антихолинестеразната терапия е задължително.

Кортикостероиди

При болни поставени на ИБВ и трахеостомирани, за получаване на сравнително бърз ефект, може да се започне лечение с високи дози кортикостероиди без особен риск от влошаване на миастенията. Може да се премине на алтернантна схема след стабилизиране на състоянието и отвикване от респиратора.

Съпътстващо лечение:

Гастропротектор: парентерални H_2 блокери.

Протонни инхибитори.

KCl 15% amp бавно i.v. на перфузор или в банки, според стойностите на серумния K^+

Симптоматично лечение при миастенните кризи

Антибиотици: за профилактика и лечение на съпътстващи инфекции (пневмония, уроинфекции, сепсис и др.)

Предпочитана група – цефалоспорини от втора, трета и четвърта генерация.

Гастропротектори.

Корекция на електролитен дисбаланс и хипопротеинемия.

Нискомолекулярни хепарини или антиагрегантни дози на субкутанен Heparin при по-дълго имобилизирани болни.

Хранене и интензивни грижи

Важен елемент от грижите за пациентите с миастенни кризи е осигуряването на хранене с достатъчно калории (около 30 cal/kg/d) и състав (с високо съдържание на протеини). Основен метод на хранене е ентерален през назогастрална сонда, допълнена от парентерални инфузии на хранителни субстанции, проследява се ЦВН. Профилактират се флеботромбози, ателектази, бронхопневмонии.

.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, направените неврофизиологични, образни и имунологични изследвания, клиничния ход на заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:
  - компенсиране на миастенната криза;
  - преминаване на перорална терапия с антихолинестеразни средства и поддържащи дози имуносупресивна терапия;
  - възстановяване на спонтанното дишане.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Миастения гравис е автоимунно заболяване на нервно-мускулното съединение, което се характеризира с нарушение в предаването на импулсите от нервите към мускулите. Заболяването се среща във всички възрасти, като при жените преобладава в по-млада възраст, а при мъжете – в по-напреднала възраст. Характеризира се с развитие на мускулна слабост, в началото в определени мускулни групи – очните мускули (падане на клепачите и двойно виждане), гълтателните и говорните мускули (смущение в храненето и говоренето, задавяне, попадане на храна в трахеята и опасност от развитие на аспирационни пневмонии). Засягат се и мускулите на раменния и тазовия пояс, с поява на умора при повдигане на ръцете, и умора в краката при изкачване на стълби и по-късно при ходене. За тези нарушения е характерно, че тежестта им се колебае в различните часове на денонощието, като обикновено в следобедните и вечерните часове са по-силно изразени. Понякога заболяването може рязко да се влоши с развитие на дихателна недостатъчност и опасност от смъртен изход (напр. при температурно заболяване, физическо обременяване, операция, раждане, прием на някои медикаменти и др.). В тези случаи е необходимо спешно постъпване в интензивно отделение за изкуствена белодробна вентилация и реанимация.

Причината за миастения гравис, както и за другите автоимунни заболявания не е ясна. Установена е със сигурност ролята на тимусната жлеза за развитието на заболяването. Това се потвърждава с установяването на увеличение на жлезата (хиперплазия) или на тумор на тимуса (тимом) при компютърна томография. В тези случаи се предприема оперативно отстраняване на тимусната жлеза (тимектомия). Резултатите са по-добри при тимектомия в ранните стадии на заболяването.

Когато няма данни за увеличение на тимуса или пациентът е много възрастен с придружаващи заболявания, които увеличават риска от оперативното лечение, се провежда консервативно лечение с кортикостероиди и имуносупресори. Същото лечение се прилага и при недостатъчен ефект от тимектомията. Лечението с кортикостероиди е продължително и е свързано с много странични прояви, което изисква започването му в болница с последващо проследяване на схемата на лечение и предотвратяване на страничните прояви. При недостатъчен ефект или при изразени странични прояви от кортикостероидите се преминава на консервативно лечение с имуносупресивни средства, които може да имат значителни странични прояви. Такива препарати са азатиоприн и циклоспорин.

При влошаване на миастенната слабост, особено в дихателните и гълтателните мускули, се предприема т.нар. плазмафереза – обмяна на част от кръвната плазма на пациента за отстраняване на антителата или се прави интубация и изкуствена белодробна вентилация. В тези случаи пациентът се хоспитализира в отделение за интензивно лечение и реанимация. При рефрактерна на лечение миастения се провежда и интермитентна терапия с високи дози имуноглобулини венозно в курсове от 5 последователни дни.

Симптоматичното лечение на миастенните нарушения се провежда с лекарства, които подобряват нервно-мускулното провеждане – антихолинестеразни средства. Те се приемат през няколко часа през устата, а при невъзможно гълтане се прилагат инжекционно. При предозиране на тези медикаменти има опасност от развитие на блок в нервно-мускулното предаване – т.нар. холинергична криза. Пациентите, които са на високи дози антихолинестеразни препарати също се хоспитализират, проследяват, и при холинергична криза се интубират и включват на изкуствена белодробна вентилация.

При навременно и правилно лечение е възможно постигане на пълна ремисия с възстановяването на работоспособността, или частични ремисии с възможност за ограничена работоспособност.

Освен миастения гравис има и други заболявания, които се дължат на блокиране на предаването в нервно-мускулното съединение – напр. ботулизъм, който се дължи на консумация на недобре консервирани продукти. Понякога при злокачествени заболявания на белия дроб (и по-рядко на други органи) също се развива миастенна мускулна слабост. Някои лекарства нарушават нервно-мускулното предаване – т.нар. лекарствена миастения (напр. някои антибиотици, антиаритмични средства, диазепам и др.) Затова болните с миастения не бива да се самолекуват и трябва винаги да се съветват с лекар за новите лекарства. Миастенна мускулна слабост с опасност от дихателна недостатъчност се развива и при някои интоксикации (напр. с инсектициди и при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.).

Отказът от постъпването в болница при съмнение за миастения гравис и други миастенни заболявания крие рискове от неточност в диагнозата и провеждане на неадекватно лечение, което дори може да бъде опасно и да влоши допълнително мускулната слабост с опасност от дихателна недостатъчност.

Преди хоспитализацията Вие ще получите копие от формуляра за информация за пациента; ще имате възможност да задавате въпроси и да коментирате информацията с вашия общопрактикуващ лекар, със специалиста - невролог от извънболничната медицинска помощ или с лекаря в приемния кабинет.

По време на болничния престой ще бъдат направени изследвания за изясняване на диагнозата и за определяне тежестта на заболяването; ще започне необходимото симптоматично, имуносупресивно и оперативно лечение. При опасност от дихателна недостатъчност ще бъдете преведен или приет директно в отделение за реанимация и интензивно лечение.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение за провеждане на необходимите диагностични и лечебни процедури. Ако по време на лечението желаете да прекратите същото, трябва да изразите това желание в писмена форма, като по този начин освобождавате от отговорност лекуващия ви екип за по нататъшното ви здравословно състояние.

Ако сте съгласен с изложеното, моля подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и че сте съгласен да бъдете приет в болница и да бъдат направени съответните диагностични и терапевтични процедури. Ако състоянието Ви не позволява да разберете смисъла на представената информация и да вземете решение, в този случай информираното съгласие трябва да бъде подписано от членове на вашето семейство.

СКАЛА ЗА ОБЕКТИВНА ОЦЕНКА НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

Име на пациента:.....

Години:..... **Медикамент:**..... **Лекар:**.....

Тест	Точки	Дата и час							
Проба на Баре (1 т. за 10 сек.)	0 – 15								
Проба на Мингацини (1 т. за 5 сек.)	0 – 15								
Повдигане на главата: невъзможно с/у собствена тежест с/у съпротива	 0 5 10								
Самостоятелно ставане от легнало положение: невъзможно възможно	 0 10								

Нарушения на окуломотериката: диплопия птоза норма	 0 5 10								
Затваряне на клепачите: без покриване на корнея с покриване на корнея signe de cils норма	 0 5 7 10								
Дъвчене: невъзможно лошо норма	 0 5 10								
Гълтане: невъзможно затруднено норма	 0 5 10								
Говор: невъзможен носов норма	 0 5 10								
Медикация									
Витален капацитет									
Дихателна честота									

МЕДИКАМЕНТИ, КОИТО МОГАТ ДА ВЛОШАТ ПРОТИЧАНЕТО НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АНТИБИОТИЦИ И ХИМИОТЕРАПЕВТИЦИ
Аминогликозиди Линкомицин/Клиндамицин Тетрациклини Макролиди Флуороквинолони Сулфонамиди
АНЕСТЕТИЦИ
Средства, блокиращи нервно-мускулното предаване Лидокаин Прокаин
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ МЕДИКАМЕНТИ
Бета блокери Калциеви антагонисти Прокаинамид Хинидин
БЕНЗОДИАЗЕПИНИ
ДРУГИ
Барбитурати Фенитоин Невролептици Магнезиеви препарати Литиеви препарати Кортикостероиди във високи дози Йодни контрастни средства Хинин (включително в тоник)

КП № 66 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ
КП № 66.1 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 10 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Myasthenia gravis и други увреждания на нервно-мускулния синапс
Не включва: ботулизъм (A05.1)
преходна неонатална Myasthenia gravis (P94.0)

G70.0 Myasthenia gravis
Ако болестта е предизвикана от лекарствено средство, за неговото идентифициране се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.1 Токсични увреждания на нервно-мускулния синапс
При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.2 Вродена или придобита миастения

G70.8 Други увреждания на нервно-мускулния синапс

Увреждания на нервно-мускулния синапс и мускулите при болести, класифицирани другаде

G73.0* Миастенни синдроми при ендокринни болести
Миастенни синдроми при:
- диабетна амиотрофия (E10—E14† с общ четвърти знак .4)
- тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм] (E05.—†)

G73.1* Синдром на Eaton-Lambert (C80†)

G73.2* Други миастенни синдроми при новообразувания (C00—D48†)

G73.3* Миастенни синдроми при болести, класифицирани другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката **G73** не могат да се използват като самостоятелни диагнози, а изискват основна диагноза, обозначена със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- корем (56301-01, 56307-01 [1957])

• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
• на ≥ 1 мускул(и)
• използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба –

трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741]

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath

• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

Аферeза

13750-00 Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури 13706-05 - лечение с човешки имуноглобулин и 13882-02 - апаратна вентилация), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или

ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво *
4. ЕМГ кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама лекари с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести";

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести").

4.2. Лекар със специалност по УНГ болести – по договор.

4.3. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Спешна диагностика и интезивно лечение, в т. ч. лечение с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация на:

- тежка форма на генерализирана миастения;
- миастения с изразени булбарни нарушения;

- заплашваща миастенна криза;
- заплашваща холинергична (смесена) криза;
- миастения с дихателни нарушения;
- миастенни кризи при: миастения гравис, миастенен синдром на Lambert - Eaton (паранеопластичен при злокачествени заболявания и автоимунен), лекарствено-индуциран миастенен синдром, миастенен синдром при интоксикации с фосфорорганични съединения, миастенен синдром при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др., миастенен синдром при ботулизъм, неонатална миастения, конгенитална миастения;
- други миастенни синдром.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Формата и тежестта на миастения гравис се определят съгласно международно приетата класификация на K. Osserman и G. Genkins (1971)

I. Очна миастения – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. А. Лека генерализирана миастения – бавна прогресия, без кризи, отговаря на терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. Б. Умерено тежка генерализирана миастения - изразени булбарни прояви, слабост и в скелетните мускули, но без кризи, недостатъчен ефект от терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП, но където има и интензивно отделение.

III. Остра фулминантна миастения – бърза прогресия, изразени миастенни прояви с респираторни кризи, лош ефект от терапията, обикновено се открива тимом – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

IV. Късна тежка генерализирана миастения – прогресия от клас I към клас II за 2 години, изразени булбарни прояви и кризи – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

В хода на диагностичния и лечебния процес пациентът може да премине от една степен на тежест на миастенните нарушения в друга и съответно на това се променя вида на лечебното отделение (общо неврологично, интензивно, хирургично за тимектомия) и времето на болничния престой.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (ПКК и електролити) се взема до 6-тия час от началото на хоспитализацията. Образни и инструментални изследвания се извършват до третия ден от началото на хоспитализацията, ако не са извършени в амбулаторни условия.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

В хода на миастения гравис при 15-30% от болните настъпва влошаване, което може да бъде провокирано от интеркурентна инфекция, стрес, неадекватни промени в лечението (рязко намаляване или спиране, включване на аминогликозиди или други блокатори на нервно-мускулния синапс), операции, бременност, раждане или от самия ход на заболяването. Развива се миастенна криза, характеризираща се генерализирана мускулна слабост, изразена булбарна симптоматика и патологична изтощаемост на респираторната мускулатура. Развитието на дихателна недостатъчност е основна проява на миастенната криза и налага хоспитализация в интензивно неврологично отделение или ОАИЛ за провеждане на дихателна реанимация.

Неконтролирано покачване на дозата на ацетилхолинестеразните инхибитори при пациенти със задълбочаване на миастенната симптоматика може да доведе до холинергична (наричана от някои автори смесена) криза, с прибавяне на М-холинергични ефекти – повишена бронхиална секреция и слюноотделяне, брадикардия и хипотензия, колики, диария, мускулни фасцикулации. Такива пациенти също са индицирани за настаняване в отделение с възможност за интензивно лечение и реанимация.

Клинични критерии за заплашваща миастенна криза и хоспитализация в отделение за дихателна реанимация:

- дисфония;
- чести паузи при говорене и дъвчене;
- невъзможност за гълтане на вода;
- тахикардия;
- тахипнея (честота над 25/min);
- невъзможност за добро откашляне;
- участие на спомагателната мускулатура при дишане;
- обща, предимно проксимална слабост;
- фебрилитет;
- витален капацитет по-малко от 20 ml/kg.

Терапевтичното поведение по отношение на дихателната функция включва следните елементи:

- Ендотрахеална интубация с внимание за аспирационни усложнения.
- ИБВ с/без прилагане на PEEP.
- Мониториране на дихателната функция.
- След преценка на тежестта на кризата – провеждане на трахеостомия за осъществяване на по-добър тоалет на трахеобронхиалното дърво и комфорт за пациента, и провеждане на продължителна ИБВ.
- Регулярна аспирация на бронхиалните секрети на 1-4 часа, при необходимост – бронхоскопско почистване на бронхиалното дърво.
- Физиотерапия – перкуторен, вибрационен и постурален масаж, инхалации.
- По възможност ранна мобилизация на болните до седнало и право положение, което профилактира развитие на дихателни и тромбоемболични усложнения.

МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

Антихолинестеразна терапия

Обикновено тя е неадекватна (недостатъчна, недостатъчно ефективна или предозирана с влошаването на болния), а от друга страна увеличава бронхиалната секреция. Поради това може да бъде преустановена поне за 24 часа при болните на ИБВ. След това, на фона на ИБВ се назначава умерена доза – 60 mg Pyridostigmine bromide на 6 часа през назогастрална сонда. Рядко се използва парентерален медикамент, i.m или s.c в доза 1/30 от ентералната. При холинергични и смесени кризи временното преустановяване на антихолинестеразната терапия е задължително.

Кортикостероиди

При болни поставени на ИБВ и трахеостомирани, за получаване на сравнително бърз ефект, може да се започне лечение с високи дози кортикостероиди без особен риск от влошаване на миастенията. Може да се премине на алтернантна схема след стабилизиране на състоянието и отвикване от респиратора.

Съпътстващо лечение:

Гастропротектор.

Протонни инхибитори.

KCl 15% amp бавно i.v. на перфузор или в банки, според стойностите на серумния K^+.

Интравенозен човешки имуноглобулин

За по-бърз ефект в началото на миастенната криза или на фона на бавно настъпващ или липсващ ефект от провежданата имуносупресивна терапия.

Дозировка: 400 mg/kg/d в пет последователни дни на бавна интравенозна инфузия 4.5g/h.

При суспектни пациенти за дефицит на IgA да се изследват серумни имуноглобулини поради риск от анафилактична реакция.

Терапевтична плазмафереза

За постигане на бърз ефект, при съобразяване на всички съпътстващи рискове и странични ефекти.

Доза: 3-6 обмена за една – две седмици.

Симптоматично лечение при миастенните кризи

Антибиотици: за профилактика и лечение на съпътстващи инфекции (пневмония, уроинфекции, сепсис и др.)

Предпочитана група – цефалоспорини от втора, трета и четвърта генерация.

Гастропротектори.

Корекция на електролитен дисбаланс и хипопротеинемия.

Нискомолекулярни хепарини или антиагрегантни дози на субкутанен Heparin при по-дълго имобилизирани болни.

Хранене и интензивни грижи

Важен елемент от грижите за пациентите с миастенни кризи е осигуряване на достатъчно калории (около 30 cal/kg/d) и състав (с високо съдържание на протеини) хранене. Основен метод на хранене е ентерален през назо-гастрална сонда, допълнена от парентерални инфузии на хранителни субстанции, проследява се ЦВН. Профилактират се флеботромбози, ателектази, бронхопневмонии.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, направените неврофизиологични, образни и имунологични изследвания, клиничния ход на заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:
- компенсиране на миастенната криза;
- преминаване на перорална терапия с антихолинестеразни средства и поддържащи дози имуносупресивна терапия;
- възстановяване на спонтанното дишане.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛУБУЛИН ПРИ ПАЦИЕНТИ С МИАСТЕННИ КРИЗИ

Име:.....
ЕГН □□□□□□□□□□

ИЗ №: □□□□□

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	**Да**	**Не**
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
За по-бърз ефект в началото на миастенната криза или на фона на бавно настъпващ или липсващ ефект от провежданата имуносупресивна терапия.		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към имуноглобулини		
Селективен ИгА-недоимък		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		
Анафилаксия.		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия имуноглобулин се прилага в доза от 400мг/кг/дневно в продължение на 5		

последователни дни. Инфузията се провежда много бавно - 4.5 гр. за 1 час.

НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с ИгА недоимък са много вероятни тежките анафилактични реакции. При суспектни пациенти е необходимо предварително определяне на серумния ИгА.

При пациенти с компенсирана бъбречна недостатъчност се препоръчва редукция както на денонощната доза имуноглобулин, така и на скоростта на инфузия на препарата. По този начин може да се избегне възникването на остра бъбречна недостатъчност.

Имуноглобулините водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация, или може да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрита за настъпване на хемоконцентрация преди провеждане на терапията.

Фишът за лечение с човешки имуноглобулин става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или в отделението 1 година, и подлежат на контрол при провеждане на ОДИТ от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП № .....
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:……

ЕГН □□□□□□□□□□

ИЗ №: □□□□□

ЛЕЧЕНИЕ С ИМУНОГЛОБУЛИН фабричен № на флакона	
Индикации	**Контраиндикации**

СКАЛА ЗА ОБЕКТИВНА ОЦЕНКА НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

Име на пациента:.....

Години:..... **Медикамент:**..... **Лекар:**.....

Тест	**Точки**	**Дата и час**							
Проба на Баре (1 т. за 10 сек.)	0 – 15								

Проба на Мингацини (1 т. за 5 сек.)	0 – 15								
Повдигане на главата: невъзможно с/у собствена тежест с/у съпротива	 0 5 10								
Самостоятелно ставане от легнало положение: невъзможно възможно	 0 10								
Нарушения на окуломоториката: диплопия птоза норма	 0 5 10								
Затваряне на клепачите: без покриване на корнея с покриване на корнея signe de cils норма	 0 5 7 10								
Дъвчене: невъзможно лошо норма	 0 5 10								
Гълтане: невъзможно затруднено норма	 0 5 10								
Говор: невъзможен носов норма	 0 5 10								
Медикация									
Витален капацитет									
Дихателна честота									

МЕДИКАМЕНТИ, КОИТО МОГАТ ДА ВЛОШАТ ПРОТИЧАНЕТО НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АНТИБИОТИЦИ И ХИМИОТЕРАПЕВТИЦИ
Аминогликозиди Линкомицин/Клиндамицин Тетрациклини Макролиди Флуороквинолони Сулфонамиди
АНЕСТЕТИЦИ
Средства, блокиращи нервно-мускулното предаване Лидокаин Прокаин
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ МЕДИКАМЕНТИ
Бета блокери Калциеви антагонисти Прокаинамид Хинидин
БЕНЗОДИАЗЕПИНИ
ДРУГИ
Барбитурати Фенитоин Невролептици Магнезиеви препарати Литиеви препарати Кортикостероиди във високи дози

Йодни контрастни средства Хинин (включително в тоник)

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Миастения гравис е автоимунно заболяване на нервно-мускулното съединение, което се характеризира с нарушение в предаването на импулсите от нервите към мускулите. Заболяването се среща във всички възрасти, като при жените преобладава в по-млада възраст, а при мъжете – в по-напреднала възраст. Характеризира се с развитие на мускулна слабост, в началото в определени мускулни групи – очните мускули (падане на клепачите и двойно виждане), гълтателните и говорните мускули (смущение в храненето и говоренето, задавяне, попадане на храна в трахеята и опасност от развитие на аспирационни пневмонии). Засягат се и мускулите на раменния и тазовия пояс, с поява на умора при повдигане на ръцете, и умора в краката при изкачване на стълби и по-късно при ходене. За тези нарушения е характерно, че тежестта им се колебае в различните часове на денонощието, като обикновено в следобедните и вечерните часове са по-силно изразени. Понякога заболяването може рязко да се влоши с развитие на дихателна недостатъчност и опасност от смъртен изход (напр. при температурно заболяване, физическо обременяване, операция, раждане, прием на някои медикаменти и др.). В тези случаи е необходимо спешно постъпване в интензивно отделение за изкуствена белодробна вентилация и реанимация.

Причината за миастения гравис, както и за другите автоимунни заболявания не е ясна. Установена е със сигурност ролята на тимусната жлеза за развитието на заболяването. Това се потвърждава с установяването на увеличение на жлезата (хиперплазия) или на тумор на тимуса (тимом) при компютърна томография. В тези случаи се предприема оперативно отстраняване на тимусната жлеза (тимектомия). Резултатите са по-добри при тимектомия в ранните стадии на заболяването.

Когато няма данни за увеличение на тимуса или пациентът е много възрастен с придружаващи заболявания, които увеличават риска от оперативното лечение, се провежда консервативно лечение с кортикостероиди и имуносупресори. Същото лечение се прилага и при недостатъчен ефект от тимектомията. Лечението с кортикостероиди е продължително и е свързано с много странични прояви, което изисква започването му в болница с последващо проследяване на схемата на лечение и предотвратяване на страничните прояви. При недостатъчен ефект или при изразени странични прояви от кортикостероидите се преминава на консервативно лечение с имуносупресивни средства, които може да имат значителни странични прояви. Такива препарати са азатиоприн и циклоспорин.

При влошаване на миастенната слабост, особено в дихателните и гълтателните мускули, се предприема т.нар. плазмафереза – обмяна на част от кръвната плазма на пациента за отстраняване на антителата или се прави интубация и изкуствена белодробна вентилация. В тези случаи пациентът се хоспитализира в отделение за интензивно лечение и реанимация. При рефрактерна на лечение миастения се провежда и интермитентна терапия с високи дози имуноглобулини венозно в курсове от 5 последователни дни.

Симптоматичното лечение на миастенните нарушения се провежда с лекарства, които подобряват нервно-мускулното провеждане – антихолинестеразни средства. Те се приемат през няколко часа през устата, а при невъзможно гълтане се прилагат инжекционно. При предозиране на тези медикаменти има опасност от развитие на блок в нервно-мускулното предаване – т.нар. холинергична криза. Пациентите, които са на високи дози антихолинестеразни препарати също се хоспитализират, проследяват и при холинергична криза се интубират и включват на изкуствена белодробна вентилация.

При навременно и правилно лечение е възможно постигане на пълна ремисия с възстановяването на работоспособността, или частични ремисии с възможност за ограничена работоспособност.

Освен миастения гравис има и други заболявания, които се дължат на блокиране на предаването в нервно-мускулното съединение – напр. ботулизъм, който се дължи на консумация на недобре консервирани продукти. Понякога при злокачествени заболявания на белия дроб и по-рядко на други органи също се развива миастенна мускулна слабост. Някои лекарства нарушават нервно-мускулното предаване – т.нар. лекарствена миастения (напр. някои антибиотици, антиаритмични средства, диазепам и др.) Затова болните с миастения не бива да се самолекуват и трябва винаги да се съветват с лекар за новите лекарства. Миастенна мускулна слабост с опасност от дихателна недостатъчност се развива и при някои интоксикации (напр. с инсектициди и при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.).

Отказът от постъпването в болница при съмнение за миастения гравис и други миастенни заболявания крие рискове от неточност в диагнозата и провеждане на неадекватно лечение, което дори може да бъде опасно и да влоши допълнително мускулната слабост с опасност от дихателна недостатъчност.

По време на болничния престой ще бъдат направени изследвания за изясняване на диагнозата и за определяне тежестта на заболяването; ще започне необходимото симптоматично, имуносупресивно и оперативно лечение. При опасност от дихателна недостатъчност ще бъдете преведен или приет директно в отделение за реанимация и интензивно лечение.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение за провеждане на необходимите диагностични и лечебни процедури. Ако по време на лечението желаете да прекратите същото, трябва да изразите това желание в писмена форма, като по този начин освобождавате от отговорност лекуващия ви екип за по нататъшното ви здравословно състояние.

КП № 66 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ

КП № 66.2 ЛЕЧЕНИЕ НА МИАСТЕННИ КРИЗИ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН И АПАРАТНА ВЕНТИЛАЦИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 10 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Myasthenia gravis и други увреждания на нервно-мускулния синапс

Не включва: ботулизъм (A05.1)
преходна неонатална Myasthenia gravis (P94.0)

G70.0 Myasthenia gravis

Ако болестта е предизвикана от лекарствено средство, за неговото идентифициране се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.1 Токсични увреждания на нервно-мускулния синапс

При необходимост от идентифициране на токсичното вещество се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G70.2 Вродена или придобита миастения

G70.8 Други увреждания на нервно-мускулния синапс

Увреждания на нервно-мускулния синапс и мускулите при болести, класифицирани другаде

G73.0* Миастенни синдроми при ендокринни болести

Миастенни синдроми при:

- диабетна амиотрофия (E10—E14† с общ четвърти знак .4)
- тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм] (E05.—†)

G73.1* Синдром на Eaton-Lambert (C80†)

G73.2* Други миастенни синдроми при новообразувания (C00—D48†)

G73.3* Миастенни синдроми при болести, класифицирани другаде

Диагнозите, обозначени със (*) от рубриката **G73** не могат да се използват като самостоятелни диагнози, а изискват основна диагноза, обозначена със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:

- корем (56301-01, 56307-01 [1957])

• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
• на ≥ 1 мускул(и)
• използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба

– трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
- интубация
- асистирано дишане

механична вентилация с:
- ендотрахеална тръба (ETT)
- назална
- орална
- трахеостомия

отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
- трахеостомия:
- перкутанна (41880-00 [536])
- постоянна (41881-01 [536])
- временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741]

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath

• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

Аферeза

13750-00 Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури 13706-05 - лечение с човешки имуноглобулин и 13882-02 - апаратна вентилация, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Детска неврология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“ (за лица до 18 години), от обхвата на медицинската специалност „Неонатология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неонатология“ (за новородени до 28-ия ден).

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура

1. Клиника/отделение по неврология/детска неврология или Неонатологична клиника/отделение – за новородени до 28 ден
2. Профилирана клиника/отделение за интензивно лечение или легла за интензивно лечение на неврологични заболявания към общоневрологична клиника/отделение от II ниво или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво *
4. ЕМГ кабинет (апарат)

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама лекари с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести” за Клиника/отделение по неврология

или

- лекар със специалност по нервни болести /детска неврология за Клиника/отделение по детска неврология;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28 дни:

За лечение на неонатална миастения:

- лекар със специалност по неонатология;

- лекар със специалност по нервни болести /детски невролог.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести/детска неврология, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести").

4.2. Лекар със специалност по УНГ болести – по договор.

4.3. Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Спешна диагностика и интезивно лечение, в т. ч. лечение с човешки имуноглобулин и апаратна вентилация на:

- тежка форма на генерализирана миастения;
- миастения с изразени булбарни нарушения;
- заплашваща миастенна криза;
- заплашваща холинергична (смесена) криза;
- миастения с дихателни нарушения;
- миастенни кризи при: миастения гравис, миастенен синдром на Lambert - Eaton (паранеопластичен при злокачествени заболявания и автоимунен), лекарствено-индуциран миастенен синдром, миастенен синдром при интоксикации с фосфорорганични съединения, миастенен синдром при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др., миастенен синдром при ботулизъм, неонатална миастения, конгенитална миастения;
- други миастенни синдром.

Формата и тежестта на миастения гравис се определят съгласно международно приетата класификация на K. Osserman и G. Genkins (1971)

I. Очна миастения – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. А. Лека генерализирана миастения – бавна прогресия, без кризи, отговаря на терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

II. Б. Умерено тежка генерализирана миастения - изразени булбарни прояви, слабост и в скелетните мускули, но без кризи, недостатъчен ефект от терапията – болнично лечение може да се осъществи в неврологична клиника/отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП, но където има и интензивно отделение.

III. Остра фулминантна миастения – бърза прогресия, изразени миастенни прояви с респираторни кризи, лош ефект от терапията, обикновено се открива тимом – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

IV. Късна тежка генерализирана миастения – прогресия от клас I към клас II за 2 години, изразени булбарни прояви и кризи – болнично лечение може да се осъществи в интензивно отделение в болници, отговарящи на условията по НРД и КП.

В хода на диагностичния и лечебния процес пациентът може да премине от една степен на тежест на миастенните нарушения в друга и съответно на това се променя вида на лечебното отделение (общо неврологично, интензивно, хирургично за тимектомия) и времето на болничния престой.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания (ПКК и електролити) се взема до 6-тия час от началото на хоспитализацията. Образни и инструментални изследвания се извършват до третия ден от началото на хоспитализацията, ако не са извършени в амбулаторни условия.

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

В хода на миастения гравис при 15-30% от болните настъпва влошаване, което може да бъде провокирано от интеркурентна инфекция, стрес, неадекватни промени в лечението (рязко намаляване или спиране, включване на аминогликозиди или други блокатори на нервно-мускулния синапс), операции, бременност, раждане или от самия ход на заболяването. Развива се миастенна криза, характеризираща се генерализирана мускулна слабост, изразена булбарна симптоматика и патологична изтощаемост на респираторната мускулатура. Развитието на дихателна недостатъчност е основна проява на миастенната криза и налага хоспитализация в интензивно неврологично отделение или ОАИЛ за провеждане на дихателна реанимация.

Неконтролирано покачване на дозата на ацетилхолинестеразните инхибитори при пациенти със задълбочаване на миастенната симптоматика може да доведе до холинергична (наричана от някои автори смесена) криза, с прибавяне на М-холинергични ефекти – повишена бронхиална секреция и слюноотделяне, брадикардия и хипотензия, колики, диария, мускулни фасцикулации. Такива пациенти също са индицирани за настаняване в отделение с възможност за интензивно лечение и реанимация.

Клинични критерии за заплашваща миастенна криза и хоспитализация в отделение за дихателна реанимация:

- дисфония;
- чести паузи при говорене и дъвчене;
- невъзможност за гълтане на вода;
- тахикардия;
- тахипнея (честота над 25/min);
- невъзможност за добро откашляне;
- участие на спомагателната мускулатура при дишане;
- обща, предимно проксимална слабост;
- фебрилитет;
- витален капацитет по-малко от 20 ml/kg.

Терапевтичното поведение по отношение на дихателната функция включва следните елементи:

- Ендотрахеална интубация с внимание за аспирационни усложнения.
- ИБВ с/без прилагане на PEEP.
- Мониториране на дихателната функция.
- След преценка на тежестта на кризата – провеждане на трахеостомия за осъществяване на по-добър тоалет на трахеобронхиалното дърво и комфорт за пациента, и провеждане на продължителна ИБВ.
- Регулярна аспирация на бронхиалните секрети на 1-4 часа, при необходимост – бронхоскопско почистване на бронхиалното дърво.
- Физиотерапия – перкуторен, вибрационен и постурален масаж, инхалации.
- По възможност ранна мобилизация на болните до седнало и право положение, което профилактира развитие на дихателни и тромбоемболични усложнения.

МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ МИАСТЕННИ КРИЗИ

Антихолинестеразна терапия

Обикновено тя е неадекватна (недостатъчна, недостатъчно ефективна или предозирана с влошаването на болния), а от друга страна увеличава бронхиалната секреция. Поради това може да бъде преустановена поне за 24 часа при болните на ИБВ. След това, на фона на ИБВ се назначава умерена доза – 60 mg Pyridostigmine bromide на 6 часа през назогастрална сонда. Рядко се използва парентерален медикамент, i.m или s.c в доза 1/30 от ентералната. При холинергични и смесени кризи временното преустановяване на антихолинестеразната терапия е задължително.

Кортикостероиди

При болни поставени на ИБВ и трахеостомирани, за получаване на сравнително бърз ефект, може да се започне лечение с високи дози кортикостероиди без особен риск от влошаване на миастенията. Може да се премине на алтернантна схема след стабилизиране на състоянието и отвикване от респиратора.

Съпътстващо лечение:

Гастропротектор.

Протонни инхибитори.

KCl 15% amp бавно i.v. на перфузор или в банки, според стойностите на серумния K^+.

Интравенозен човешки имуноглобулин

За по-бърз ефект в началото на миастенната криза или на фона на бавно настъпващ или липсващ ефект от провежданата имуносупресивна терапия.

Дозировка: 400 mg/kg/d в пет последователни дни на бавна интравенозна инфузия 4.5g/h.

При суспектни пациенти за дефицит на IgA да се изследват серумни имуноглобулини поради риск от анафилактична реакция.

Терапевтична плазмафереза

За постигане на бърз ефект, при съобразяване на всички съпътстващи рискове и странични ефекти.

Доза: 3-6 обмена за една – две седмици.

Симптоматично лечение при миастенните кризи

Антибиотици: за профилактика и лечение на съпътстващи инфекции (пневмония, уроинфекции, сепсис и др.)

Предпочитана група – цефалоспорини от втора, трета и четвърта генерация.

Гастропротектори.

Корекция на електролитен дисбаланс и хипопротеинемия.

Нискомолекулярни хепарини или антиагрегантни дози на субкутанен Heparin при по-дълго имобилизирани болни.

Хранене и интензивни грижи

Важен елемент от грижите за пациентите с миастенни кризи е осигуряване на достатъчно калории (около 30 cal/kg/d) и състав (с високо съдържание на протеини) хранене. Основен метод на хранене е ентерален през назо-гастрална сонда, допълнена от парентерални инфузии на хранителни субстанции, проследява се ЦВН. Профилактират се флеботромбози, ателектази, бронхопневмонии.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Базира се на анамнестичните данни, соматичния и неврологичния статус, направените неврофизиологични, образни и имунологични изследвания, клиничния ход на заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:
- компенсиране на миастенната криза;
- преминаване на перорална терапия с антихолинестеразни средства и поддържащи дози имуносупресивна терапия;
- възстановяване на спонтанното дишане.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛУБУЛИН ПРИ ПАЦИЕНТИ С МИАСТЕННИ КРИЗИ

Име:……
ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	**Да**	**Не**
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
За по-бърз ефект в началото на миастенната криза или на фона на бавно настъпващ или липсващ ефект от провежданата имуносупресивна терапия.		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към имуноглобулини		
Селективен ИгА-недоимък		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ИМУНОГЛОБУЛИН		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		

Анафилаксия.		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия имуноглобулин се прилага в доза от 400мг/кг/дневно в продължение на 5 последователни дни. Инфузията се провежда много бавно - 4.5 гр. за 1 час.		

НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочения медикамент и заплаща приложението му в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с ИгА недоимък са много вероятни тежките анафилактични реакции. При суспектни пациенти е необходимо предварително определяне на серумния ИгА.

При пациенти с компенсирана бъбречна недостатъчност се препоръчва редукция както на денонощната доза имуноглобулин, така и на скоростта на инфузия на препарата. По този начин може да се избегне възникването на остра бъбречна недостатъчност.

Имуноглобулините водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация, или може да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрита за настъпване на хемоконцентрация преди провеждане на терапията.

Фишът за лечение с човешки имуноглобулин става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или в отделението 1 година, и подлежат на контрол при провеждане на ОДИТ от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП № .....
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:.....

ЕГН □□□□□□□□□□

ИЗ №: □□□□□

ЛЕЧЕНИЕ С ИМУНОГЛОБУЛИН фабричен № на флакона	
Индикации	**Контраиндикации**

СКАЛА ЗА ОБЕКТИВНА ОЦЕНКА НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

Име на пациента:.....

Години:..... **Медикамент:**..... **Лекар:**.....

Тест	Точки	Дата и час							
Проба на Баре (1 т. за 10 сек.)	0 – 15								
Проба на Мингацини (1 т. за 5 сек.)	0 – 15								
Повдигане на главата: невъзможно с/у собствена тежест с/у съпротива	 0 5 10								
Самостоятелно ставане от легнало положение: невъзможно възможно	 0 10								
Нарушения на окуломотериката: диплопия птоза норма	 0 5 10								
Затваряне на клепачите: без покриване на корнея с покриване на корнея signe de cils норма	 0 5 7 10								
Дъвчене: невъзможно лошо норма	 0 5 10								
Гълтане: невъзможно затруднено норма	 0 5 10								
Говор: невъзможен носов норма	 0 5 10								
Медикация									
Витален капацитет									
Дихателна честота									

МЕДИКАМЕНТИ, КОИТО МОГАТ ДА ВЛОШАТ ПРОТИЧАНЕТО НА МИАСТЕНИЯ ГРАВИС

АНТИБИОТИЦИ И ХИМИОТЕРАПЕВТИЦИ
Аминогликозиди Линкомицин/Клиндамицин Тетрациклини Макролиди Флуороквинолони Сулфонамиди
АНЕСТЕТИЦИ
Средства, блокиращи нервно-мускулното предаване Лидокаин Прокаин
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ МЕДИКАМЕНТИ
Бета блокери Калциеви антагонисти

Прокаинамид Хинидин
БЕНЗОДИАЗЕПИНИ
ДРУГИ
Барбитурати Фенитоин Невролептици Магнезиеви препарати Литиеви препарати Кортикостероиди във високи дози Йодни контрастни средства Хинин (включително в тоник)

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Миастения гравис е автоимунно заболяване на нервно-мускулното съединение, което се характеризира с нарушение в предаването на импулсите от нервите към мускулите. Заболяването се среща във всички възрасти, като при жените преобладава в по-млада възраст, а при мъжете – в по-напреднала възраст. Характеризира се с развитие на мускулна слабост, в началото в определени мускулни групи – очните мускули (падане на клепачите и двойно виждане), гълтателните и говорните мускули (смущение в храненето и говоренето, задавяне, попадане на храна в трахеята и опасност от развитие на аспирационни пневмонии). Засягат се и мускулите на раменния и тазовия пояс, с поява на умора при повдигане на ръцете, и умора в краката при изкачване на стълби и по-късно при ходене. За тези нарушения е характерно, че тежестта им се колебае в различните часове на денонощието, като обикновено в следобедните и вечерните часове са по-силно изразени. Понякога заболяването може рязко да се влоши с развитие на дихателна недостатъчност и опасност от смъртен изход (напр. при температурно заболяване, физическо обременяване, операция, раждане, прием на някои медикаменти и др.). В тези случаи е необходимо спешно постъпване в интензивно отделение за изкуствена белодробна вентилация и реанимация.

Причината за миастения гравис, както и за другите автоимунни заболявания не е ясна. Установена е със сигурност ролята на тимусната жлеза за развитието на заболяването. Това се потвърждава с установяването на увеличение на жлезата (хиперплазия) или на тумор на тимуса (тимом) при компютърна томография. В тези случаи се предприема оперативно отстраняване на тимусната жлеза (тимектомия). Резултатите са по-добри при тимектомия в ранните стадии на заболяването.

Когато няма данни за увеличение на тимуса или пациентът е много възрастен с придружаващи заболявания, които увеличават риска от оперативното лечение, се провежда консервативно лечение с кортикостероиди и имуносупресори. Същото лечение се прилага и при недостатъчен ефект от тимектомията. Лечението с кортикостероиди е продължително и е свързано с много странични прояви, което изисква започването му в болница с последващо проследяване на схемата на лечение и предотвратяване на страничните прояви. При недостатъчен ефект или при изразени странични прояви от кортикостероидите се преминава на консервативно лечение с имуносупресивни средства, които може да имат значителни странични прояви. Такива препарати са азатиоприн и циклоспорин.

При влошаване на миастенната слабост, особено в дихателните и гълтателните мускули, се предприема т.нар. плазмафереза – обмяна на част от кръвната плазма на пациента за отстраняване на антителата или се прави интубация и изкуствена белодробна вентилация. В тези случаи пациентът се хоспитализира в отделение за интензивно лечение и реанимация. При рефрактерна на лечение миастения се провежда и интермитентна терапия с високи дози имуноглобулини венозно в курсове от 5 последователни дни.

Симптоматичното лечение на миастенните нарушения се провежда с лекарства, които подобряват нервно-мускулното провеждане – антихолинестеразни средства. Те се приемат през няколко часа през устата, а при невъзможно гълтане се прилагат инжекционно. При предозиране на тези медикаменти има опасност от развитие на блок в нервно-мускулното предаване – т.нар. холинергична криза. Пациентите, които са на високи дози антихолинестеразни препарати също се хоспитализират, проследяват и при холинергична криза се интубират и включват на изкуствена белодробна вентилация.

При навременно и правилно лечение е възможно постигане на пълна ремисия с възстановяването на работоспособността, или частични ремисии с възможност за ограничена работоспособност.

Освен миастения гравис има и други заболявания, които се дължат на блокиране на предаването в нервно-мускулното съединение – напр. ботулизъм, който се дължи на консумация на недобре консервирани продукти. Понякога при злокачествени заболявания на белия дроб и по-рядко на други органи също се развива миастенна мускулна слабост. Някои лекарства нарушават нервно-мускулното предаване – т.нар. лекарствена миастения (напр. някои антибиотици, антиаритмични средства, диазепам и др.) Затова болните с миастения не бива да се самолекуват и трябва винаги да се съветват с лекар за новите лекарства. Миастенна мускулна слабост с опасност от дихателна недостатъчност се развива и при някои интоксикации (напр. с инсектициди и при ухапвания от скорпиони, змии, отровни риби и др.).

Отказът от постъпването в болница при съмнение за миастения гравис и други миастенни заболявания крие рискове от неточност в диагнозата и провеждане на неадекватно лечение, което дори може да бъде опасно и да влоши допълнително мускулната слабост с опасност от дихателна недостатъчност.

По време на болничния престой ще бъдат направени изследвания за изясняване на диагнозата и за определяне тежестта на заболяването; ще започне необходимото симптоматично, имуносупресивно и оперативно лечение. При опасност от дихателна недостатъчност ще бъдете преведен или приет директно в отделение за реанимация и интензивно лечение.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение за провеждане на необходимите диагностични и лечебни процедури. Ако по време на лечението желаете да прекратите същото, трябва да изразите това желание в писмена форма, като по този начин освобождавате от отговорност лекуващия ви екип за по нататъшното ви здравословно състояние.

КП № 67 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

G20 Болест на Parkinson
Хемипаркинсонизъм
Paralysis agitans
Паркинсонизъм или болест на Parkinson:
- БДУ
- идиопатичен(-на)
- първичен(-на)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ и/или магнитна резонансна томография на глава
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)

• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени една основна диагностична и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Процедура КТ на глава е задължителна диагностична процедура при първа хоспитализация, като това изследване важи с давност до 90 дни преди първата хоспитализация за уточняване на диагнозата, което се доказва с разчитане от изследването или епикриза.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нервни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нервни болести".

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврология
2. Клинична лаборатория II ниво *
3. ЕМГ – кабинет (апарат)

***-** В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Образна диагностика – КТ или МРТ
3. Лаборатория (отделение) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама с придобита специалност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести".

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За ЕМГ: лекар със специалност по нервни болести, с допълнителна квалификация за извършване на електромиография, удостоверена чрез сертификат (съгласно медицински стандарт „Нервни болести").

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

• Първоначално диагностично уточняване на паркинсонова болест при пациенти с тежки двигателни смущения (тремор, брадикинеза, ригидност и постурална нестабилност) и такива от страна на психиката и автономната нервна система;

Диагностика и лечение на болни с доказана паркинсонова болест при:

• влошаване на симптоматиката, признаци на усложнение от лечението с леводопа и необходимост от промяна и оптимизиране на терапията;

• възникване на акинетична криза с нарушение на гълтането, невъзможност на движение.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ЕМГ или образни изследвания (при необходимост) се извършват до края на болничния престой.

За лечение на Паркинсоновата болест се използват шест групи медикаменти. Освен това се прилага и хирургично лечение. В хода на заболяването, към двигателните смущения се прибавят и такива от страна на психиката и автономната нервна система, които също се нуждаят от терапевтична намеса. Това разширява кръгът от използвани медикаменти и изисква съобразяване с лекарствените взаимодействия.

Терапевтичният подход при ранен и при напреднал паркинсонизъм се различава съществено и поради това ще бъде разгледан отделно.

ЛЕЧЕНИЕ НА РАНЕН ПАРКИНСОНИЗЪМ

Препаратите на **леводопа** са най-ефективното лечение на Паркинсоновата болест, но дълготрайното им приложение предизвиква сериозни странични действия. За избягването им и за забавяне на еволюцията на заболяването, повечето автори предпочитат отлагане на лечението с леводопа в ранния паркинсонизъм и препоръчват прилагането на медикаменти с възможно невропротективно действие.

Най-сигурни данни за невропротективното действие има за МАО-Б инхибитора сележилин. Той намалява допаминния метаболизъм и продукцията на токсични свободни радикали. Освен това има и антиапоптотично действие и оказва трофичен и възстановителен ефект върху двигателните неврони. Повечето автори считат, че терапията на ранния паркинсонизъм трябва да започне със сележилин два пъти по 5 мг дневно.

При поява на лек функционален дефицит и изчерпване на симптоматичния ефект на сележилин, към терапията могат да бъдат прибавени амантадин или допаминов агонист. Тези медикаменти са особено полезни на този етап, понеже освен своя симптоматичен ефект се счита, че те могат да упражняват и невропротективно действие. Механизмът на действие на **амантадин** се свързва с увеличаване на освобождаването на допамин от окончанията на нигростриарните неврони, блокиране на допаминовия реъптейк и известно антихолинергично действие. Възможният невропротективен ефект на амантадина сега се свързва с блокиране на Н-метил Д-аспартат глутаматни рецептори. Прилагат се амантадин сулфат и амантадин хидрохлорид, но по-често се назначава амантадин сулфат до 300-400 мг дневно.

Допаминовите агонисти могат да бъдат приложени в този стадий поради техния ясен симптоматичен ефект и невропротективно действие. За лечение се прилагат различни допаминови агонисти. Те запазват симптоматичния си ефект за различен период от време. Докато бромокриптин запазва този ефект до една година, лечението с прамипексол е ефикасно повече от три години. Освен това, прилагането на прамипексол намалява страничните явления, които могат да се получат при прилагане на ерголинови препарати (бромокриптин, перголид, алфа-ДХЕК). Поради това повечето автори препоръчват прилагането на прамипексол. Терапевтичната доза на прамипексол е от 1,5 до 4,5 мг. Този медикамент е особено полезен за лечение на ранна Паркинсонова болест при пациенти под 55 години, поради факта, че може да се отложи терапията с леводопа и по този начин да се намалят усложненията от тази терапия.

Следващата група медикаменти, която може да се добави към терапията, е тази на **антихолинергичните средства**. Те се прилагат внимателно при болни над 65 години. По-често се назначават при по-млади болни, които имат статичен тремор като водещ симптом. Използва се бипериден с бавно повишаване на дозата от 1 до 4 мг дневно.

Когато симптоматичния ефект от горните групи медикаменти се изчерпи, се обсъжда преминаването към препарати на леводопа. Използват се стандартните препарати на леводопа в по-ниски дози (200-400 мг) или 30-50% по-високи дози от формите с контролирано освобождаване.

ЛЕЧЕНИЕ НА НАПРЕДНАЛА ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

В началото на заболяването лечението с леводопа има дълготраен ефект, далеч надминаващ фармакокинетичния профил на медикамента. Постепенно по време на продължителното лечение с леводопа една голяма част от болните получават значителни двигателни флуктуации и дискинезии. В тази фаза на заболяването нараства функционалния дефицит и лечението с леводопа трябва да продължи. Необходимо е, обаче, да се намалят единичните дози на леводопа и да се увеличи честотата на приемите. Друга възможност е заменянето на стандартните форми на леводопа с такива с контролирано освобождаване, и след това прибавяне на допаминови агонисти (прамипексол, бромокриптин).

При наличие на дискинезии към терапията се прибавя амантадин сулфат до 300-400 мг. Ако се явят непредсказуеми “on-off” феномени, е необходимо да се промени хранителния режим, като болните трябва да приемат основното количество протеини във вечерното хранене. В такива случаи се увеличава дозата на прилаганите допаминови агонисти. При дисфагия, сутрешна акинезия и акинетични фази през денонощието, се прилага с успех и разтворимата форма на леводопен препарат.

При депресия, която е честа при Паркинсоновата болест, се прилагат антидепресанти.

Психотичните състояния, които са свързани с лечението, могат да предизвикат тежка инвалидизация. Както холинергичните, така и допаминергичните средства могат да предизвикат такива симптоми. Най-често се развиват съновидения, нощни кошмари, халюцинации, параноидна симптоматика и делири. При такива случаи трябва да се спрат последователно антихолинергичните средства, сележилин, амантадин и след това допаминовите агонисти. Ако е необходимо се намалява дозата на леводопа до момента, когато се подобри психотичната симптоматика. При персистирането й се включват невролептици.

Освен лекарствената терапия, болните трябва ежедневно да правят лечебна физкултура, да бъдат насърчавани за движение (ходене, леко тичане) и по-лека физическа работа.

Пациентите с Паркинсонова болест трябва да бъдат запознати с различни похвати и приспособления, които биха облекчили ежедневието им и биха запазили по-дълго време тяхната социална ангажираност и самостоятелност.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяването на паркинсонова болест и отдиференцирането й от симптоматичен паркинсонизъм, паркинсонизъм при нервнодегенеративни заболявания и при паркинсон-плюс синдромите.

Диагнозата Паркинсонова болест е много вероятна при бавно и прогресивно развиващи се поне два от кардиналните симптоми (статичен тремор, брадикинеза, ригидност и постурални нарушения), унилатерална поява на симптоми и първоначално добро повлияване от лечението с леводопа.

Отчита се формата на клиничното протичане (предимно треморна, предимно ригидно-брадикинетична, смесена), както и тежестта на паркинсоновата инвалидизация по скалата на Хоен и Яр.

Регистрира се влошаването на симптоматиката, страничните ефекти от лечението (двигателни флуктуации, дискинезии, невропсихиатрични усложнения) и се оптимизира терапията.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:
- уточняване на диагнозата;
- оптимизиране на терапията;
- подобряване на неврологичната симптоматика.Довършване на лечебния процес и проследяване

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Паркинсоновата болест е едно от най-честите дегенеративни заболявания на централната нервна система. Възрастта, при която се появява заболяването се колебае в широки граници от 20 до 80 години. Засягат се най-често хора в средна и по-късна възраст. Мъжете боледуват по-често.

Паркинсоновата болест не е резултат от действието на една причина. Има убедителни данни за значението на наследствеността при тази болест. Освен генетичните фактори могат да въздействат и редица фактори на околната среда. Някои проучвания показват повишен риск, свързан с живеене на село, земеделска работа, контакт с пестициди и хербициди, както и за работещи с химикали в индустриални предприятия. Заболяването се проявява при увреждане на някои ядра в мозъка, като черната субстанция в средния мозък, при което се намалява допамина, който провежда нервни импулси.

Паркинсоновата болест се развива бавно, постепенно, отначало с неспецифични симптоми, а по-късно се появяват и основните признаци на заболяването - треперене на крайниците, забавени движения, скованост в мускулите и нестабилна походка. Понякога се прибавя депресия и нарушения на вегетативната нервна система.

Това е едно от малкото дегенеративни заболявания на нервната система, което се повлиява значително от прилаганата терапия. Назначават се различни лекарства в зависимост от възрастта на болния, стадия на заболяването и страничните явления от терапията. Най-често се започва с препаратите сележилин, амантадин сулфат, биперидон. По-късно се назначава леводопа, което е основно и най-ефективно лекарство за лечение на Паркинсоновата болест. Заедно с лекарствената терапия се препоръчва лечебна физкултура, движение и лека физическа работа.

При съмнение за Паркинсонова болест, както и при влошаване състоянието на вече диагностициран болен с това заболяване, е необходим неотложен преглед от специалист невролог или от общопрактикуващия лекар. При установяване на клинични белези на Паркинсонова болест е желателно в най-кратки срокове да се осъществи диагностично уточняване или да бъде овладяно влошаването на заболяването (ако такова е регистрирано). И в двата случая е необходимо постъпване в болнично лечебно заведение (специализирано неврологично отделение/клиника).

КП № 68.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ГОРНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЕН ТРАКТ ЗА ЛИЦА НАД 18-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Злокачествено новообразуване на хранопровода

C15.0 **Шийната част на хранопровода**
C15.1 **Гръдната част на хранопровода**
C15.2 **Коремната част на хранопровода**
C15.3 **Горната трета на хранопровода**
C15.4 **Средната трета на хранопровода**
C15.5 **Долната трета на хранопровода**
C15.8 **Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на хранопровода**

Злокачествено новообразуване на стомаха

C16.0 **Кардиа**
Отвор на кардиата
Кардио-езофагеална област
Гастро-езофагеална област
Хранопровод и стомах
C16.1 **Дъно на стомаха**
C16.2 **Тяло на стомаха**
C16.3 **Антрум на пилора**
Антрум на стомаха
C16.4 **Пилор**
Препилор
Пилорен канал
C16.5 **Малка кривина на стомаха, неуточнена част**
Малка кривина на стомаха, некласифицирана в C16.1—C16.4
C16.6 **Голяма кривина на стомаха, неуточнена част**
Голяма кривина на стомаха, некласифицирана в C16.0—C16.4
C16.8 **Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на стомаха**

Злокачествено новообразуване на тънките черва

C17.0 **Дванадесетопръстник (дуоденум)**

Доброкачествено новообразуване на други и неточно определени части на храносмилателната система

D13.0 **Хранопровод**
D13.1 **Стомах**
D13.2 **Дванадесетопръстник (дуоденум)**

Амилоидоза

Не включва: болест на Alzheimer (G30.—)

E85.4 **Ограничена амилоидоза**
Локализирана амилоидоза
E85.8 **Други форми на амилоидоза**
K20 **Езофагит**
Абсцес на хранопровода
Езофагит:

- БДУ
- химичен
- пептичен

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: ерозия на хранопровода (K22.1)
рефлукс-езофагит (K21.0)
с гастроезофагеална рефлуксна болест (K21.0)

Гастроезофагеална рефлуксна болест

K21.0 Гастроезофагеална рефлуксна болест с езофагит
Рефлукс-езофагит

K21.9 Гастроезофагеална рефлуксна болест без езофагит
Гастроезофагеален рефлукс
Само при деца до 4 годишна възраст

Други болести на хранопровода

Не включва: варици на хранопровода (I85.—)

K22.0 Ахалазия на кардията
Ахалазия БДУ
Кардиоспазъм

Не включва: вроден кардиоспазъм (Q39.5)

K22.1 Язва на хранопровода
Ерозия на хранопровода
Язва на хранопровода:

- БДУ
- предизвикана от поглъщане на:
  - химични вещества
  - лекарства и медикаменти
- гъбична
- пептична

K22.2 Непроходимост на хранопровода

Компресия
Стеснение
Стеноза
Стриктура
на хранопровода

Не включва: вродена стеноза или стриктура на хранопровода (Q39.3)

K22.5 Дивертикул на хранопровода, придобит
Джоб на хранопровода, придобит

Не включва: вроден дивертикул на хранопровода (Q39.6)

Язва на стомаха

Включва: ерозия (остра) на стомаха
язва (пептична) на:

- пилора
- стомаха

Не включва: остър хеморагичен ерозивен гастрит (K29.0)
пептична язва БДУ (K27.—)

K25.3 Остра без кръвоизлив или перфорация

K25.7 Хронична, без кръвоизлив или перфорация

Язва на дванадесетопръстника

Включва: ерозия (остра) на дванадесетопръстника
язва (пептична) (на):

- дванадесетопръстника
- постпилорна

Не включва: пептична язва БДУ (К27.—)

К26.3 Остра, без кръвоизлив или перфорация

К26.7 Хронична, без кръвоизлив или перфорация

Гастройеюнална язва

Включва: язва (пептична) или ерозия:

- на анастомозата
- гастроколонна
- гастроинтестинална
- гастройеюнална
- йеюнална
- маргинална
- на стомата

Не включва: първична язва на тънкото черво (К63.3)

К28.3 Остра без кръвоизлив или перфорация

К28.7 Хронична, без кръвоизлив или перфорация

Гастрит и дуоденит

Не включва: еозинофилен гастрит или гастроентерит (К52.8)
синдром на Zollinger-Ellison (Е16.8)

К29.1 Други остри гастрити
Включително и остър ерозивен гастрит

К29.3 Хроничен повърхностен гастрит – само за лица под 14 години

К29.4 Хроничен атрофичен гастрит
Атрофия на лигавицата

К29.6 Други гастрити
Гигантски хипертрофичен гастрит
Грануломатозен гастрит

Други болести на стомаха и дванадесетопръстника

Включва: функционални разстройства на стомаха

Не включва: дивертикул на дванадесетопръстника (К57.0—К57.1)
стомашночревен кръвоизлив (К92.0—К92.2)

К31.0 Остра дилатация на стомаха
Остро разширение на стомаха

К31.1 Хипертрофична пилорна стеноза у възрастни
Пилорна стеноза БДУ
Не включва: вродена или детска пилорна стеноза (Q40.0)

К31.2 Стриктура на стомаха с форма на пясъчен часовник и стеноза на стомаха

Не включва: стомах с форма на пясъчен часовник, вроден (Q40.2)
контракция на стомах с форма на пясъчен часовник (К31.8)

К31.3 Пилороспазъм, некласифициран другаде
Не включва: пилороспазъм:

- вроден или при деца (Q40.0)
- невротичен (F45.3)
- психогенен (F45.3)

К31.5 Непроходимост на дванадесетопръстника

Контракция
Стеноза | на дванадесетопръстника
Стриктура

Непроходимост на дванадесетопръстника, хронична

Не включва: вродена стеноза на дванадесетопръстника (Q41.0)

К31.6 Фистула на стомаха и дванадесетопръстника

Фистула гастроколика
Фистула гастройеюноколика

Диафрагмална херния

Включва: хиатус херния (езофагиална) (плъзгаща се)
параезофагиална херния

Не включва: вродена херния:
- диафрагмална (Q79.0)
- хиатална (Q40.1)

K44.9 Диафрагмална херния без непроходимост или гангрена
Диафрагмална херния БДУ

Нарушена резорбция на червата

K90.0 Цьолиакия
Глутеночувствителна ентеропатия

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, некласифицирани другаде

Не включва: гастройеюнална язва (K28.—)
радиационен:
- колит (K52.0)
- гастроентерит (K52.0)
- проктит (K62.7)

K91.1 Синдроми на оперирания стомах
Синдром:
- дъмпинг
- постгастректомичен
- постваготомичен

Други вродени аномалии на горната част на храносмилателния тракт

Q40.0 Вродена хипертрофична пилоростеноза

T18.1 Чуждо тяло в хранопровода

2.2 И 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Езофагоскопия

30473-03 Езофагоскопия
Гъвкава езофагоскопия
Не включва: такава с:
- биопсия (30473-04 [861])
- изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])

Други ексцизионни процедури на хранопровод

30473-04 Езофагоскопия с биопсия

Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания

Не включва: гастроинтестинални необразни нуклеарни медицински процедури (12506-00, 12509-00) [1863])

11810-00 Изследване на гастро-езофагеален рефлукс, включващ 24 часа pH мониторинг
Включва:
анализ
интерпретация
доклад
Не включва: такава с < 24 часа pH мониториране – пропусни кода

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD]

30473-02 Панендоскопия през изкуствена стома
Гастроскопия през изкуствена стома
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома
Не включва: дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891])
ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])

30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

30473-06 Панендоскопия до илеума с биопсия

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58909-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Включва: предварителен общ план
Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове *Включва*: дуплекс ултразвук на:

- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инферио

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-03 Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина

91920-17 Изследване за нитрити в урината

Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания

Не включва: гастроинтестинални необразни нуклеарни медицински процедури (12506-00, 12509-00) [1863])

11800-00 Тест за моторика на хранопровод
Манометричен мотилитетен тест на хранопровод

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-33 Клинично-химични изследвания за натрий и калий

Морфологични изследвания

91919-01 Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
91908-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/или повърнати материи за култури.Включва и Helicobacter pylori

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва

31462-00 Поставяне на йеюностомна тръба за хранене

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92037-00 Промивка на назогастрална сонда
Не включва: стомашна промивка (14200-00 [1895])
Забележка: Изпълнена при лечение за пъгълнатата отрова

Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92073-00 Промивка на гастростомия или ентеростомия

Отстраняване на чуждо тяло от хранопровод

30478-10 Езофагоскопия с отстраняване на чуждо тяло

Панендоскопия с отстраняване на чуждо тяло

Включва: двойно балонна ентероскопия
30478-00 Панендоскопия до дванадесетопръстника с отстраняване на чуждо тяло
Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с изваждане на чуждо тяло
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Не включва: такава с ригиден езофагоскоп (41825-00 [852])

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

1. Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум пет основни диагностични процедури с кодове
   - Първата основна процедура включва задължително извършване на комплекса от медико диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“, като от тях: 91920-03 Изследване за албумин в урината – само за микроалбуминурия, 91920-10 Изследване на относително тегло на урина и 91920-17 Изследване за нитрити в урината са по преценка на лекуващия лекар
   - Втората включва 11700-00 - ЕКГ;
   - Третата включва задължително извършване на целия комплекс от медикодиагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;
   - Четвъртата включва задължително извършване на: 30668-00 или 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;
   - Петата включва ендоскопска процедура 30473-05 или 30473-01 или 30473-00 или 30473-06 или 30473-02 или 30473-03 или 30473-04.
   - и две терапевтични процедури, едната от които е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09.

   2. При контраиндикации или невъзможност за извършване на ендоскопска процедура в пълен обем поради стеноза/стриктура, фистула на стомах и дуоденум, синдром на оперирания стомах, клиничната пътека се счита за завършена, ако има рентгенография, доказваща наличието им. Рентгеновата снимка или електронният носител се прикрепват към ИЗ.

   3. Процедура с код 91919-01 задължително се отчита допълнително като шеста процедура, само при извършване на биопсия със задължително хистологично изследване. Резултатът от хистологичното изследване задължително се прикрепва към ИЗ и се вписва в епикризата.

   4. Терапевтичните процедури: 96197-02, 96199-02, 96199-00 и 96199-09/9620009/96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

   Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

   Клиничната пътека за лица над 18 годишна възраст се счита за завършена, ако са приложени ЕКГ, ехографски протокол, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастронтерология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура

1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика
4. Анестезиологичен екип
5. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
6. УЗ апарат среден/висок клас, с възможност за Доплер ехографии

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА. ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

Лечебно заведение, изпълнител на тази клинична пътека, задължително сключва договор за изпълнение и на АПр № 34.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и предоперативно стадиране на онкологично заболяване на горния гастроинтестинален тракт при клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни.

Диагностика и лечение на:

- усложнено, неповлияващо се от амбулаторно лечение заболяване на горния ГИТ с "алармиращи" симптоми и един или повече от следните симптоми: анемичен синдром (доказан чрез лабораторни изследвания); диселектролитемия, доказана чрез промени в серумния Na и K; повишен креатинин и урея;
- пациенти със заболявания на ГИТ и клинични и/или инструментално доказани придружаващи заболявания, алергия, прием на медикаменти, непозволяващи провеждането на диагностично-лечебните дейности в амбулаторни условия;
- Лечение на средна и тежка степен на малнутриция при заболяване на горния ГИТ.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти, провеждащи продължително амбулаторно лечение за заболяване на горния ГИТ, без добър терапевтичен ефект по искане на лекаря, провеждащ лечението в специализираната извънболнична помощ.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност, горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. В случай на необходимост от провеждане на КТ или МРТ, те се извършват до края на болничния престой. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели, се извършват до края на хоспитализацията – по преценка.

При заболявания на горния ГИТ се извършват следните основни диагностични процедури:

Клинико – лабораторни изследвания, съобразени с посочените в блок Основни процедури:

Задължителни – посочени в блок:

- хематология – ПКК, включваща хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки;
- клинико-химични - кръвна захар, креатинин и/или урея;
- електролити – K и Na;
- хемокоагулационни изследвания - фибриноген, протромбиново време (индекс, INR);
- изследване на урина.

Според съответните заболявания и показания:

- клинико-химични - амилаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ; Na, K, Cl, АКР, С-реактивен протеин, туморни маркери (CEA, CA 19-9, CA-72-4 и др.), СУЕ, общ белтък и албумин;

Абдоминална ехография на коремни органи, ретроперитонеум и малък таз.

И при показания:

- доплерово изследване.

Ендоскопско изследване на горния ГИТ (горна гастроинтестинална ендоскопия) с или без вземане на материал за хистологично (цитологично) изследване (ендоскопска ***биопсия***, четкова или друга цитология);

- горна ендоскопия – езофаго- гастро-дуоденоскопия (ФГС);
- ендоскопски оглед на проксималния отдел на тънкото черво – ниска дуоденоскопия.

Хистологично изследване и/или цитологично изследване – стандартни и при показания допълнителни оцветявания и имунохистохимия.

Контрастната рентгенография на горния ГИТ- при необходимост.

Допълнителни изследвания - при показания:

- кръвна група;
- рентгенография на бял дроб и сърце;
- обзорна графия на гръден кош и/или корем;
- микробиологични изследвания;
- специфични функционални тестове (според съответните заболявания и показания - хранопровод, стомах, дуоденум).

Ако болен с онкологично заболяване подлежи на оперативно лечение, лъче– и/или химиотерапия се изследват и съответните туморни маркери.

При установени отклонения на лабораторни показатели и биологични параметри задължително се извършват контролни изследвания.

ЛЕЧЕНИЕ

Индикации за ендоскопско лечение:

Ендоскопско изваждане на вътрелуменно чуждо тяло, конци на мястото на анастомоза от горния ГИТ.

Ендоскопско поставяне на назогастрална или интестинална сонда за:

декомпресия, промивка или локална инстилация на храни и концентрирани хранителни субстанции (ентерално хранене).

Медикаментозното лечение включва лечение на основното заболяване и/или корекция на жизнено важни функции, според препоръките за стандартизирано поведение на Българско научно дружество по гастроентерология (БНДГЕ): лечение с антисекретори (Н2 блокери, инхибитори на протонната помпа); протектори на лигавицата, прокинетици или други медикаменти, повлияващи функцията на сфинктерите и моториката на горния ГИТ, кръвоспиращи, антибиотици и други антибактериални средства, противотуморни и имуномодулиращи средства и др.; спазмолитици, обезболяващи, хепарин, електролитни и инфузионни разтвори, кортикостероиди, средства за корекция на хипоалбуминемия и анемия, осигуряване на ентерално или парентерално хранене, сондово хранене или перорално хранене с концентрирани хранителни субстанции, протеазни инхибитори. По индикации – трансфузия на цяла кръв или кръвни компоненти, хуманалбумин или други биопродукти; желязо-съдържащи и други медикаменти.

Показания за оперативно лечение:

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург, болният се насочва за хирургично лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя:

- след *горна гастроинтестинална ендоскопия и хистологично изследване* - основен диагностичен метод! Резултатите от хистологичното изследване се прикрепват към ИЗ и се записват в епикризата;
- след *ендоскопско изследване* - при моторни нарушения, дивертикули; дуоденална язва, ГЕРБ с езофагит, хиатална херния, кървяща или субмукозна лезия, невъзможен достъп за биопсия;
- след *рентгенологично изследване* - при противопоказания за ендоскопия, при невъзможен ендоскопски достъп (преминаване през изразена стриктура или обструкция отвън, субмукозни промени, опасност от перфорация, лезия, разположена в тънко черво (напр. пептична язва на тънкото черво, стриктура, променена анатомия от патологичен процес или постоперативно; фистула, пенетрация), моторни нарушения, дивертикули на горния ГИТ и други.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:
- осигуряване на коректна диагноза и лечение на основното заболяване, съгласно алгоритъма - ендоскопско и/или медикаментозно;
- проведено адекватно лечение с овладяване на основните субективни оплаквания;
- доказване, стадиране и определяне на операбилността на тумор или насока към алтернативни ендоскопски или други процедури;
- корекция на патологично променените показатели, които от медицинска гледна точка е възможно да бъдат повлияни до края на болничния престой.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катраненочерни или да настъпи повръщане на материи с вид на разредено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият общопрактикуващ лекар или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 68.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ГОРНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЕН ТРАКТ ЗА ЛИЦА ПОД 18-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Злокачествено новообразуване на хранопровода

C15.0 Шийната част на хранопровода
C15.1 Гръдната част на хранопровода
C15.2 Коремната част на хранопровода
C15.3 Горната трета на хранопровода
C15.4 Средната трета на хранопровода
C15.5 Долната трета на хранопровода
C15.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на хранопровода

Злокачествено новообразуване на стомаха

C16.0 Кардиа
Отвор на кардиата
Кардио-езофагеална област
Гастро-езофагеална област
Хранопровод и стомах
C16.1 Дъно на стомаха
C16.2 Тяло на стомаха
C16.3 Антрум на пилора
Антрум на стимаха
C16.4 Пилор
Препилор
Пилорен канал
C16.5 Малка кривина на стомаха, неуточнена част
Малка кривина на стомаха, некласифицирана в C16.1—C16.4
C16.6 Голяма кривина на стомаха, неуточнена част
Голяма кривина на стомаха, некласифицирана в C16.0—C16.4
C16.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на стомаха

Злокачествено новообразуване на тънките черва C17.0
Дванадесетопръстник (дуоденум)

Доброкачествено новообразуване на други и неточно определени части на храносмилателната система

D13.0 Хранопровод
D13.1 Стомах
D13.2 Дванадесетопръстник (дуоденум)

Амилоидоза

Не включва: болест на Alzheimer (G30.—)

E85.4 Ограничена амилоидоза
Локализирана амилоидоза
E85.8 Други форми на амилоидоза
K20 Езофагит
Абсцес на хранопровода
Езофагит:
- БДУ

• химичен
• пептичен

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: ерозия на хранопровода (K22.1)
рефлукс-езофагит (K21.0)
с гастроезофагеална рефлуксна болест (K21.0)

Гастроезофагеална рефлуксна болест

K21.0 Гастроезофагеална рефлуксна болест с езофагит
Рефлукс-езофагит

K21.9 Гастроезофагеална рефлуксна болест без езофагит
Гастроезофагеален рефлукс

Други болести на хранопровода

Не включва: варици на хранопровода (I85.—)

K22.0 Ахалазия на кардията
Ахалазия БДУ
Кардиоспазъм
Не включва: вроден кардиоспазъм (Q39.5)

K22.1 Язва на хранопровода
Ерозия на хранопровода
Язва на хранопровода:
БДУ
предизвикана от поглъщане на:
химични вещества
лекарства и медикаменти
гъбична
пептична

K22.2 Непроходимост на хранопровода
Компресия
Стеснение
Стеноза
Стриктура
на хранопровода

Не включва: вродена стеноза или стриктура на хранопровода (Q39.3)

K22.5 Дивертикул на хранопровода, придобит
Джоб на хранопровода, придобит
Не включва: вроден дивертикул на хранопровода (Q39.6)

Язва на стомаха

Включва: ерозия (остра) на стомаха
язва (пептична) на:
• пилора
• стомаха

Не включва: остър хеморагичен ерозивен гастрит (K29.0)
пептична язва БДУ (K27.—)

K25.3 Остра без кръвоизлив или перфорация
K25.7 Хронична, без кръвоизлив или перфорация

Язва на дванадесетопръстника

Включва: ерозия (остра) на дванадесетопръстника
язва (пептична) (на):
• дванадесетопръстника
• постпилорна

Не включва: пептична язва БДУ (K27.—)

K26.3 Остра, без кръвоизлив или перфорация
K26.7 Хронична, без кръвоизлив или перфорация

Гастройеюнална язва

Включва: язва (пептична) или ерозия:

- на анастомозата
- гастроколонна
- гастроинтестинална
- гастройеюнална
- йеюнална
- маргинална
- на стомата

Не включва: първична язва на тънкото черво (K63.3)

K28.3 Остра без кръвоизлив или перфорация

K28.7 Хронична, без кръвоизлив или перфорация

Гастрит и дуоденит

Не включва: еозинофилен гастрит или гастроентерит (K52.8)
синдром на Zollinger-Ellison (E16.8)

K29.1 Други остри гастрити
Включително и остър ерозивен гастрит

K29.3 Хроничен повърхностен гастрит – само за лица под 14 години

K29.4 Хроничен атрофичен гастрит
Атрофия на лигавицата

K29.6 Други гастрити
Гигантски хипертрофичен гастрит
Грануломатозен гастрит

Други болести на стомаха и дванадесетопръстника

Включва: функционални разстройства на стомаха

Не включва: дивертикул на дванадесетопръстника (K57.0—K57.1)
стомашночревен кръвоизлив (K92.0—K92.2)

K31.0 Остра дилатация на стомаха
Остро разширение на стомаха

K31.1 Хипертрофична пилорна стеноза у възрастни
Пилорна стеноза БДУ
Не включва: вродена или детска пилорна стеноза (Q40.0)

K31.2 Стриктура на стомаха с форма на пясъчен часовник и стеноза на стомаха
Не включва: стомах с форма на пясъчен часовник, вроден (Q40.2)
контракция на стомах с форма на пясъчен часовник (K31.8)

K31.3 Пилороспазъм, некласифициран другаде
Не включва: пилороспазъм:
- вроден или при деца (Q40.0)
- невротичен (F45.3)
- психогенен (F45.3)

K31.5 Непроходимост на дванадесетопръстника
Контракция
Стеноза | на дванадесетопръстника
Стриктура
Непроходимост на дванадесетопръстника, хронична
Не включва: вродена стеноза на дванадесетопръстника (Q41.0)

K31.6 Фистула на стомаха и дванадесетопръстника
Фистула гастроколика
Фистула гастройеюноколика

Диафрагмална херния

Включва: хиатус херния (езофагиална) (плъзгаща се)
параезофагиална херния

Не включва: вродена херния:
- диафрагмална (Q79.0)
- хиатална (Q40.1)

K44.9 Диафрагмална херния без непроходимост или гангрена
Диафрагмална херния БДУ

Нарушена резорбция на червата

K90.0 Цьолиакия
Глутеночувствителна ентеропатия

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, некласифицирани другаде

Не включва: гастройеюнална язва (K28.—)
радиационен:
- колит (K52.0)
- гастроентерит (K52.0)
- проктит(K62.7)

K91.1 Синдроми на оперирания стомах
Синдром:
- дъмпинг
- постгастректомичен
- постваготомичен

Други вродени аномалии на горната част на храносмилателния тракт

Q40.0 Вродена хипертрофична пилоростеноза

T18.1 Чуждо тяло в хранопровода

2.2 И 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Езофагоскопия

30473-03 Езофагоскопия
Гъвкава езофагоскопия
Не включва: такава с:
- биопсия (30473-04 [861])
- изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])

Други ексцизионни процедури на хранопровод

30473-04 Езофагоскопия с биопсия

Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания

Не включва: гастроинтестинални необразни нуклеарни медицински процедури (12506-00, 12509-00) [1863])

11810-00 Изследване на гастро-езофагеален рефлукс, включващ 24 часа pH мониторинг
Включва: анализ
интерпретация
доклад
Не включва: такава с < 24 часа pH мониториране – пропусни кода

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD]

30473-02 Панендоскопия през изкуствена стома
Гастроскопия през изкуствена стома
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома
Не включва: дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891])
ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])

30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

30473-06 Паненедоскопия до илеума с биопсия.

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58909-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Включва: предварителен общ план
Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и
  - мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
    - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове
Включва: дуплекс ултразвук на:
- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инфериор

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем

1932 Изследвания на урината

91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия – по преценка на лекуващия лекар
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на pH на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина– по преценка на лекуващия лекар
91920-17	Изследване за нитрити в урината– по преценка на лекуващия лекар
	Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания
	Не включва: гастроинтестинални необразни нуклеарни медицински процедури (12506-00, 12509-00) [1863])
11800-00	Тест за моторика на хранопровод Манометричен мотилитетен тест на хранопровод
	Друга електрокардиография [ЕКГ]
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] *Не включва*: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
1924	**Биохимична изследвания**
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-33	Клинично-химични изследвания за натрий и калий
91911-29	Други серологични изследвания и IgA тъканни антитрансглутаминазни антитела – само при K 90.0 Цьолиакия
	Морфологични изследвания
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
	2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ
	Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система
92036-00	Поставяне на назогастрална сонда Сондиране за декомпресия *Не включва*: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])
	Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва
31462-00	Поставяне на йеюностомна тръба за хранене
	Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система
14200-00	Стомашна промивка *Забележка*: Изпълнена при лечение за погълната отрова
	Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система
92037-00	Промивка на назогастрална сонда

Не включва: стомашна промивка (14200-00 [1895])

Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92073-00 Промивка на гастростомия или ентеростомия

Отстраняване на чуждо тяло от хранопровод

30478-10 Езофагоскопия с отстраняване на чуждо тяло

Панендоскопия с отстраняване на чуждо тяло

Включва: двойно балонна ентероскопия

30478-00 Панендоскопия до дванадесетопръстника с отстраняване на чуждо тяло
Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с изваждане на чуждо тяло
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Не включва: такава с ригиден езофагоскоп (41825-00 [852])

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
- тромбоцити

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
кръвозаместители

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент *Виж допълнителни знаци*

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен

	фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум пет основни диагностични процедури с кодове:

- Първата основна процедура включва задължително извършване на комплекса от медико диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“, като от тях: 91920-03 Изследване за албумин в урината – само за микроалбуминурия, 91920-10 Изследване на относително тегло на урина и 91920-17 Изследване за нитрити в урината са по преценка на лекуващия лекар ;
- Втората включва 11700-00 – ЕКГ, която не е задължителна за деца под 9 годишна възраст и се осъществява по преценка на лекуващия лекар;
- Третата включва задължително извършване на целия комплекс от медикодиагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок

1924 „Биохимични изследвания“;

- Четвъртата включва задължително извършване на: 30668-00 или 55036-

00/55276-00/55278-00;

- Петата включва ендоскопска процедура 30473-05 или 30473-01 или 30473-00 или 30473-06 или 30473-02 или 30473-03 или 30473-04;
- и две терапевтични процедури, едната от които е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09.

При К20 Езофагит отчитане на код 30473-01 се счита задължителна процедура за завършване на КП при тази диагноза.

При К 90.0 Цьолиакия за отчитане на КП е необходимо да се извършват всички процедури от блок 1923 и 1924; серологични процедури и антитела срещу тъканна трансглутаминаза.

При контраиндикации или невъзможност за извършване на ендоскопска процедура в пълен обем поради стеноза/стриктура, фистула на стомах и дуоденум, синдром на оперирания стомах, клиничната пътека се счита за завършена, ако има рентгенография или КАТ, доказваща наличието им. Рентгеновата снимка или електронният носител се прикрепват към ИЗ.

Процедура с код 91919-01 задължително се отчита допълнително като шеста процедура, само при извършване на биопсия със задължително хистологично изследване. Резултатът от хистологичното изследване задължително се прикрепва към ИЗ и се вписва в епикризата.

Диагноза с код **К21.9** „Гастроезофагеална рефлуксна болест без езофагит” може да се отчита **само** при деца до 4-годишна възраст.

Диагноза с код **К29.3** „Хроничен повърхностен гастрит” може да се отчита само при лица под 14 години.

Терапевтичните процедури: 96197-02, 96199-02, 96199-00 и 96199-09/9620009/96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

При лица до 18 годишна възраст с диагнози с код К21.0 до К91.1 клиничната пътека се счита за завършена при отчитане на три диагностични процедури и една терапевтична процедура - 96199-09/ 96200-09/ 96197-09.

Процедура 11700-00 не се изисква за пациенти под 9 год.

Ендоскопска процедура или рентгенография или КАТ се провеждат по преценка на лекуващия лекар.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. <u>УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия
2. Клинична лаборатория
3. Анестезиологичен екип
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
5. УЗ апарат среден/висок клас, с възможност за Доплер ехографии

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Структура по Образна диагностика

б) Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години: Изисквания за допълнителна квалификация:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;

или лекари със специалност педиатрия – минимум четирима;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

Лечебно заведение, изпълнител на тази клинична пътека, задължително сключва договор за изпълнение и на АПр № 34.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и предоперативно стадиране на онкологично заболяване на горния гастроинтестинален тракт при клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни.

Диагностика и лечение на:

- усложнено, неповлияващо се от амбулаторно лечение заболяване на горния ГИТ с "алармиращи" симптоми и един или повече от следните симптоми: анемичен синдром (доказан чрез лабораторни изследвания); диселектролитемия, доказана чрез промени в серумния Na и K; повишен креатинин и урея;
- пациенти със заболявания на ГИТ и клинични и/или инструментално доказани придружаващи заболявания, алергия, прием на медикаменти, непозволяващи провеждането на диагностично-лечебните дейности в амбулаторни условия;
- неповлияващо се от амбулаторно лечение заболяване на горния ГИТ при деца до 18 години, с клинични белези на дехидратация, данни за диселектролитемия, промени в киселинно-алкалното равновесие.

Лечение на средна и тежка степен на малнутриция при заболяване на горния ГИТ.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти, провеждащи продължително амбулаторно лечение за заболяване на горния ГИТ, без добър терапевтичен ефект по искане на лекаря, провеждащ лечението в специализираната извънболнична помощ.

б)Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност, горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. В случай на необходимост от провеждане на КТ или МРТ, те се извършват до края на болничния престой. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели, се извършват до края на хоспитализацията – по преценка.

При заболявания на горния ГИТ се извършват следните основни диагностични процедури:

Клинико – лабораторни изследвания, съобразени с блок Основни процедури:

Задължителни:

- хематология – ПКК, включваща хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки;
- клинико-химични - кръвна захар, креатинин и/или урея;
- електролити – K и Na;
- хемокоагулационни изследвания - фибриноген, протромбиново време (индекс, INR);
- пълно изследване на урина.

Според съответните заболявания и показания:

- клинико-химични - амилаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ; Na, K, Cl, АКР, С-реактивен протеин, туморни маркери (CEA, CA 19-9, CA-72-4 и др.), СУЕ, общ белтък и албумин;

Абдоминална ехография на коремни органи, ретроперитонеум и малък таз.

И при показания:

- доплерово изследване.

Ендоскопско изследване на горния ГИТ (горна гастроинтестинална ендоскопия) с или без вземане на материал за хистологично (цитологично) изследване (ендоскопска ***биопсия*****,** четкова или друга цитология);

- горна ендоскопия – езофаго- гастро-дуоденоскопия (ФГС);
- ендоскопски оглед на проксималния отдел на тънкото черво – ниска дуоденоскопия.

Хистологично изследване и/или цитологично изследване – стандартни и при показания допълнителни оцветявания и имунохистохимия.

Контрастната рентгенография на горния ГИТ- при необходимост.

Допълнителни изследвания - при показания:

- кръвна група;
- рентгенография на бял дроб и сърце;
- обзорна графия на гръден кош и/или корем;
- микробиологични изследвания;
- специфични функционални тестове (според съответните заболявания и показания - хранопровод, стомах, дуоденум).

Ако болен с онкологично заболяване подлежи на оперативно лечение, лъче– и/или химиотерапия се изследват и съответните туморни маркери.

При установени отклонения на лабораторни показатели и биологични параметри задължително се извършват контролни изследвания.

ЛЕЧЕНИЕ

Индикации за ендоскопско лечение:

Ендоскопско изваждане на вътрелуменно чуждо тяло, конци на мястото на анастомоза от горния ГИТ.

Ендоскопско поставяне на назогастрална или интестинална сонда за:

декомпресия, промивка или локална инстилация на храни и концентрирани хранителни субстанции (ентерално хранене).

Медикаментозното лечение включва лечение на основното заболяване и/или корекция на жизнено важни функции, според препоръките за стандартизирано поведение на Българско научно дружество по гастроентерология (БНДГЕ): лечение с антисекретори (H2 блокери, инхибитори на протонната помпа); протектори на лигавицата, прокинетици или други медикаменти, повлияващи функцията на сфинктерите и мотриката на горния ГИТ, кръвоспиращи, антибиотици и други антибактериални средства, противотуморни и имуномодулиращи средства и др.; спазмолитици, обезболяващи, хепарин, електролитни и инфузионни разтвори, кортикостероиди, средства за корекция на хипоалбуминемия и анемия, осигуряване на ентерално или парентерално хранене, сондово хранене или перорално хранене с концентрирани хранителни субстанции, протеазни инхибитори. По индикации – трансфузия на цяла кръв или кръвни компоненти, хуманалбумин или други биопродукти; желязо-съдържащи и други медикаменти.

Показания за оперативно лечение:

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург, болният се насочва за хирургично лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя:

- след *горна гастроинтестинална ендоскопия и хистологично изследване* - основен диагностичен метод! Резултатите от хистологичното изследване се прикрепват към ИЗ и се записват в епикризата;
- след *ендоскопско изследване* - при моторни нарушения, дивертикули; дуоденална язва, ГЕРБ с езофагит, хиатална херния, кървяща или субмукозна лезия, невъзможен достъп за биопсия;
- след *рентгенологично изследване* - при противопоказания за ендоскопия, при невъзможен ендоскопски достъп (преминаване през изразена стриктура или обструкция отвън, субмукозни промени, опасност от перфорация, лезия, разположена в тънко черво (напр. пептична язва на тънкото черво, стриктура, променена анатомия от патологичен процес или постоперативно; фистула, пенетрация), моторни нарушения, дивертикули на горния ГИТ и други.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:
- осигуряване на коректна диагноза и лечение на основното заболяване, съгласно алгоритъма - ендоскопско и/или медикаментозно;
- проведено адекватно лечение с овладяване на основните субективни оплаквания;
- доказване, стадиране и определяне на операбилността на тумор или насока към алтернативни ендоскопски или други процедури;
- корекция на патологично променените показатели, които от медицинска гледна точка е възможно да бъдат повлияни до края на болничния престой.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”.*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катраненочерни или да настъпи повръщане на материи с вид на разредено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни

процедури (“малки операции” без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият общопрактикуващ лекар или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 69.1
ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ
Ендоскопско приложение на агент в лезия на хранопровод
Инжектиране на склерозиращ агент *Включва*: варици: • езофаеални • езофаго гастрален преход
30476-00 Ендоскопско приложение на агент в некървяща лезия в хранопровод
30476-01 Ендоскопско приложение на агент в некървяща лезия в областта на хранопроводностомашния преход
Деструктивни процедури на хранопровода
30476-02 Ендоскопско лигиране варици на хранопровод Ендоскопско лигиране варици на езофагогастрален сегмент
30478-11 Езофагоскопия с диатермия
30478-12 Езофагоскопия с термична сонда за коагулация
30478-19 Езофагоскопия с друга коагулация Аргон-плазма коагулация
30479-00 Ендоскопска лазер терапия на хранопровод Ендоскопска лазер терапия на хранопровод при: • доброкачествени съдови лезии • дилатация • неоплазима
Други ексцизионни процедури на хранопровод
30478-13 Езофагоскопия с ексцизия на лезия Ендоскопска езофагеална полипектомия
Селективна ваготомия с частична гастректомия
Стволова ваготомия с частична гастректомия *Кодирай също когато е направен:* • контрол на кървяща пептична язва (30505-00 [874], 30509-00 [880]) *Не включва*: такава след предишни процедури за пептична язвена болест (30503 [878])
30497-00 Селективна ваготомия с частична гастректомия и гастродуоденална анастомоза
Панендоскопия с деструкция

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с деструкция
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30478-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с диатермия
30478-02 Панендоскопия до дванадесетопръстника със сонда за термична коагулация
30478-03 Панендоскопия до дванадесетопръстника с лазерна коагулация
30478-20 Панендоскопия до дуоденома с друга коагулация
Аргон плазма коагулация

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30478-04 Панендоскопия до дванадесетопръстника с ексцизия на лезия
Панендоскопия на дуоденума с ексцизия на полип

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху хранопровод

30490-00 Ендоскопско поставяне на езофагеална протеза Ендоскопско поставяне на езофагеален стент:
- разширяващ се
- неразширяващ се

Включва: дилатация на хранопровод

30490-01 Ендоскопска подмяна на езофагеална протеза Ендоскопска подмяна на езофагеален стент:
- разширяващ се
- неразширяващ се

Включва: дилатация на хранопровод

30490-02 Ендоскопско отстраняване на езофагеална протеза
Ендоскопско изваждане на езофагеален стент:
- разширяващ се
- неразширяващ се

Не включва: това при подмяна (30490-01 [853])

Дилатация на хранопровод

41819-00 Друга ендоскопска дилатация на хранопровод
Не включва: чрез лазер (30479-00 [856])
с поставяне на протеза (30490-00 [853])

41831-00 Ендоскопска пневматична дилатация на хранопровод

Панендоскопия с деструкция

30478-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с диатермия
30478-02 Панендоскопия до дванадесетопръстника със сонда за термична коагулация
30478-03 Панендоскопия до дванадесетопръстника с лазерна коагулация

Деструктивни процедури на стомах

30476-03 Ендоскопско лигиране на стомашни варици

Други ексцизионни процедури на стомах

90297-01 Ендоскопска мукозна резекция на стомах

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-06 Панендоскопия до илеума с биопсия

Панендоскопия с отстраняване на чуждо тяло

Включва: двойно балонна ентероскопия

30478-14 Панендоскопия до илеума с отстраняване на чуждо тяло Изваждане на чуждо тяло чрез:
- илеоскопия
- йеюноскопия

Панендоскопия с деструкция

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с деструкция
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30478-15 Панендоскопия до илеума с диатермия
30478-16 Панендоскопия до илеума със сонда за термична коагулация
30478-17 Панендоскопия до илеума с лазерна коагулация
30478-21 Панендоскопия до илеума с друга коагулация Аргон плазма коагулация

Други ексцизионни процедури на дебело черво

90297-02 Ендоскопска мукозна резекция на дебело черво

Ендоскопска дилатация на стомашна стриктура

30475-00 Ендоскопска дилатация на стомашна стриктура
Не включва: такава при гастродуодененалнa стриктура (30475-01 [882])

30475-01 Ендоскопска дилатация на гастродуоденална стриктура
Не включва: такава при стомашна стриктура (30475-00 [882])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва

Включва: двойно-балонна ентероскопия

30478-05 Перкутанна ендоскопска йеюностомия [PEJ]

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху стомах

30478-08 Изваждане на гастростомна тръба
Изваждане на:
- неендоскопски гастростомен бутон
- перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба

Не включва: тези с подмяна на:
- неендоскопски гастростомен бутон (30483-00 [870])
- перкутанна ендоскопска гастростомна тръба (30482-00 [870])

30481-00 Първоначално вкарване на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
30482-00 Повторно вкарване на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
Подмяна на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба

Други възстановителни процедури на стомах

90304-00 Друго възстановяване на стомах

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

11820-00 Панендоскопия чрез камера капсула
Камера хапче }
Капсула } ендоскопия
Гастроинтестинална камера капсула }

30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

Панендоскопия с ексцизия

30473-06 Панендоскопия до илеума с биопсия

Фиброоптична колоноскопия с ексцизия

32087-00 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика, с полипектомия
Колоноскопия до флексура хепатика, с множествени полипектомии
Флексибилна сигмоидоскопия с полипектомия
Къса колоноскопия с полипектомия
Включва: полипектомия чрез или с използване на:
- биполарна каутеризация
- горещ биопсичен форцепс
- бримкова техника

32093-00 Фиброоптична колоноскопия до цекума, с полипектомия
Колоноскопия до цекум, с множествени полипектомии
Дълга колоноскопия с полипектомия
Включва: полипектомия чрез или използване на:
- биполарна каутеризация
- горещ биопсичен форцепс
- бримкова техника

Деструктивни процедури на дебело черво

90308-00 Ендоскопска деструкция на лезия на дебело черво
Ендоскопска:
- аблация на тумор на дебело черво
- Аргон-плазма коагулация
- контрол на дебелочревно кървене
- деструкция на дебелочревни тъкани

Не включва: с лазер (30479-02 [908])

30479-02 Ендоскопска лазерна терапия на дебело черво
Ендоскопска лазер терапия на дебелочревни:
- доброкачествени съдови лезии
- неоплазма
- стриктура

Деструктивни процедури на ректум или анус

30479-01 Ендоскопска лазерна терапия на ректум
Ендоскопска лазер терапия за:
- доброкачествени съдови лезии
- неоплазма

90312-00 Електрокоагулация на ректална тъкан
Електрокоагулация на ректална лезия
Не включва: такава при хемороиди (постоперативно) (90345-00 [931])
- стриктура

Ендоскопска дилатация на стомашна стриктура

30474-00 Балонна дилатация на дуоденум

Други възстановителни процедури на тънки черва

30379-00 Балонна дилатация на йеюнум

Друго възстановяване на дебело черво

32094-00 Ендоскопска дилатация на колоректална стриктура
Ендоскопска дилатация на колоректална анастомозна стриктура

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху дебело черво

90295-00 Ендоскопско поставяне протеза на дебело черво
Ендоскопско поставяне на дебелочревен стент

90295-01 Ендоскопска подмяна на протеза на дебело черво Ендоскопска:
- подмяна }
- ревизия } дебелочревен стент

90295-02 Ендоскопско отстраняване на протеза на дебело черво
Ендоскопско изваждане на дебелочревен стент
Не включва: такава с подмяна (90295-01 [906])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху ректум или анус

90295-03 Ендоскопско поставяне на ректална протеза
Ендоскопско поставяне на ректален стент

90295-04 Ендоскопска подмяна на ректална протеза
Ендоскопска:
подмяна }
ревизия } ректален стент

90295-05 Ендоскопско отстраняване на ректална протеза
Ендоскопско изваждане на ректален стент
Не включва: такава при подмяна (90295-04 [929])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва

Включва: двойно-балонна ентероскопия

92068-00 Ендоскопско поставяне на дуоденална протеза
Ендоскопско поставяне на дуоденален стент:

- метален (Wallstent)
- полиетиленов

Включва: дилатация на дуоденум

92068-01 Ендоскопска подмяна на дуоденална протеза
Ендоскопска подмяна на дуоденален стент:
- метален (Wallstent)
- полиетиленов

Включва: дилатация на дуоденум

92068-02 Ендоскопско премахване на дуоденална протеза
Ендоскопско изваждане на дуоденален стент:
- метален (Wallstent)
- полиетиленов

Не включва: такава с подмяна (92068-01 [892])

Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус

90315-00 Ендоскопска ексцизия на лезия или тъкан на анус
Ендоскопска ексцизия на тъкан или лезия на ануса
Не включва: ендоскопска ексцизия на анални:
- полип (32078-00, 32081-00 [910], 32087-00, 32093-00 [911])
- кожни израстъци (32078-00, 32081-00 [910], 32087-00, 32093-00 [911])

Процедури при хемороиди

32135-00 Лигиране на хемороиди с гумен пръстен

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия

55601-00 Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други ексцизионни процедури на хранопровод

30473-04 Езофагоскопия с биопсия

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }

Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

30473-06 Панендоскопия до илеума с биопсия

Фиброоптична колоноскопия с ексцизия

32090-01 Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия
Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии
Дълга колоноскопия с биопсия

32084-01 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика, с биопсия
Колоноскопия до флексура хепатика, с множествени биопсии
Флексибилна сигмоидоскопия }
Къса колоноскопия } с биопсия

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове
Включва: дуплекс ултразвук на:
- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инфериор

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-03 Изследване за албумин в урината
Микроалбуминурия – по преценка на лекуващия лекар
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина – по преценка на лекуващия лекар
91920-17 Изследване за нитрити в урината – по преценка на лекуващия лекар

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Хематологични изследвания

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
Морфологични изследвания	
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
- тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
- кръвозаместители

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
- кръвни заместители
- гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) •
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт

- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:

- една високоспециализирана интервенционална процедура, четири основни диагностични и една терапевтична процедура;
- при извършване на процедури с кодове: 30473-04, 30479-00, 30478-13, 30497-00 (при полипектомия); 90297-01, 30473-01, 30473-06, 32090-01, 30473-06, 90297-02, 32087-00, 32093-00, 32084-01 и 32093-00 е задължително извършването на хистологична верификация (патоморфологично изследване) 91919-01 или 91919-11;
- При извършване на процедура 30478-04 е достатъчно прилагане на доказателствен материал на лезията (на хартиен или магнитен носител);
- терапевтичните процедури: 96197-02, 96199-02, 96199-00 и 96199-09 или 9620009/96197-09, се кодират само при тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid !9. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП,.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка.

4. <u>УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА</u> <u>ПЪТЕКА</u>

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология",осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастронтерология", от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Хирургия“, от обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по хирургия (при наличие на специалист със сертификат по ТЕМ)
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
5. УЗ апарат среден/висок клас, с възможност за Доплер ехографии

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА. ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама; или
  лекар със специалност по хирургия, притежаващ **сертификат по ТЕМ** (трансанална ендоскопска микрохирургия) - може да отчита **само** процедури с код 32093-00 и 90315-00;
- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

Основни диагностични процедури, включени в тази КП, могат да се извършват от лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология“.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Примка за лигиране еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Накрайник за лигиране еднократен	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Саморазтваряща се ендопротеза за хранопровод ил черво и други	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за тънкоиглена биопсия под ехографски контро	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за биопсия през ехоендоскоп	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Полипектомична примка еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла ендоскопска еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Клипси за ендоскопска хемостаза	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Балон - дилататор	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за ПЕГ	НЗОК не заплаща посоченото изделие

НЗОК заплаща видеокапсула за ендоскопия на дебело и тънко черво с оптичен домейн, леща излъчващи светлинни диоди, батерия, трансмитер, антена.
Неразделна част към ИЗ на пациента става “ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ”. Клиничната пътека се отчита с Направлението за хоспитализация и надлежно попълнен „ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ”.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностично уточняване и лечение чрез извършване на високоспециализирани интервенционални процедури при:

- онкологично заболяване;
- стеноза, тубуловилозен аденом;
- други остри и хронични обострени заболявания на гастроитестиналния тракт с данни за бърза прогресия и неповлияващи се от амбулаторно лечение;
- Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти със заболявания на гастроитестиналния тракт без данни за бърза прогресия с необходимост от извършване на високоспециализирани интервенционални процедури на гастроинтестиналния тракт, след приключване на диагностичнотерапевтичния процес в специализираната извънболнична медицинска помощ

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа на хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 24 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. КТ и МРТ се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията – при минимален болничен престой. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

Условия за провеждане на ендоскопски/ехографски интервенционални процедури на гастроинтестиналния тракт

Клинико – лабораторни изследвания (според съответните заболявания и показания), съобразени с посочените в блок Основни процедури:

- хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки).
- клинично-химични показатели – общ белтък, албумин, кр. захар, креатинин, урея, амилаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, Na, K, Cl, при показания - АКР, С-реактивен протеин, туморни маркери (CEA, CA 19-9, CA-72-4 и др.);
- хемостаза – фибриноген, протромбиново време (индекс, INR), при показания - АПТТ (пТПВ/ККВ);
- пълно изследване на урина; Кръвна група.

Рентгенография на бял дроб и сърце – по преценка.

ЕКГ.

Абдоминална ехография (ехография на коремни органи).

Стандартно ендоскопско изследване на горния или долен ГИТ (горна или долна гастроинтестинална ендоскопия) с или без ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология;

Хистологично изследване и /или цитологично изследване.

Контрастна рентгенография на горния ГИТ - при показания.

Допълнителни изследвания - при показания:

- изобразителни изследвания, напр. рентгенография, КТ, МРТ;
- микробиологични и паразитологични изследвания (биологични материали, кръв, биопсичен/цитологичен материал), имунологични и други изследвания;

10. Подготовка/лечение.

Медикаментозното лечение включва:

- корекция на жизнено важни функции, анемия, коагулационни нарушения, придружаващи заболявания;
- лечение на основното заболяване според препоръките за стандартизирано поведение на БНДГЕ (Българско научно дружество по гастроентерология).

Лечението се провежда с антисекретори (Н-2 блокери, инхибитори на протонната помпа); протектори на лигавицата, прокинетици или други медикаменти, повлияващи функцията на сфинктерите и моториката на горния ГИТ, кръвоспиращи, антибиотици и други антибактериални средства, соматостатин, противотуморни и имуномодулиращи средства и др.; спазмолитици; обезболяващи; хепарин; електролитни и инфузионни рри; кортикостероиди, средства за корекция на хипоалбуминемия и анемия, осигуряване на ентерално или парентерално хранене, сондово хранене или перорално хранене с концентрирани хранителни субстанции др. По индикации - трансфузия на цяла кръв или кръвни компоненти, кръвозаместители, фактори на съсирване, хуманалбумин и други.

Други терапевтични процедури – промивка или локална инстилация на храни и концентрирани хранителни субстанции през сонда или перкутанна ендоскопска гастроентеростома.

ОСНОВНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ГИТ

1) Ендоскопско изследване на ГИТ със:

- хромоендоскопия; ендоскопска макробиопсия; диагностично-терапевтична ендоскопска мукозна резекция; други.

2) Балонна ентероскопия.

- Болест на Крон; неясно кървене от ГИТ; глутенова ентеропатия, болест на Уипъл, паразитози; тумори на тънкото черво; чревна полипоза; язви на тънкото черво (напр. медикаментозно предизвикани от НСПВС, аспирин).

3) Ендоскопска ехография с или без тънкоиглена (аспирационна биопсия) цитология от тъкан от лезии в стената и извън нея с цел:

- оценка на промените на стената на ГИТ или съседни структури; диагноза на субмукозни лезии; стадиране на карцином, други тумори; диференциална диагноза на лимфаденопатия; медиастинална маса; аспирация на кистични образувания.

4) Долна ендоскопска ендолуменна ехография, със или без тънкоиглена биопсия за:

- стадиране на карцином, други тумори, диагноза на субмукозни лезии, при болест на Крон, язвен колит, при перичревни абсцеси и фистули;

5) При показания се извършва:

- доплерово ехографско изследване;
- тънкоиглена /аспирационна биопсия или аспирация на течни колекции.

6) Капсулна ендоскопия.

- Болест на Крон; неясно кървене от ГИТ; глутенова ентеропатия, болест на Уипъл, паразитози; тумори на тънкото черво; чревна полипоза; язви на тънкото черво (напр. медикаментозно предизвикани от НСПВС, аспирин).

ОСНОВНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ГИТ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЕНДОСКОПСКО ЛЕЧЕНИЕ

1) Перкутанна ендоскопска гастро-/ ентеростомия се прави:

- при невъзможност за приемане на храна/вода при злокачествени и доброкачествени заболявания – органични и функционални; за хранене с концентрирани хранителни субстанции.

2) Ендоскопско отстраняване на доброкачествени новообразувания на лигавицата на ГИТ се прави при:

- аденоматозен(и) или неаденоматозен(и) полип(и); плосък аденом; фамилна полипоза; синдром на Peutz Jeghers с кървене от полип(и).

Използвани ендоскопски манипулации: ендоскопска щипкова полипектомия; ендоскопска бримкова полипектомия; ендоскопска мукозна резекция; аргон-плазмена коагулация или друга ендоскопска деструкция.

3) Ендоскопско радикално лечение на мукозен рак без инвазия в лимфните възли, премалигнени лезии (интестинална метаплазия и дисплазия).

Методи: 1. Ендоскопска мукозна резекция; 2. Тъканна деструкция след предварително хистологично изследване: нетермична лазерна фотодинамична терапия; термични методи: аргон-плазмена коагулация, мултиполана електрокоагулация; Heater probe; ND:YAG, KTPн лазер; 3. Комбинирано ендоскопско лечение.

4) Антирефлуксни ендоскопски процедури:

- ГЕРБ и аксиална херния (без индикации или неподходящи за оперативно лечение).

5) Ендоскопска инжекционна терапия:

- при туморен процес: интратуморно или перитуморно инжектиране на лечебна субстанция;
- локално лечение на възпалителен оток или стриктури: кортикостероиди или други медикаменти;
- ендоскопска инжекционна терапия на сфинктерни зони.

6) Ендоскопска дилатация на стеснени участъци с балонни катетри; пластмасови дилататори или метални оливи (само за хранопровод и кардия):

- дисфагия при ахалазия и други функционални нарушения; доброкачествени стриктури; злокачествени стриктури; преди ендоскопско протезиране; отвън стеснени участъци и други.

7) Ендоскопско протезиране (поставяне на пластмасови, метални или други ендопротези) при:

- доброкачествени или злокачествени стриктури на ГИТ; фистули вкл. бронхоезофагеални.

8) Ендоскопска туморна реканализация – вътрелуменна туморна деструкция (аблация, реканализация) – при запушване на участъци от ГИТ; преди протезиране или при туморно прорастване в протезата; кървене от тумор.

Методи: 1. Интра- или перитуморно инжектиране/химична аблация - абсолютен алкохол, склерозиращи вещества, химиотерапевтици, други; 2. Вътрелуменна туморна деструкция - ND: YAG лазерна аблация; 3. Комбинирано лечение, фотодинамична терапия, електрокоагулация; 4. АПК.

9) Терапевтични процедури чрез горна или долна ендоскопска ехография:

тънкоиглено инжектиране: за лечение на тумори - тъканна деструкция или обезболяване; дрениране на кисти, абсцесни кухини и др.

10) Ендоскопска хемостаза – в допълнение на другите ендоскопски процедури или при видимо кървяща лезия.

ПОКАЗАНИЯ ЗА ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург болният се насочва за хирургично лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя:

- след ендоскопско, хистологично или цитологично изследване;
- след ехоендоскопско изследване – за определяне стадия на тумора;
- след рентгенологично изследване – при стриктура или обструкция от притискане, субмукозни промени, фистула, невъзможен ендоскопски достъп поради анатомични причини, първични и вторични моторни нарушения; при извършване на някои специализирани терапевтични ендоскопски манипулации – дилатация, протезиране и други.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- при осигуряване на коректна диагноза и лечение на основното заболяване, съгласно алгоритъма - ендоскопско и/или медикаментозно;
- стабилизирано състояние на пациента след интервенционалната процедура;
- документирано подобряване на жизненоважни параметри и лабораторни показатели, които е възможно да бъдат повлияни до края на необходимия болничен престой.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС код на държава

(или по двустранни спогодби)

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул. ..... №. .....

ж.к. ..... бл. ..... вх. ..... тел. .....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. .

Амбулаторна процедура ..... №. .

Клинична процедура ..... №. .

Диагноза: МКБ10 . .

дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година Пациент: .....

(подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....

подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....

фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разредено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури (“малки операции” без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 69.2
ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ

Ендоскопско приложение на агент в лезия на хранопровод

Инжектиране на склерозиращ агент
Включва: варици:
- езофаеални
- езофаго гастрален преход

30476-00 Ендоскопско приложение на агент в некървяща лезия в хранопровод
30476-01 Ендоскопско приложение на агент в некървяща лезия в областта на хранопроводно-стомашния преход

Деструктивни процедури на хранопровода

30476-02 Ендоскопско лигиране варици на хранопровод
Ендоскопско лигиране варици на езофагогастрален сегмент
30478-11 Езофагоскопия с диатермия
30478-12 Езофагоскопия с термична сонда за коагулация
30478-19 Езофагоскопия с друга коагулация
Аргон-плазма коагулация
30479-00 Ендоскопска лазер терапия на хранопровод
Ендоскопска лазер терапия на хранопровод при:
- доброкачествени съдови лезии
- дилатация
- неоплазима

Други ексцизионни процедури на хранопровод

30478-13 Езофагоскопия с ексцизия на лезия
Ендоскопска езофагеална полипектомия

Селективна ваготомия с частична гастректомия

Стволова ваготомия с частична гастректомия
Кодирай също когато е направен:
• контрол на кървяща пептична язва (30505-00 [874], 30509-00 [880])
Не включва: такава след предишни процедури за пептична язвена болест (30503 [878])
30497-00 Селективна ваготомия с частична гастректомия и гастродуоденална анастомоза

Панендоскопия с деструкция

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с деструкция
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия
30478-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с диатермия
30478-02 Панендоскопия до дванадесетопръстника със сонда за термична коагулация
30478-03 Панендоскопия до дванадесетопръстника с лазерна коагулация
30478-20 Панендоскопия до дуоденома с друга коагулация

Аргон плазма коагулация

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30478-04 Панендоскопия до дванадесетопръстника с ексцизия на лезия
Панендоскопия на дуоденума с ексцизия на полип

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху хранопровод

30490-00 Ендоскопско поставяне на езофагеална протеза
Ендоскопско поставяне на езофагеален стент:
- разширяващ се
- неразширяващ се

Включва: дилатация на хранопровод

30490-01 Ендоскопска подмяна на езофагеална протеза
Ендоскопска подмяна на езофагеален стент:
- разширяващ се
- неразширяващ се

Включва: дилатация на хранопровод

30490-02 Ендоскопско отстраняване на езофагеална протеза
Ендоскопско изваждане на езофагеален стент:
- разширяващ се
- неразширяващ се

Не включва: това при подмяна (30490-01 [853])

Дилатация на хранопровод

41819-00 Друга ендоскопска дилатация на хранопровод
Не включва: чрез лазер (30479-00 [856])
с поставяне на протеза (30490-00 [853])

41831-00 Ендоскопска пневматична дилатация на хранопровод

Панендоскопия с деструкция

30478-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с диатермия
30478-02 Панендоскопия до дванадесетопръстника със сонда за термична коагулация
30478-03 Панендоскопия до дванадесетопръстника с лазерна коагулация

Деструктивни процедури на стомах

30476-03 Ендоскопско лигиране на стомашни варици

Други ексцизионни процедури на стомах

90297-01 Ендоскопска мукозна резекция на стомах

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-06 Панендоскопия до илеума с биопсия

Панендоскопия с отстраняване на чуждо тяло

Включва: двойно балонна ентероскопия

30478-14 Панендоскопия до илеума с отстраняване на чуждо тяло
Изваждане на чуждо тяло чрез:
- илеоскопия
- йеюноскопия

Панендоскопия с деструкция

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с деструкция
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }

Включва: двойно балонна ентероскопия

30478-15 Панендоскопия до илеума с диатермия
30478-16 Панендоскопия до илеума със сонда за термична коагулация
30478-17 Панендоскопия до илеума с лазерна коагулация
30478-21 Панендоскопия до илеума с друга коагулация
Аргон плазма коагулация

Други ексцизионни процедури на дебело черво

90297-02 Ендоскопска мукозна резекция на дебело черво

Ендоскопска дилатация на стомашна стриктура

30475-00 Ендоскопска дилатация на стомашна стриктура
Не включва: такава при гастродуоденеиална стриктура (30475-01 [882])
30475-01 Ендоскопска дилатация на гастродуоденална стриктура
Не включва: такава при стомашна стриктура (30475-00 [882])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва

Включва: двойно-балонна ентероскопия

30478-05 Перкутанна ендоскопска йеюностомия [PEJ]

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху стомах

30478-08 Изваждане на гастростомна тръба
Изваждане на:
- неендоскопски гастростомен бутон
- перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба

Не включва: тези с подмяна на:
- неендоскопски гастростомен бутон (30483-00 [870])
- перкутанна ендоскопска гастростомна тръба (30482-00 [870])

30481-00 Първоначално вкарване на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
30482-00 Повторно вкарване на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
Подмяна на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба

Други възстановителни процедури на стомах

90304-00 Друго възстановяване на стомах

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

11820-00 Панендоскопия чрез камера капсула
Камера хапче }
Капсула } ендоскопия
Гастроинтестинална камера капсула }

30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

Панендоскопия с ексцизия

30473-06 Панендоскопия до илеума с биопсия

Фиброоптична колоноскопия с ексцизия

32087-00 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика, с полипектомия
Колоноскопия до флексура хепатика, с множествени полипектомии
Флексибилна сигмоидоскопия с полипектомия
Къса колоноскопия с полипектомия
Включва: полипектомия чрез или с използване на:
- • биполарна каутеризация
- горещ биопсичен форцепс
- бримкова техника

32093-00 Фиброоптична колоноскопия до цекума, с полипектомия
Колоноскопия до цекум, с множествени полипектомии
Дълга колоноскопия с полипектомия
Включва: полипектомия чрез или използване на:
- биполарна каутеризация
- горещ биопсичен форцепс
- бримкова техника

Деструктивни процедури на дебело черво

90308-00 Ендоскопска деструкция на лезия на дебело черво
Ендоскопска:
- аблация на тумор на дебело черво
- Аргон-плазма коагулация
- контрол на дебелочревно кървене
- деструкция на дебелочревни тъкани

Не включва: с лазер (30479-02 [908])

30479-02 Ендоскопска лазерна терапия на дебело черво
Ендоскопска лазер терапия на дебелочревни:
- доброкачествени съдови лезии
- неоплазма
- стриктура

Деструктивни процедури на ректум или анус

30479-01 Ендоскопска лазерна терапия на ректум
Ендоскопска лазер терапия за:
- доброкачествени съдови лезии
- неоплазма

90312-00 Електрокоагулация на ректална тъкан
Електрокоагулация на ректална лезия
Не включва: такава при хемороиди (постоперативно) (90345-00 [931])
- стриктура

Ендоскопска дилатация на стомашна стриктура

30474-00 Балонна дилатация на дуоденум

Други възстановителни процедури на тънки черва

30379-00 Балонна дилатация на йеюнум

Друго възстановяване на дебело черво

32094-00 Ендоскопска дилатация на колоректална стриктура
Ендоскопска дилатация на колоректална анастомозна стриктура

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху дебело черво

90295-00 Ендоскопско поставяне протеза на дебело черво
Ендоскопско поставяне на дебелочревен стент

90295-01 Ендоскопска подмяна на протеза на дебело черво Ендоскопска:
- подмяна }
- ревизия } дебелочревен стент

90295-02 Ендоскопско отстраняване на протеза на дебело черво
Ендоскопско изваждане на дебелочревен стент
Не включва: такава с подмяна (90295-01 [906])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху ректум или анус

90295-03 Ендоскопско поставяне на ректална протеза
Ендоскопско поставяне на ректален стент

90295-04 Ендоскопска подмяна на ректална протеза Ендоскопска:
- подмяна }
- ревизия } ректален стент

90295-05 Ендоскопско отстраняване на ректална протеза
Ендоскопско изваждане на ректален стент
Не включва: такава при подмяна (90295-04 [929])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва

Включва: двойно-балонна ентероскопия

92068-00 Ендоскопско поставяне на дуоденална протеза
Ендоскопско поставяне на дуоденален стент:
- метален (Wallstent)
- полиетиленов

Включва: дилатация на дуоденум

92068-01 Ендоскопска подмяна на дуоденална протеза
Ендоскопска подмяна на дуоденален стент:
- метален (Wallstent)
- полиетиленов

Включва: дилатация на дуоденум

92068-02 Ендоскопско премахване на дуоденална протеза
Ендоскопско изваждане на дуоденален стент:
- метален (Wallstent)
- полиетиленов

Не включва: такава с подмяна (92068-01 [892])

Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус

90315-00 Ендоскопска ексцизия на лезия или тъкан на анус
Ендоскопска ексцизия на тъкан или лезия на ануса
Не включва: ендоскопска ексцизия на анални:
- полип (32078-00, 32081-00 [910], 32087-00, 32093-00 [911])
- кожни израстъци (32078-00, 32081-00 [910], 32087-00, 32093-00 [911])

Процедури при хемороиди

32135-00 Лигиране на хемороиди с гумен пръстен

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55601-00 Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други ексцизионни процедури на хранопровод

30473-04 Езофагоскопия с биопсия

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия
30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

30473-06 Панендоскопия до илеума с биопсия

Фиброоптична колоноскопия с ексцизия

32090-01 Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия
Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии
Дълга колоноскопия с биопсия

32084-01 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика, с биопсия
Колоноскопия до флексура хепатика, с множествени биопсии
Флексибилна сигмоидоскопия }
Къса колоноскопия } с биопсия

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

	Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване поток чрез спектрален анализ *Не включва*: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])
55276-00	Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени *Не включва*: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове *Включва*: дуплекс ултразвук на: • аорта • илиачни съдове • вена кава инферио *Не включва*: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия – по преценка на лекуващия лекар
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на pH на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина – по преценка на лекуващия лекар
91920-17	Изследване за нитрити в урината – по преценка на лекуващия лекар
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] *Не включва*: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите– по преценка на лекуващия лекар
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
Морфологични изследвания	
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки Трансфузия на:

- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити Трансфузия на:

- тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:

- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:

- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:

- кръвозаместители

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:

- кръвни заместители
- гранулоцити

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath

- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване:

При лица до 18 годишна възраст клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени: една високоспециализирана интервенционална процедура, две диагностични процедури и две терапевтични процедури (от които едната задължително е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09.

- при извършване на процедури с кодове: 30473-04, 30479-00, 30478-13, 30497-00 (при полипектомия); 90297-01, 30473-01, 30473-06, 32090-01, 30473-06, 90297-02, 32087-00, 32093-00, 32084-01 и 32093-00 е задължително извършването на хистологична верификация (патоморфологично изследване) 91919-01 или 91919-11;
- При извършване на процедура 30478-04 е достатъчно прилагане на доказателствен материал на лезията (на хартиен или магнитен носител);
- терапевтичните процедури: 96197-02, 96199-02, 96199-00 и 96199-09 или 9620009 или 96197-09, се кодират само при тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.
- Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП,.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка.

4. <u>УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА</u> <u>ПЪТЕКА</u>

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Хирургия“, от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко от второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Детска хирургия“, от обхвата на медицинска специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по хирургия (при наличие на специалист със сертификат по ТЕМ) или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
5. УЗ апарат среден/висок клас, с възможност за Доплер ехографии

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология Структура по Образна диагностика

б) Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години: Изисквания за допълнителна кавлификация:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;

или лекари със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

Основни диагностични процедури, включени в тази КП, могат да се извършват от лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология“.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Примка за лигиране еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Накрайник за лигиране еднократен	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Саморазтваряща се ендопротеза за хранопровод черво и други	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за тънкоиглена биопсия под ехографски контро	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за биопсия през ехоендоскоп	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Полипектомична примка еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла ендоскопска еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Клипси за ендоскопска хемостаза	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Балон - дилататор	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за ПЕГ	НЗОК не заплаща посоченото изделие

НЗОК заплаща видеокапсула за ендоскопия на дебело и тънко черво с оптичен домейн, леща излъчващи светлинни диоди, батерия, трансмитер, антена. Неразделна част към ИЗ на пациента става “ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ”. Клиничната пътека се отчита с Направлението за хоспитализация и надлежно попълнен „ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ”.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностично уточняване и лечение чрез извършване на високоспециализирани интервенционални процедури при:

- онкологично заболяване;
- стеноза, тубуловилозен аденом;
- други остри и хронични обострени заболявания на гастроитестиналния тракт с данни за бърза прогресия и неповлияващи се от амбулаторно лечение; - заболявания в детската възраст.
- Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти със заболявания на гастроитестиналния тракт без данни за бърза прогресия с необходимост от извършване на високоспециализирани интервенционални процедури на гастроинтестиналния тракт, след приключване на диагностичнотерапевтичния процес в специализираната извънболнична медицинска помощ

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа на хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 24 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. КТ и МРТ се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията – при минимален болничен престой. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

Условия за провеждане на ендоскопски/ехографски интервенционални процедури на гастроинтестиналния тракт

1. Клинико – лабораторни изследвания (според съответните заболявания и показания):
   - хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки).
   - клинично-химични показатели – общ белтък, албумин, кр. захар, креатинин, урея, амилаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, Na, K, Cl, при показания - АКР, С-реактивен протеин, туморни маркери (CEA, CA 19-9, CA-72-4 и др.);
   - хемостаза – фибриноген, протромбиново време (индекс, INR), при показания - АПТТ (пТПВ/ККВ);
   - пълно изследване на урина;
2. Кръвна група.
3. Рентгенография на бял дроб и сърце – по преценка.
4. ЕКГ.
5. Абдоминална ехография (ехография на коремни органи).
6. Стандартно ендоскопско изследване на горния или долен ГИТ (горна или долна гастроинтестинална ендоскопия) с или без ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология;
7. Хистологично изследване и /или цитологично изследване.
8. Контрастна рентгенография на горния ГИТ - при показания.
9. Допълнителни изследвания - при показания:
   - изобразителни изследвания, напр. рентгенография, КТ, МРТ;
   - микробиологични и паразитологични изследвания (биологични материали, кръв, биопсичен/цитологичен материал), имунологични и други изследвания;
10. Подготовка/лечение.

Медикаментозното лечение включва:

- корекция на жизнено важни функции, анемия, коагулационни нарушения, придружаващи заболявания;
- лечение на основното заболяване според препоръките за стандартизирано поведение на БНДГЕ (Българско научно дружество по гастроентерология).

Лечението се провежда с антисекретори (Н-2 блокери, инхибитори на протонната помпа); протектори на лигавицата, прокинетици или други медикаменти, повлияващи функцията на сфинктерите и моториката на горния ГИТ, кръвоспиращи, антибиотици и други антибактериални средства, соматостатин, противотуморни и имуномодулиращи средства и др.; спазмолитици; обезболяващи; хепарин; електролитни и инфузионни рри; кортикостероиди, средства за корекция на хипоалбуминемия и анемия, осигуряване на ентерално или парентерално хранене, сондово хранене или перорално хранене с концентрирани хранителни субстанции др. По индикации - трансфузия на цяла кръв или кръвни компоненти, кръвозаместители, фактори на съсирване, хуманалбумин и други.

Други терапевтични процедури – промивка или локална инстилация на храни и концентрирани хранителни субстанции през сонда или перкутанна ендоскопска гастроентеростома.

ОСНОВНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ГИТ

1) Ендоскопско изследване на ГИТ със:

- хромоендоскопия; ендоскопска макробиопсия; диагностично-терапевтична ендоскопска мукозна резекция; други.

2) Балонна ентероскопия.

- Болест на Крон; неясно кървене от ГИТ; глутенова ентеропатия, болест на Уипъл, паразитози; тумори на тънкото черво; чревна полипоза; язви на тънкото черво (напр. медикаментозно предизвикани от НСПВС, аспирин).

3) Ендоскопска ехография с или без тънкоиглена (аспирационна биопсия) цитология от тъкан от лезии в стената и извън нея с цел:

- оценка на промените на стената на ГИТ или съседни структури; диагноза на субмукозни лезии; стадиране на карцином, други тумори; диференциална диагноза на лимфаденопатия; медиастинална маса; аспирация на кистични образувания.

4) Долна ендоскопска ендолуменна ехография, със или без тънкоиглена биопсия за:

- стадиране на карцином, други тумори, диагноза на субмукозни лезии, при болест на Крон, язвен колит, при перичревни абсцеси и фистули;

5) При показания се извършва:

- доплерово ехографско изследване;
- тънкоиглена /аспирационна биопсия или аспирация на течни колекции.

6) Капсулна ендоскопия.

- Болест на Крон; неясно кървене от ГИТ; глутенова ентеропатия, болест на Уипъл, паразитози; тумори на тънкото черво; чревна полипоза; язви на тънкото черво (напр. медикаментозно предизвикани от НСПВС, аспирин).

ОСНОВНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ГИТ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЕНДОСКОПСКО ЛЕЧЕНИЕ

1) Перкутанна ендоскопска гастро-/ ентеростомия се прави:

- при невъзможност за приемане на храна/вода при злокачествени и доброкачествени заболявания – органични и функционални; за хранене с концентрирани хранителни субстанции.

2) Ендоскопско отстраняване на доброкачествени новообразувания на лигавицата на ГИТ се прави при:

- аденоматозен(и) или неаденоматозен(и) полип(и); плосък аденом; фамилна полипоза; синдром на Peutz Jeghers с кървене от полип(и).

Използвани ендоскопски манипулации: ендоскопска щипкова полипектомия; ендоскопска бримкова полипектомия; ендоскопска мукозна резекция; аргон-плазмена коагулация или друга ендоскопска деструкция.

3) Ендоскопско радикално лечение на мукозен рак без инвазия в лимфните възли, премалигнени лезии (интестинална метаплазия и дисплазия).

Методи: 1. Ендоскопска мукозна резекция; 2. Тъканна деструкция след предварително хистологично изследване: нетермична лазерна фотодинамична терапия; термични методи: аргон-плазмена коагулация, мултиполана електрокоагулация; Heater probe; ND:YAG, KTPн лазер; 3. Комбинирано ендоскопско лечение.

4) Антирефлуксни ендоскопски процедури:

- ГЕРБ и аксиална херния (без индикации или неподходящи за оперативно лечение).

5) Ендоскопска инжекционна терапия:

- при туморен процес: интратуморно или перитуморно инжектиране на лечебна субстанция;
- локално лечение на възпалителен оток или стриктури: кортикостероиди или други медикаменти;
- ендоскопска инжекционна терапия на сфинктерни зони.

6) Ендоскопска дилатация на стеснени участъци с балонни катетри; пластмасови дилататори или метални оливи (само за хранопровод и кардия):

- дисфагия при ахалазия и други функционални нарушения; доброкачествени стриктури; злокачествени стриктури; преди ендоскопско протезиране; отвън стеснени участъци и други.

7) Ендоскопско протезиране (поставяне на пластмасови, метални или други ендопротези) при:

- доброкачествени или злокачествени стриктури на ГИТ; фистули вкл. бронхоезофагеални.

8) Ендоскопска туморна реканализация – вътрелуменна туморна деструкция (аблация, реканализация) – при запушване на участъци от ГИТ; преди протезиране или при туморно прорастване в протезата; кървене от тумор.

Методи: 1. Интра- или перитуморно инжектиране/химична аблация - абсолютен алкохол, склерозиращи вещества, химиотерапевтици, други; 2. Вътрелуменна туморна деструкция - ND: YAG лазерна аблация; 3. Комбинирано лечение, фотодинамична терапия, електрокоагулация; 4. АПК.

9) Терапевтични процедури чрез горна или долна ендоскопска ехография:

тънкоиглено инжектиране: за лечение на тумори - тъканна деструкция или обезболяване; дрениране на кисти, абсцесни кухини и др.

10) Ендоскопска хемостаза – в допълнение на другите ендоскопски процедури или при видимо кървяща лезия.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя:

- след ендоскопско, хистологично или цитологично изследване;
- след ехоендоскопско изследване – за определяне стадия на тумора;
- след рентгенологично изследване – при стриктура или обструкция от притискане, субмукозни промени, фистула, невъзможен ендоскопски достъп поради анатомични причини, първични и вторични моторни нарушения; при извършване на някои специализирани терапевтични ендоскопски манипулации – дилатация, протезиране и други.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- при осигуряване на коректна диагноза и лечение на основното заболяване, съгласно алгоритъма - ендоскопско и/или медикаментозно;
- стабилизирано състояние на пациента след интервенционалната процедура;
- документирано подобряване на жизненоважни параметри и лабораторни показатели, които е възможно да бъдат повлияни до края на необходимия болничен престой.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС код на държава

(или по двустранни спогодби)

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул. ..... №. .....

ж.к. ..... бл. ..... вх. ..... тел. .....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... **№.**

Амбулаторна процедура ..... **№.**

Клинична процедура ..... **№.**

Диагноза: МКБ10

дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година Пациент: ..... (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....

подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....

фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разредено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури (“малки операции” без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 70.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТ НА КРОН И УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТ ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой - 4 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Болест на Crohn [регионарен ентерит]

Включва: грануломатозен ентерит
Не включва: улцерозен колит (К51.—)

К50.0 Болест на Crohn на тънкото черво
Болест на Crohn [регионарен ентерит] на:
- дванадесетопръстника
- илеума
- йеюнум

Илеит:
- регионарен
- терминален

Не включва: с болест на Crohn на дебелото черво (К50.8)

К50.1 Болест на Crohn на дебелото черво
Колит:
- грануломатозен
- регионарен

Болест на Crohn [регионарен ентерит] на:
- колона
- дебелото черво
- ректума

Не включва: с болест на Crohn на тънкото черво (К50.8)

К50.8 Други разновидности на болестта на Crohn
Болест на Crohn на тънкото и дебелото черво

К50.9 Болест на Crohn, неуточнена
Болест на Crohn БДУ
Регионарен ентерит БДУ

Улцерозен колит

К51.0 Улцерозен (хроничен) ентероколит
К51.1 Улцерозен (хроничен) илеоколит
К51.2 Улцерозен (хроничен) проктит
К51.3 Улцерозен (хроничен) ректосигмоидит
К51.4 Псевдополипоза на колона
К51.5 Мукозен проктоколит
К51.8 Други улцерозни колити

МКБ-код **К50.9** се използва само при доказано заболяване на горните отдели на ГИТ.

2.2 И 2.3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

11820-00 Панендоскопия чрез камера капсула
Камера хапче }
Капсула } ендоскопия
Гастроинтестинална камера капсула }

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }

Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-06 Панендоскопия до илеума с биопсия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

Фиброоптична колоноскопия

Колоноскопия през артифициална стома

32090-00 Фиброоптична колоноскопия до цекума
Дълга колоноскопия
Включва: оглед на илеума
Не включва: такава с:
- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

32084-00 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика
Гъвкава сигмоидоскопия
Къса колоноскопия
Не включва: тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911])
такава с:
- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

Фиброоптична колоноскопия с ексцизия

32090-01 Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия
Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии
Дълга колоноскопия с биопсия

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58909-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Включва: предварителен общ план
Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])

58915-00 Контрастно изследване на тънки черва
Серийно изследване на тънки черва
Включва: предварителен общ план
Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975])
на корем (58900-00 [1977])

58921-00 Друга контрастна клизма
Включва: изследване с въздушен контраст
предварителен общ план

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:

- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])

и

- мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
- таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем
56549-01 Компютърна томография на дебело черво
Компютърна томография на дебело черво, след частична колоносколия
Виртуална колоноскопия
56550-00 Компютърна томография - ентерография
56550-01 Компютърна томография – ентероклиза
56551-00 Компютърна томография - колоноскопия (колонография)

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем
Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах
Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55601-00 Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове
Включва: дуплекс ултразвук на:
- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инфериор

отпада
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем
90913-00 Магнитно резонансна томография – ентерография
90913-01 Магнитно резонансна томография – ентероклиза

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-03 Изследване за албумин в урината
Микроалбуминурия - по преценка на лекуващия лекар
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината

91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина- по преценка на лекуващия лекар
91920-17 Изследване за нитрити в урината- по преценка на лекуващия лекар

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритро
левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-09 Изследване на протромбиново време- по преценка на лекуващия лекар

91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

Вирусологични изследвания

91922-04	Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус
91922-06	Серологично изследване на антитела срещу хепатит С вирус
	Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено-(серо-) типизиране за хроничен хепатит С
	Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С

Микробиологични изследвания

91908-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/или повърнати материи за култура и чувствителност
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-04	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения

1925 Паразитологични изследвания

91919-09	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология

1930 Имунологични изследвания

91924-01	Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91924-09	Изследване на анти - неутрофилните цитоплазматични антитела (anti pANCA)
91924-10	Изследване на анти сахаромицетни антитела anti ASCA
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

1934 Други лабораторни изследвания

91939-14 – Изследване на фекална еластаза и калпротектин

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
- кръвозаместители

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и
  - инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп

- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци

Изискване:

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум пет основни диагностични процедури с кодове:

- Една диагностична процедура - 1932 „Изследвания на урината“, която включва задължително изследванията на урината с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;
- Втора диагностична процедура, която включва извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;
- Трета диагностична процедура - с код 11700-00- ЕКГ;
- Четвърта диагностична процедура - с код 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;
- Пета – ендоскопска процедура или ендоскопски ултразвук (30668-00 или 55601-00) или образна диагностика на ГИТ; и две терапевтични процедури, от която едната задължително е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09 .

Процедура 91908-02, 91919-01 или 91919-11 задължително се отчита допълнително като шеста процедура, само при извършване на биопсия.

При тежки форми на заболяването (за **болест на Крон - CDAI над 300 или B2/3**, за улцерозен колит – **степен S3**) се допуска отчитане на клиничната пътека при извършване на минимум четири основни диагностични процедури (задължително 58900-00 или (56401-00 или 56549-01 или 56550-00 или 56550-01 или 56551-00) или (30668-00 или 55601-00) или (55036-00 или 55276-00 или 55278-00); 11700-00 и 1923) и две терапевтични процедури (от които едната задължително е 96199-09/9620009/96197-09).

Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ задължително се посочва вида, дозата и курса на лечение на приложеното лекарство.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока (с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар) и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока (с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар) и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастронтерология“ Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика
5. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
6. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

За ендолуменна или ендоскопска ехография, специалистът трябва да притежава сертификат по интервенционална и ендоскопска ехография – трето ниво – само за отчитане на ендолуменна или ендоскопска ехография (30668-00/55601-00). Не е задължително структурата по гастроентерология да има такъв специалист, за да сключи договор по тази КП.

НЗОК заплаща видеокапсула за ендоскопия на дебело и тънко черво с оптичен домейн, леща излъчващи светлинни диоди, батерия, трансмитер, антена. Неразделна част към ИЗ на пациента става “ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ”. Клиничната пътека се отчита с Направлението за хоспитализация и надлежно попълнен „ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ”.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с болест на Крон и улцерозен колит с нужда от спешни реанимационни мероприятия, корекция на анемия, фебрилитет и други усложнения;

Диагностика и лечение на:

- тежък и умерено тежък улцерозен колит;
- болест на Крон с активност, преценена по CDAI над 150;
- стенозираща и/или фистулизираща болест на Крон;
- клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни, суспектни за болест на Крон или улцерозен колит с необходимост от първоначално диагностично уточнение;
- известно заболяване (болест на Крон или улцерозен колит) в стадий на екзацербация (рецидив); при поява на локални и системни усложнения или за преоценка на лечението, включително при резистентни на амбулаторно лечение болни;
- стартиране и проследяване на биологичната активност на биологична терапия с анти-TNF препарати.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час от постъпването. В случаи извън спешност ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. При необходимост КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват до края на хоспитализацията – по преценка.

Според препоръките за стандартизирано поведение (консенсусни решения) на Българско научно дружество по гастроентерология (**БНДГЕ**).

Класификация на УК според активността на заболяването

	Лек – S1	**Умерен – S2**	**Тежък – S3**
Брой дефекации	< 4	>6	>10
Кръв в изпражненията	леко	профузно	непрекъснато
Температура (t°)	липсва	>37.5	>38.5
Хемоглобин	> 10 g/dl	< 10 g/dl	< 8 g/dl
СУЕ	< 30 mm	> 30 mm	> 50 mm 1 h
Албумин	нормален	3-4 g/dl	< 3 g/dl

Ендоскопска класификация на УК

Степен	Характеристика на лигавицата
0 (ремисия)	Нормална, бледа лигавица, нагънати съдове
1 (лека активност)	Еритема, леко гранулирана повърхност, загуб съдов рисунък
2 (умерена активност)	Единични язви, лигавица като “кадифе”, контактн спонтанно кървене
3 (тежка активност)	Гной, големи язви и спонтанно кървене

Индекс на Best - Crohn’s Disease Activity Index (CDAI)

Показател	Фактор на значимост (	Точки=
Брой течни или кашави изхождания	x2	
Болки в корема (липсват=0, леки=1, умерени=2, силни=3)	x5	
Общо състояние (добро=0, леко увредено = 1, лошо = 2, много лошо =3,изключително лошо = 4)	x7	
Усложнения (брой) артрит, ирит, увеит, афтозен стоматит, гангре пиодерма, нодозен еритем, фисури, чревни фистули, анални перирек абсцеси, температура >38°C през седмицата	Брой x20	
Симптоматично противодиарийни лекарства (да.1)	x30	
Резистентност/формация в корема (липсват=0, вероятна =2, сигурна = 5)	x10	
Хематокрит (жени =42 –измерена стойност на хематокрита, мъже 47 - изме стойност на хематокрита)	x6	
Тегло 1–настоящо тегло/стандартно тегло	x100	
Общо		

Данните се събират от болния, като се попълва дневник в продължение на една седмица, за първите 3 показателя се представят като сума за цялата седмица.

CDAI < 150 – неактивна болест

CDAI >150 – активна болест

B 2 – стенозираща форма на болест на Крон

B 3 – фистулизираща форма на Крон

ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ:

1. Оглед на дебелото черво – при УК и целия ГИТ – при БК: **ендоскопия с биопсия, рентгенография.**

- Колоноскопия, при невъзможност за извършването ѝ – сигмоидоскопия (ректоскопия) с иригография;

-При ангажиране на тънко черво – в комбинация с ентероклиза /капсулна ендоскопия (ентероскопия) – при болест на Крон;

-При ангажиране на горните отдели на ГИТ – в комбинация с езофаго-гастродуоденоскопия (ФГС). контрастно рентгеново изследване на горния ГИТ.

- **Хистологично изследване** и /или цитологично изследване.

-Други рентгенови изследвания: обзорна рентгенография на корема, белите дробове и сърцето; фистулография- при показания

2. **Абдоминална ехография, КАТ, МРТ.** При показания:

-ехография на малък таз и ретроперитонеум;

-доплерово изследване;

3. **Ендолуменна ехография –** при суспектни данни за перианоректални фистули и абсцеси
4. **Клинико–лабораторни изследвания.**

4.1. **Задължителни:**

- хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct, и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки, СУЕ;
- клинично-химични показатели - кръвна захар, креатинин, С-реактивен протеин; - хемостаза – протромбиново време (индекс, INR), АПТТ (пТПВ/ККВ), фибриноген; - пълно изследване на урина.

4.2. **Според съответното заболяване и по показания:**

- клинично-химични показатели - общ белтък, албумин, урея, амилаза, билирубин - общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, АКР, туморни маркери (СЕА и др.) – по показания; - електролити - Na, K, Cl, Ca; - други.

5. **Изключване на чревна и друга инфекция–** по показания**:**
   - микробиологични изследвания на фецес и други биологични секрети;
   - паразитологични изследвания;
   - серологични / вирусологични (HbsAg, anti-HCV, HIV); аналитичен Видал и други.
6. **Допълнителни изследвания** - при показания:
   - имунологични изследвания - имуноглобулини, ANCA, ANA, ACL; - изследване за малабсорбция/ стеаторея; - други – при усложнения.

ИНДИКАЦИИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ. ТЕРАПЕВТИЧЕН АЛГОРИТЪМ

Лечението на ХВЗЧ се определя от клиничната тежест на болестта, степента на разпространение на процеса и настъпилите усложнения.

Тези заболявания са с неизвестна етиология и сходна патогенеза, поради което се използват едни и същи групи медикаменти.

Диетичният режим включва храни, богати на белтъчини, минерали, витамини и изключва храни, богати на целулоза; в тежките случаи – функционален покой на червата – ентерални храни.

В началото на заболяванията при средна и тежка степен на протичане е показано тотално или частично парентерално хранене, вливане на глюкозо-солеви разтвори или биопродукти (цялостна кръв, еритроцитна маса, плазма, хуманалбумин).

Медикаментозното лечение включва следните групи лекарства:

1. **Кортикостероиди.**
2. **Имуносупресори.**
3. **Препарати на 5-аминосалициловата киселина (5-ASA).**
4. **Анти TNF –** (анти-тумор некрозис фактор антитела) и други форми на биологична терапия.
5. **Антибиотична терапия –** спрямо Грам (-) и анаеробна флора или към кандидоза и опортюнистична инфекция (след микробиологично уточняване).
6. **Антидиарични средства**

В случай на тежка активност и фулминантни форми, при усложнения, синдром на късото черво; при фистули съвместно със соматостатин - парентерално или ентерално сондово хранене или перорален прием на етерални храни или елементна /полуелементна диета; безглутенова диета.

Реанимационни мерки, кръвопреливане, корекция на метаболитни и други нарушения.

В някои случаи се провеждат и **терапевтични ендоскопски процедури или такива под ехографски контрол**: ендоскопско поставяне на назогастрална или интестинална сонда за промивка или локална инстилация; ендоскопска хемостаза; ендоскопска деструкция на лезия или тъкан на черво, аспирация на течни колекции и абсцеси.

Показания за оперативно лечение:

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург болният се насочва за хирургично лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След тотален оглед (ендоскопски и рентгенологично) на дебелото черво за улцерозен колит и на ГИТ за болестта на Крон.

При невъзможност за извършване на колоноскопия – сигмоидоскопия с иригография.

Диагнозата може да бъде доказана и при предхождащо изследване и интраоперативно.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:
  - липса на фебрилитет;
  - подобряване на възпалителната компонента;
  - значителна редукция на клиничните прояви: интоксикация; дефекации;
  - корекция на патологично променените показатели, в т. ч. на изходната стойност на хемоглобина - над 70 г/л;

Повторна хоспитализация се допуска при поява на спешни индикации или за провеждане на противовъзпалително и инфузионно лечение с Anti TNF alpha.

.**8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>**

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГА отчет за лечение с anti – TNF@. Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или отделението до 1 година и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК. Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона/ите.

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ОТЧЕТ ЗА ПРИЛОЖЕНИТЕ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ПО КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ/АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ.

КП № .....

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:.....

ЕГН: □□□□□□□□□□

ИЗ №: □□□□□

ЛЕЧЕНИЕ с ANTI – TNF@ – фабричен № на флакона	
Индикации	**Контраиндикации**

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС код на държава

(или по двустранни спогодби)

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул. ..... №. .....

ж.к. ..... бл. ..... вх. ..... тел. .....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. .

Амбулаторна процедура ..... №. .

Клинична процедура ..... №. .

Диагноза: МКБ10 . .

дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година Пациент: .....

(подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....

подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....

фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разредено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури (“малки операции” без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дренирание на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 70.2
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТ НА КРОН И УЛЦЕРОЗЕН КОЛИТ ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1.Минимален болничен престой - 4 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Болест на Crohn [регионарен ентерит]
Включва: грануломатозен ентерит
Не включва: улцерозен колит (K51.—)

K50.0 Болест на Crohn на тънкото черво
Болест на Crohn [регионарен ентерит] на:
- дванадесетопръстника
- илеума
- йеюнум

Илеит:
- регионарен
- терминален

Не включва: с болест на Crohn на дебелото черво (K50.8)

K50.1 Болест на Crohn на дебелото черво
Колит:
- грануломатозен
- регионарен

Болест на Crohn [регионарен ентерит] на:
- колона
- дебелото черво
- ректума

Не включва: с болест на Crohn на тънкото черво (K50.8)

K50.8 Други разновидности на болестта на Crohn
Болест на Crohn на тънкото и дебелото черво

K50.9 Болест на Crohn, неуточнена
Болест на Crohn БДУ
Регионарен ентерит БДУ

Улцерозен колит

K51.0 Улцерозен (хроничен) ентероколит
K51.1 Улцерозен (хроничен) илеоколит
K51.2 Улцерозен (хроничен) проктит
K51.3 Улцерозен (хроничен) ректосигмоидит
K51.4 Псевдополипоза на колона
K51.5 Мукозен проктоколит
K51.8 Други улцерозни колити

МКБ-код **K50.9** се използва само при доказано заболяване на горните отдели на ГИТ.

2.2 И 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

11820-00 Панендоскопия чрез камера капсула
Камера хапче }
Капсула } ендоскопия
Гастроинтестинална камера капсула }

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-06 Панендоскопия до илеума с биопсия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

Фиброоптична колоноскопия

Колоноскопия през артифициална стома

32090-00 Фиброоптична колоноскопия до цекума
Дълга колоноскопия
Включва: оглед на илеума
Не включва: такава с:

- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

32084-00 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика
Гъвкава сигмоидоскопия
Къса колоноскопия

Не включва: тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911]) такава с:

- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

Фиброоптична колоноскопия с ексцизия

32090-01 Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия
Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии
Дълга колоноскопия с биопсия

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58909-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Включва: предварителен общ план
Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до

колон (58912-00 [1975])

58915-00 Контрастно изследване на тънки черва
Серийно изследване на тънки черва
Включва: предварителен общ план
Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975]) на корем (58900-00 [1977])

58921-00 Друга контрастна клизма
Не ключва: изследване с въздушен контраст
предварителен общ план

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:

- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])

и

- мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
- таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем
56549-01 Компютърна томография на дебело черво
Компютърна томография на дебело черво, след частична колоносколия
Виртуална колоноскопия

56550-00 Компютърна томография - ентерография
56550-01 Компютърна томография – ентероклиза
56551-00 Компютърна томография - колоноскопия (колонография)

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 58900-00 Рентгенография на корем
Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах
Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55601-00 Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио р и илиачни вени

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове

Включва: дуплекс ултразвук на:

- аорта

отпада• илиачни съдове

- вена кава инферио р

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем
90913-00 Магнитно резонансна томография – ентерография
90913-01 Магнитно резонансна томография – ентероклиза

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-03 Изследване за албумин в урината
Микроалбуминурия - по преценка на лекуващия лекар
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ] – по преценка на лекуващия лекар
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

Вирусологични изследвания

91922-04 Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус
91922-06 Серологично изследване на антитела срещу хепатит С вирус
Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серо-) типизиране за хроничен хепатит С
Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С

Микробиологични изследвания

91908-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен Тракт и/или повърнати материи за култура и чувствителност
91919-01 Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт

91919-04 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура

91919-11 Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения

1925 Паразитологични изследвания

91919-09 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология

1930 Имунологични изследвания

91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91924-09 Изследване на анти - неутрофилните цитоплазматични антитела (anti pANCA)
91924-10 Изследване на анти сахаромицетни антитела anti ASCA
92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

19341934 Други лабораторни изследвания

91939-14 – Изследване на фекална еластаза и калпротектин

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране,
  - по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевти агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок[1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок[741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Приложение на фармакотерапия
96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант *Виж допълнителни знаци*

Изискване:

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум четири основни диагностични процедури с кодове:

- Една диагностична процедура - 1932 „Изследвания на урината“, която включва задължително изследванията на урината с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;
- Втора диагностична процедура, която включва извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;
- Трета диагностична процедура - с код 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;
- Четвърта – ендоскопска процедура или ендоскопски ултразвук (30668-00 или 55601-00) или рентгенологична процедура; и две терапевтични процедури, от която едната задължително е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09.
- Диагностична процедура - с код 11700-00 – ЕКГ- се извършва по преценка на лекуващия лекар.

Процедура 91908-02, 91919-01 или 91919-11 задължително се отчита допълнително като шеста процедура, само при извършване на биопсия.

При тежки форми на заболяването (за **болест на Крон - CDAI над 300 или B2/3**, за улцерозен колит – **степен S3**) се допуска отчитане на клиничната пътека при извършване на минимум четири основни диагностични процедури (задължително 58900-00 или (56401-00 или 56549-01 или 56550-00 или 56550-01 или 56551-00) или (30668-00 или 55601-00) или (55036-00 или 55276-00 или 55278-00); 11700-00 и 1923) и две терапевтични процедури (от които едната задължително е 96199-09/9620009/96197-09).

Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ задължително се посочва вида, дозата и курса на лечение на приложеното лекарство.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока (с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар) и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока (с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар) и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко от второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт “Детска хирургия“, от обхвата на медицинска специалност "Педиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана на третo ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника /отделение по детска хирургия
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
5. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория
3. Структура по Образна диагностика

б) Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години и изисквания за допълнителна квалификация:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология

или

лекари със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

НЗОК заплаща видеокапсула за ендоскопия на дебело и тънко черво с оптичен домейн, леща излъчващи светлинни диоди, батерия, трансмитер, антена.
Неразделна част към ИЗ на пациента става “ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ”. Клиничната пътека се отчита с Направлението за хоспитализация и надлежно попълнен „ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ”.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с болест на Крон и улцерозен колит с нужда от спешни реанимационни мероприятия, корекция на анемия, фебрилитет и други усложнения;

Диагностика и лечение на:

- тежък и умерено тежък улцерозен колит;
- болест на Крон с активност, преценена по CDAI над 150;
- стенозираща и/или фистулизираща болест на Крон;
- клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни, суспектни за болест на Крон или улцерозен колит с необходимост от първоначално диагностично уточнение;
- известно заболяване (болест на Крон или улцерозен колит) в стадий на екзацербация (рецидив); при поява на локални и системни усложнения или за преоценка на лечението, включително при резистентни на амбулаторно лечение болни;
- стартиране и проследяване на биологичната активност на биологична терапия с анти-TNF препарати.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час от постъпването. В случаи извън спешност ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. При необходимост КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват до края на хоспитализацията – по преценка.

Според препоръките за стандартизирано поведение (консенсусни решения) на Българско научно дружество по гастроентерология (**БНДГЕ**).

Класификация на УК според активността на заболяването

	Лек – S1	**Умерен – S2**	**Тежък – S3**
Брой дефекации	< 4	>6	>10
Кръв в изпражненият	леко	профузно	непрекъснато
Температура (t°)	липсва	>37.5	>38.5
Хемоглобин	> 10 g/dl	< 10 g/dl	< 8 g/dl
СУЕ	< 30 mm	> 30 mm	> 50 mm 1 h
Албумин	нормален	3-4 g/dl	< 3 g/dl

Ендоскопска класификация на УК

Степен	**Характеристика на лигавицата**
0 (ремисия)	Нормална, бледа лигавица, нагънати съдове
1 (лека активност)	Еритема, леко гранулирана повърхност, загуб съдов рисунък
2 (умерена активност)	Единични язви, лигавица като “кадифе”, контактно спонтанно кървене

3 (тежка активност)	Гной, големи язви и спонтанно кървене

Индекс на Best - Crohn's Disease Activity Index (CDAI)

Показател	Фактор на значимост	Точки=
Брой течни или кашави изхождания	x2	
Болки в корема (липсват=0, леки=1, умерени=2, силни=3)	x5	
Общо състояние (добро=0, леко увредено = 1, лошо = 2, много лошо =3,изключително лошо = 4)	x7	
Усложнения (брой) артрит, ирит, увеит, афтозен стоматит, гангре пиодерма, нодозен еритем, фисури, чревни фистули, а перириктални абсцеси, температура >38°C през седмицата	Брой x20	
Симптоматично противодиарийни лекарства (да.1)	x30	
Резистентност/формация в корема (липсват=0, вероятна =2, сигурна = 5)	x10	
Хематокрит (жени =42 –измерена стойност на хематокрита, мъже 47 - изм стойност на хематокрита)	x6	
Тегло 1–настоящо тегло/стандартно тегло	x100	
Общо		

Данните се събират от болния, като се попълва дневник в продължение на една седмица, за първите 3 показателя се представят като сума за цялата седмица.

CDAI < 150 – неактивна болест

CDAI >150 – активна болест

B 2 – стенозираща форма на болест на Крон

B 3 – фистулизираща форма на Крон

ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ:

1. Оглед на дебелото черво – при УК и целия ГИТ – при БК: **ендоскопия с биопсия, рентгенография.**
   -Колоноскопия, при невъзможност за извършването й – сигмоидоскопия (ректоскопия) с иригография;

-При ангажиране на тънко черво – в комбинация с ентероклиза /капсулна ендоскопия (ентероскопия) – при болест на Крон;

-При ангажиране на горните отдели на ГИТ – в комбинация с езофаго-гастродуоденоскопия (ФГС). контрастно рентгеново изследване на горния ГИТ.

-**Хистологично изследване** и /или цитологично изследване.

-Други рентгенови изследвания: обзорна рентгенография на корема, белите дробове и сърцето; фистулография- при показания

2. **Абдоминална ехография, КАТ, МРТ.** При показания:

-ехография на малък таз и ретроперитонеум;

-доплерово изследване;

3. **Ендолуменна ехография –** при суспектни данни за перианоректални фистули и абсцеси
4. **Клинико–лабораторни изследвания.**

4.1. **Задължителни, съгласно изискванията за основни и възможни допълнителни**

- хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct, и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки, СУЕ;
- клинично-химични показатели - кръвна захар, креатинин, С-реактивен протеин; - хемостаза – протромбиново време (индекс, INR), АПТТ (пТПВ/ККВ), фибриноген; - пълно изследване на урина.

4.2. **Според съответното заболяване и по показания:**

- клинично-химични показатели - общ белтък, албумин, урея, амилаза, билирубин - общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, АКР, туморни маркери (СЕА и др.) – по показания; - електролити - Na, K, Cl, Ca; - други.

5. **Изключване на чревна и друга инфекция–** по показания**:**
   - микробиологични изследвания на фецес и други биологични секрети;
   - паразитологични изследвания;
   - серологични / вирусологични (HbsAg, anti-HCV, HIV); аналитичен Видал и други.
6. **Допълнителни изследвания** - при показания:
   - имунологични изследвания - имуноглобулини, ANCA, ANA, ACL; - изследване за малабсорбция/ стеаторея; - други – при усложнения.

ИНДИКАЦИИ ЗА ЛЕЧЕНИЕ. ТЕРАПЕВТИЧЕН АЛГОРИТЪМ

Лечението на ХВЗЧ се определя от клиничната тежест на болестта, степента на разпространение на процеса и настъпилите усложнения.

Тези заболявания са с неизвестна етиология и сходна патогенеза, поради което се използват едни и същи групи медикаменти.

Диетичният режим включва храни, богати на белтъчини, минерали, витамини и изключва храни, богати на целулоза; в тежките случаи – функционален покой на червата – ентерални храни.

В началото на заболяванията при средна и тежка степен на протичане е показано тотално или частично парентерално хранене, вливане на глюкозо-солеви разтвори или биопродукти (цялостна кръв, еритроцитна маса, плазма, хуманалбумин).

Медикаментозното лечение включва следните групи лекарства:

1. **Кортикостероиди.**
2. **Имуносупресори.**
3. **Препарати на 5-аминосалициловата киселина (5-ASA).**
4. **Анти TNF –** (анти-тумор некрозис фактор антитела) и други форми на биологична терапия.
5. **Антибиотична терапия** – спрямо Грам (-) и анаеробна флора или към кандидоза и опортюнистична инфекция (след микробиологично уточняване).
6. **Антидиарични средства**

В случай на тежка активност и фулминантни форми, при усложнения, синдром на късото черво; при фистули съвместно със соматостатин - парентерално или ентерално сондово хранене или перорален прием на етерални храни или елементна /полуелементна диета; безглутенова диета.

Реанимационни мерки, кръвопреливане, корекция на метаболитни и други нарушения.

В някои случаи се провеждат и **терапевтични ендоскопски процедури или такива под ехографски контрол**: ендоскопско поставяне на назогастрална или интестинална сонда за промивка

или локална инстилация; ендоскопска хемостаза; ендоскопска деструкция на лезия или тъкан на черво, аспирация на течни колекции и абсцеси.

Показания за оперативно лечение:

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург болният се насочва за хирургично лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След тотален оглед (ендоскопски и рентгенологично) на дебелото черво за улцерозен колит и на ГИТ за болестта на Крон.

При невъзможност за извършване на колоноскопия – сигмоидоскопия с иригография.

Диагнозата може да бъде доказана и при предхождащо изследване и интраоперативно.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:
- липса на фебрилитет;
- подобряване на възпалителната компонента;
- значителна редукция на клиничните прояви: интоксикация; дефекации;
- корекция на патологично променените показатели, в т. ч. на изходната стойност на хемоглобина - над 70 г/л;

Повторна хоспитализация се допуска при поява на спешни индикации или за провеждане на противовъзпалително и инфузионно лечение с Anti TNF alpha.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГА отчет за лечение с anti – TNF@. Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или отделението до 1 година и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК. Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона/ите.
Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ОТЧЕТ ЗА ПРИЛОЖЕНИТЕ ЛЕКАРСТВЕНИ ПРОДУКТИ ПО КЛИНИЧНИ ПЪТЕКИ/АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ.

КП № .....
(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:……

ЕГН: □□□□□□□□□□
ИЗ №: □□□□□

ЛЕЧЕНИЕ с ANTI – TNF@ – фабричен № на флакона	
Индикации	**Контраиндикации**

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС

(или по двустранни спогодби)

код на държава

..

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул. ..... №. .....

ж.к. ..... бл. ..... вх. ..... тел. .....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ..

Амбулаторна процедура ..... №. ..

Клинична процедура ..... №. ..

Диагноза: МКБ10 .. .. ..

дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година Пациент: .....

(подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....

подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....

фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разредено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури (“малки операции” без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 71.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ТЪНКОТО И ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1.Минимален болничен престой - 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

A18.3 Туберкулоза на червата, перитонеума и мезентериалните лимфни възли
Туберкулоза на:
- ануса и ректума† (K93.0*)
- червата (дебело)(тънко)† (K93.0*)
- ретроперитонеалните лимфни възли

Туберкулозен:
- асцит
- ентерит† (K93.0*)
- перитонит† (K67.3*)

Злокачествено новообразувание на тънките черва

C17.1 Иеюнум

C17.2 Илеум

Не включва: илео-цекална клапа (C18.0)

C17.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на тънките черва

Злокачествено новообразувани на дебелото черво (колон)

C18.0 Цекум
Илео-цекална клапа

C18.1 Апендикс

C18.2 Колон асценденс

C18.3 Флексура хепатика

C18.4 Колон трансверзум

C18.5 Флексура лиеналис

C18.6 Колон десценденс

C18.7 Колон сигмоидеум
Сигмоидална (флексура)

Не включва: ректосигмоидална област (C19)

C18.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на дебелото черво

C19 Злокачествено новообразувание на ректосигмоидалната област
Колон с ректум
Ректосигмоидална област (колон)

C20 Злокачествено новообразувание на правото черво (ректум)
Ампула ректи

Злокачествено новообразувание на ануса и аналния канал

C21.0 Анус, неуточнена локализация

Не включва: анален(-на):
- ръб (C43.5, C44.5)
- кожа (C43.5, C44.5)
- перианална кожа (C43.5, C44.5)

C21.1 Анален канал
Сфинктер на ануса

C21.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации

на ректума, ануса и аналния канал

Аноректална област

Анус с ректум

Злокачествено новообразуване на ректума, ануса и аналния канал, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C20—C21.2

Доброкачествено новообразуване на колона, ректума, ануса и аналния канал

D12.0 Цекум

Илеоцекална клапа

D12.1 Апендикс

D12.2 Възходяща част (асценденс) на колона

D12.3 Напречна част (трансверзум) на колона

Хепатална флексура

Лиенална флексура

D12.4 Низходяща част (десценденс) на колона

D12.5 Сигмоидална част на колона

D12.6 Колон, неуточнена част

Аденоматоза на колона

Дебело черво БДУ

Полипоза (наследствена) на колона

D12.7 Ректосигмоидална област

D12.8 Ректум

D12.9 Анус и анален канал

Не включва: анални:

- ръб (D22.5, D23.5)
- кожа (D22.5, D23.5)

перианална кожа (D22.5, D23.5)

D13.3 Други и неуточнени части на тънките черва

Амилоидоза

Не включва: болест на Alzheimer (G30.—)

E85.0 Наследствена фамилна амилоидоза без невропатия

Фамилна средиземноморска треска

Наследствена амилоидна нефропатия

E85.3 Вторична системна амилоидоза

Амилоидоза при хемодиализа

E85.4 Ограничена амилоидоза

Локализирана амилоидоза

E85.8 Други форми на амилоидза

I88.0 Неспецифичен мезентериален лимфаденит

Мезентериален лимфаденит (остър) при деца

I89.0 Чревна лимфангиектазия

Други неинфекциозни гастроентерити и колити

К52.0 Радиационен гастроентерит и колит

К52.1 Токсичен гастроентерит и колит

К52.8 Други уточнени неинфекциозни гастроентерити и колити

Съдови болести на червата

Не включва: некротизиращ ентероколит на плода или новороденото (Р77)

К55.1 Хронични съдови болести на червата

Хроничен исхемичен:

- колит
- ентерит
- ентероколит

Исхемична стриктура на червата

Мезентериална:

- атеросклероза
- съдова недостатъчност

К55.2 Ангиодисплазия на колона

К55.8 Други съдови болести на червата

Не включва: вродена стриктура или стеноза на червата (Q41—Q42)
исхемична стриктура на червата (К55.1)
мекониум илеус (Е84.1)

непроходимост на червата при новородено, класифицирана в рубриката Р76.—
непроходимост на дванадесетопръстника (К31.5)
следоперативна непроходимост на червата (К91.3)
стеноза на ануса или ректума (К62.4)
с херния (К40—К46)

Дивертикули на червата

Включва: дивертикулит | на (тънко)(дебело) черво
дивертикулоза
дивертикул

Не включва: вроден дивертикул на червата (Q43.8)
дивертикул на апендикса (К38.2)
дивертикул на Meckel (Q43.0)

К57.1 Дивертикули на тънкото черво без перфорация или абсцес

Дивертикули на тънкото черво БДУ

Не включва: дивертикули на тънкото и на дебелото черво, без перфорация или абсцес (К57.5)

К57.3 Дивертикули на дебелото черво без перфорация и абсцес

Дивертикули на колона БДУ

Не включва: дивертикули на тънкото и на дебелото черво без перфорация или абсцес (К57.5)

К57.5 Дивертикули на тънкото и на дебелото черво без перфорация или абсцес

Дивертикули на тънкото и на дебелото черво

Синдром на раздразненото черво

Включва: колон иритабиле

К58.0 Синдром на раздразненото черво с диария

К58.9 Синдром на раздразненото черво без диария

Синдром на раздразненото черво БДУ

Други болести на ануса и ректума

Включва: на аналния канал

Не включва: дисфункция след колостомия и ентеростомия (К91.4)
незадържане на фекалии (R15)
хемороиди (I84.—)
улцерозен проктит (К51.2)

К62.4 Стеноза на ануса и ректума

Стриктура на ануса (сфинктера)

К62.6 Язва на ануса и ректума

Язва:

- солитарна
- фекална

Не включва: фисура и фистула на ануса и ректума (К60.—)
при улцерозен колит (К51.—)

К62.8 Други уточнени болести на ануса и ректума

Други болести на червата

К63.2 Фистула на червата

Не включва: фистула (на):

- ануса и ректума (К60.—)
- апендикса (К38.3)
- дванадесетопръстника (К31.6)
- чревногенитална при жени (N82.2—N82.4)
- везикоинтестинална (N32.1)

К63.3 Язва на червата

Първична язва на тънкото черво

Не включва: язва (на):

- ануса или ректума (К62.6)
- дванадесетопръстника (К26.—)
- стомашночревна (К28.—)
- гастройеюнална (К28.—)
- йеюнална (К28.—)
- пептична, с неуточнена локализация (К27.—)
- улцерозен колит (К51—)

Нарушена резорбция в червата

Не включва: дължаща се на хирургична намеса върху стомашночревния тракт (K91.2)

K90.0 Цьолиакия

Глутенова ентеропатия

K90.2 Синдром на сляпата бримка, некласифициран другаде

Синдром на сляпата бримка БДУ

Не включва: синдром на сляпата бримка:

- вроден (Q43.8)
- след хирургична намеса (K91.2)

K90.8 Други нарушения на резорбцията в червата

Болест на Whipple (M14.8*)

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, некласифицирани другаде

Не включва: гастройеюнална язва (K28.—)

радиационен:

- колит (K52.0)
- гастроентерит (K52.0)
- проктит (K62.7)

K91.2 Нарушение на резорбцията след хирургична намеса, некласифицирано другаде

Синдром на сляпата бримка след хирургична намеса

Не включва: нарушение на резорбцията:

- остеомалация при възрастни (M83.2)
- остеопороза след хирургични намеси(M81.3)

K91.4 Дисфункция след колостомия и ентеростомия

Увреждания на други храносмилателни органи при болести, класифицирани другаде

K93.0* Туберкулозно увреждане на червата, перитонеума и мезентериалните лимфни възли (A18.3†)

Не включва: туберкулозен перитонит (K67.3*)

Фистули със засягане на женските полови органи

Не включва: везикоинтестинална фистула(N32.1)

N82.2 Фистула между вагината и тънките черва

N82.3 Фистула между вагината и дебелите черва

Ректовагинална фистула

N82.4 Други фистули между черва и женски полови органи

Чревноматочна фистула

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Изследване на тънки черва

32095-00 Ендоскопско изследване на тънки черва през изкуствена стома
Включва: биопсия

Фиброоптична колоноскопия

Колоноскопия през артифициална стома
32090-00 Фиброоптична колоноскопия до цекума
Дълга колоноскопия
Включва: оглед на илеума *Не включва*: такава с:
- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

32084-00 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика
Гъвкава сигмоидоскопия
Къса колоноскопия
Не включва: тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911]) такава с:
- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

Фиброоптична колоноскопия с ексцизия

32090-01 Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия
Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии
Дълга колоноскопия с биопсия

32084-01 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика, с биопсия
Колоноскопия до флексура хепатика, с множествени биопсии
Флексибилна сигмоидоскопия } с биопсия
Къса колоноскопия }

Други ексцизионни процедури на тънко черво

30075-13 Биопсия на тънко черво

-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])
58915-00 Контрастно изследване на тънки черва
Серийно изследване на тънки черва
Включва: предварителен общ план
Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975])

58921-00 Друга контрастна клизма
Включва: изследване с въздушен контраст
предварителен общ план

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем
Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах
Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])

и
- мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
- таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

56549-01 Компютърна томография на дебело черво
Компютърна томография на дебело черво, след частична колоносколия
Виртуална колоноскопия
56550-00 Компютърна томография - ентерография
56550-01 Компютърна томография – ентероклиза
56551-00 Компютърна томография - колоноскопия (колонография)

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55601-00 Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])
55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове
Включва: дуплекс ултразвук на:
- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инферио

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ	
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90913-00	Магнитно резонансна томография – ентерография
90913-01	Магнитно резонансна томография – ентероклиза

1932 Изследвания на урината	
91920-12	Химично изследване на урина
pH	
Белтък	
Билирубин	
Уробилиноген	
Глюкоза	
Кетони	
Относително тегло – по преценка на лекуващия лекар	
Нитрити – по преценка на лекуващия лекар	
Левкоцити	
Кръв	

Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] *Не включва*: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин

Морфологични изследвания	
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Деструктивни процедури на ректум или анус

90312-00 Електрокоагулация на ректална тъкан
Електрокоагулация на ректална лезия
Не включва: такава при хемороиди (постоперативно) (90345-00 [931])

Деструктивни процедури на ректум или анус

30479-01 Ендоскопска лазерна терапия на ректум
Ендоскопска лазер терапия за:
- доброкачествени съдови лезии
- неоплазма
- стриктура

Процедури при хемороиди

32132-00 Склеротерапия на хемороиди
Инжектиране на хемороиди

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и
  - инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт

- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на:

- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта

Трансфузия на:

- кръвозаместители

Приложение на фармакотерапия
Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Изискване:

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум пет основни диагностични процедури с кодове:

- Една диагностична процедура - 1932 „Изследвания на урината“, която включва задължително всички изследвания на урината, посочени в съответния код, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;
- Втора диагностична процедура, която включва извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“;
- Трета диагностична процедура - с код 11700-00 - ЕКГ;
- Четвърта диагностична процедура - с код 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;

-Пета - ендоскопска процедура или ендоскопски ултразвук (30668-00 или 55601-00) или рентгенологична процедура; и една терапевтична процедура - 96199-09 или 96200-09 или 96197-09 .

Процедура 91919-01 или 91919-11 задължително се отчита допълнително като шеста процедура, само при извършване на биопсия.

1. При контраиндикации или невъзможност за извършване на ендоскопска процедура в пълен обем поради стеноза/стриктура, фистула на стомах и дуоденум, синдром на оперирания стомах, клиничната пътека се счита за завършена, ако има рентгенография, доказваща наличието им. Рентгеновата снимка или електронният носител се прикрепват към ИЗ.
2. Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ задължително се посочва вида, дозата и курса на лечение на приложеното лекарство.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания (с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар) от блока на урината, посочени в съответния код и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастронтерология“ Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика
5. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
6. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

При необходимост от ендолуменна или ендоскопска ехография, специалистът трябва да притежава сертификат по интервенционална и ендоскопска ехография – трето ниво - само за отчитане на ендолуменна или ендоскопска ехография (5560100/30668-00)

Не е задължително структурата по гастроентерология да има такъв специалист, за да сключи договор по тази КП.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Лечебно заведение, изпълнител на тази клинична пътека, задължително сключва договор за изпълнение и на АПр № 34.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на:

- усложнено заболяване на долния ГИТ, съпроводено с "алармиращи" симптоми и с едно или повече от следните отклонения: диселектролитемия, доказана чрез промени в серумния Na, K, Ca и Mg; повишен креатинин и урея, анемичен синдром или резултати от образни изследвания, насочващи към заболяване на долния ГИТ;
- заболявания на долния ГИТ и клинично и/или инструментално доказани заболявания, алергия, прием на медикаменти, непозволяващи провеждането на диагностично-лечебните дейности в амбулаторни условия;
- Лечение на средна и тежка степен на малнутриция при заболявания на долния ГИТ.

Диагностика и предоперативно стадиране на онкологично заболяване на долния гастроинтестинален тракт при клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни, когато тази диагностика не може да бъде извършена в амбулаторни условия.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти, провеждащи амбулаторно лечение за заболяване на долния ГИТ, без добър терапевтичен ефект по искане на лекаря, провеждащ лечението в специализираната извънболнична помощ.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час от постъпването. В случаи на спешност ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. В случай на необходимост КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

При заболявания на червото се извършват следните основни диагностични процедури:

1. **Клинико – лабораторни изследвания:**
   - 1.1. **Задължителни, съгласно изискванията за основни диагностични процедури:**
     - хематология – ПКК, включваща хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки;
     - клинико-химични - кръвна захар, креатинин;
     - изследване на урина.
   - 1.2. **Според съответните заболявания и показания:**
     - клинико-химични - общ белтък, албумин, урея, амилаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ; Na, K, Cl, АКР, С-реактивен протеин, туморни маркери (CEA, CA 19-9, CA-72-4 и др.);

- хемокоагулационни изследвания - фибриноген, протромбиново време (индекс, INR); аПТТ (пТПВ/ККВ).

2. **Абдоминална ехография на коремни органи, ретроперитонеум и малък таз.**

И при показания:

- доплерово изследване.

3. **Ендоскопско изследване** със или без вземане на материал за хистологично (цитологично) изследване (ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология):
   - долна ендоскопия – колоно-, сигмоидоскопия, ректоскопия;
   - ендоскопски оглед на проксималния отдел на тънкото черво – ниска дуоденоскопия;
   - ендоскопски оглед през стома.

При съмнение за злокачествен процес на дебелото черво или полип/аденом е задължително извършването на тотален оглед на червото - колоноскопия. При невъзможност – сигмоидоскопия в комбинация с иригография.

4. **Хистологично изследване** и /или цитологично изследване – стандартни и при показания допълнителни оцветявания и имунохистохимия.
   - противопоказано при кървяща лезия; дивертикули;
   - невъзможно – при изразени стриктури или анатомични особености, след хирургия.
5. Ендоректална ехография – при налична апаратура и специалист със съответната квалификация.
6. **Рентгеново изследване - по преценка.**
   - обзорна графия на корем;
   - контрастната рентгенография на горния ГИТ: ентероклиза, иригография; според съответното заболяване и показания – и на хранопровод, стомах, дуоденум.

Контрастното рентгеново изследване с приет контраст през устата не е информативно за дебелото черво.

7. **Допълнителни изследвания** - при показания: - кръвна група;
   - рентгенография на бял дроб и сърце;
   - микробиологични и паразитологични изследвания (фецес, друг биологичен материал), имунологични и други изследвания;
   - специфични функционални тестове (според съответното заболяване и показания).

Ако болен с онкологично заболяване подлежи на оперативно лечение, лъче– и/или химиотерапия, се изследват и съответните туморни маркери.

При установени отклонения на лабораторни показатели и биоконстанти се извършват контролни изследвания - по преценка.

ЛЕЧЕНИЕ

1. **Ендоскопско лечение.**

Ендоскопско поставяне на назогастрална или интестинална сонда за:

декомпресия, промивка или локална инстилация на храни и концентрирани хранителни субстанции (ентерално хранене).

Ендоскопска хемостаза – в допълнение на другите ендоскопски процедури или при видимо кървяща лезия.

В някои случаи се провеждат и **терапевтични процедури под ехографски контрол.**

2. **Медикаментозното лечение** - включва лечение на основното заболяване и/или корекция на жизнено важни функции, според препоръките за стандартизирано поведение на БНДГЕ (Българско научно дружество по гастроентерология).

Лечението се провежда с: кръвоспиращи, кортикостероиди, колхицин и др., противовъзпалителни средства; имуносупресори; месалазин; антибиотици, химиотерапевтици; ензимни препарати; лактулоза; спазмолитици; обезболяващи; лекарства, повлияващи моториката на червата, хепарин; електролитни и инфузионни р-ри; средства за корекция на хипоалбуминемия и анемия и заместителна терапия при синдром на малабсорбция, соматостатин антисекретори – Н2 блокери, инхибитори на протонната помпа (ИПП) и др. по индикации.

3. **Показания за оперативно лечение.**

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург болният се насочва за хирургично лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя:

- след ендоскопско и/или хистологично изследване;
- след ендолуменна ехография;
- след рентгенологично, ендоскопско, хистологично или функционално изследване - при заболявания на проксималните отдели на тънкото черво;
- след контрастно рентгенологично изследване – при моторни нарушения, дивертикули на червото; при невъзможен ендоскопски достъп (преминаване през изразена стриктура или обструкция отвън, субмукозни промени, опасност от перфорация, лезия, разположена в недостигаема ендоскопски част на тънко черво, стриктура, променена анатомия от патологичен процес или постоперативно; фистула, пенетрация) и други;

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение на основното заболяване, съгласно алгоритъма - ендоскопско и/или медикаментозно;
- документирано подобряване на жизненоважни параметри и лабораторни показатели, които е възможно да бъдат повлияни до края на необходимия болничен престой;
- доказване, стадиране и определяне на операбилността на тумор или насока към алтернативни ендоскопски или други процедури; - овладян анемичен синдром.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказване на онкологично заболяване.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”.*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разредено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури (“малки операции” без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп; • други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 71.2
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ТЪНКОТО И ДЕБЕЛОТО ЧЕРВО ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1.Минимален болничен престой - 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

A18.3 Туберкулоза на червата, перитонеума и мезентериалните лимфни възли

Туберкулоза на:
- ануса и ректума† (K93.0*)
- червата (дебело)(тънко)† (K93.0*)
- ретроперитонеалните лимфни възли

Туберкулозен:
- асцит
- ентерит† (K93.0*)
- перитонит† (K67.3*)

Злокачествено новообразуване на тънките черва

C17.1 Иеюнум

C17.2 Илеум

Не включва: илео-цекална клапа (C18.0)

C17.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на тънките черва

Злокачествено новообразуване на дебелото черво (колон)

C18.0 Цекум

Илео-цекална клапа

C18.1 Апендикс

C18.2 Колон асценденс

C18.3 Флексура хепатика

C18.4 Колон трансверзум

C18.5 Флексура лиеналис

C18.6 Колон десценденс

C18.7 Колон сигмоидеум

Сигмоидална (флексура)

Не включва: ректосигмоидална област (C19)

C18.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на дебелото черво

C19 Злокачествено новообразуване на ректосигмоидалната област

Колон с ректум

Ректосигмоидална област (колон)

C20 Злокачествено новообразуване на правото черво (ректум)

Ампула ректи

Злокачествено новообразуване на ануса и аналния канал

C21.0 Анус, неуточнена локализация

Не включва: анален(-на):
- ръб (C43.5, C44.5)
- кожа (C43.5, C44.5)
- перианална кожа (C43.5, C44.5)

C21.1 Анален канал

Сфинктер на ануса

C21.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на

ректума, ануса и аналния канал
Аноректална област
Анус с ректум
Злокачествено новообразуване на ректума, ануса и аналния канал, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C20—C21.2

Доброкачествено новообразуване на колона, ректума, ануса и аналния канал

D12.0 Цекум
Илеоцекална клапа

D12.1 Апендикс

D12.2 Възходяща част (асценденс) на колона

D12.3 Напречна част (трансверзум) на колона
Хепатална флексура
Лиенална флексура

D12.4 Низходяща част (десценденс) на колона

D12.5 Сигмоидална част на колона

D12.6 Колон, неуточнена част
Аденоматоза на колона
Дебело черво БДУ
Полипоза (наследствена) на колона

D12.7 Ректосигмоидална област

D12.8 Ректум

D12.9 Анус и анален канал
Не включва: анални:
- ръб (D22.5, D23.5)
- кожа (D22.5, D23.5)
- перианална кожа (D22.5, D23.5)

D13.3 Други и неуточнени части на тънките черва

Амилоидоза
Не включва: болест на Alzheimer (G30.—)

E85.0 Наследствена фамилна амилоидоза без невропатия
Фамилна средиземноморска треска
Наследствена амилоидна нефропатия

E85.3 Вторична системна амилоидоза
Амилоидоза при хемодиализа

E85.4 Ограничена амилоидоза
Локализирана амилоидоза

E85.8 Други форми на амилоидза

I88.0 Неспецифичен мезентериален лимфаденит
Мезентериален лимфаденит (остър) при деца

I89.0 Чревна лимфангиектазия

Други неинфекциозни гастроентерити и колити

K52.0 Радиационен гастроентерит и колит

K52.1 Токсичен гастроентерит и колит

K52.2 Алергичен и алиментарен гастроентерит и колит

K52.8 Други уточнени неинфекциозни гастроентерити и колити

Съдови болести на червата
Не включва: некротизиращ ентероколит на плода или новороденото (P77)

K55.1 Хронични съдови болести на червата
Хроничен исхемичен:

- колит
- ентерит
- ентероколит

Исхемична стриктура на червата
Мезентериална:
- атеросклероза

- съдова недостатъчност

К55.2 Ангиодисплазия на колона

К55.8 Други съдови болести на червата

Не включва: вродена стриктура или стеноза на червата (Q41—Q42)
исхемична стриктура на червата (К55.1)
мекониум илеус (Е84.1)
непроходимост на червата при новородено, класифицирана в рубриката Р76.—
непроходимост на дванадесетопръстника (К31.5)
следоперативна непроходимост на червата (К91.3)
стеноза на ануса или ректума (К62.4)
с херния (К40—К46)

Дивертикули на червата

Включва: дивертикулит | на (тънко)(дебело) черво
дивертикулоза
дивертикул

Не включва: вроден дивертикул на червата (Q43.8)
дивертикул на апендикса (К38.2)
дивертикул на Meckel (Q43.0)

К57.1 Дивертикули на тънкото черво без перфорация или абсцес

Дивертикули на тънкото черво БДУ

Не включва: дивертикули на тънкото и на дебелото черво, без перфорация или абсцес (К57.5)

К57.3 Дивертикули на дебелото черво без перфорация и абсцес

Дивертикули на колона БДУ

Не включва: дивертикули на тънкото и на дебелото черво без перфорация или абсцес (К57.5)

К57.5 Дивертикули на тънкото и на дебелото черво без перфорация или абсцес

Дивертикули на тънкото и на дебелото черво

Синдром на раздразненото черво

Включва: колон иритабиле

К58.0 Синдром на раздразненото черво с диария

К58.9 Синдром на раздразненото черво без диария

Синдром на раздразненото черво БДУ

Други болести на ануса и ректума

Включва: на аналния канал

Не включва: дисфункция след колостомия и ентеростомия (К91.4)
незадържане на фекалии (R15)
хемороиди (I84.—)
улцерозен проктит (К51.2)

К62.4 Стеноза на ануса и ректума

Стриктура на ануса (сфинктера)

К62.6 Язва на ануса и ректума

Язва:
- солитарна
- фекална

Не включва: фисура и фистула на ануса и ректума (К60.—)
при улцерозен колит (К51.—)

К62.8 Други уточнени болести на ануса и ректума

Други болести на червата

K63.2 Фистула на червата

Не включва: фистула (на):

- ануса и ректума (K60.—)
- апендикса (K38.3)
- дванадесетопръстника (K31.6)
- чревногенитална при жени (N82.2—N82.4)
- везикоинтестинална (N32.1)

K63.3 Язва на червата

Първична язва на тънкото черво

Не включва: язва (на):

- ануса или ректума (K62.6)
- дванадесетопръстника (K26.—)
- стомашночревна (K28.—)
- гастройеюнална (K28.—)
- йеюнална (K28.—)
- пептична, с неуточнена локализация (K27.—)
- улцерозен колит (K51—)

Нарушена резорбция в червата

Не включва: дължаща се на хирургична намеса върху стомашночревния тракт (K91.2)

K90.0 Цьолиакия

Глутенова ентеропатия

K90.2 Синдром на сляпата бримка, некласифициран другаде

Синдром на сляпата бримка БДУ

Не включва: синдром на сляпата бримка:

- вроден (Q43.8)
- след хирургична намеса (K91.2)

K90.8 Други нарушения на резорбцията в червата

Болест на Whipple (M14.8*)

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, некласифицирани другаде

Не включва: гастройеюнална язва (K28.—)

радиационен:

- колит (K52.0)
- гастроентерит (K52.0)
- проктит (K62.7)

K91.2 Нарушение на резорбцията след хирургична намеса, некласифицирано другаде

Синдром на сляпата бримка след хирургична намеса

Не включва: нарушение на резорбцията:

- остеомалация при възрастни (M83.2)
- остеопороза след хирургични намеси (M81.3)

K91.4 Дисфункция след колостомия и ентеростомия

Увреждания на други храносмилателни органи при болести, класифицирани другаде

K93.0* Туберкулозно увреждане на червата, перитонеума и мезентериалните лимфни възли (A18.3†)

Не включва: туберкулозен перитонит (K67.3*)

Фистули със засягане на женските полови органи ***Не включва:*** везикоинтестинална фистула(N32.1)

N82.2 Фистула между вагината и тънките черва

N82.3 Фистула между вагината и дебелите черва

Ректовагинална фистула

N82.4 Други фистули между черва и женски полови органи
Чревноматочна фистула

2.2 И 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Изследване на тънки черва

32095-00 Ендоскопско изследване на тънки черва през изкуствена стома
Включва: биопсия

Фиброоптична колоноскопия

Колоноскопия през артифициална стома

32090-00 Фиброоптична колоноскопия до цекума
Дълга колоноскопия
Включва: оглед на илеума
Не включва: такава с:
- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

32084-00 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика
Гъвкава сигмоидоскопия
Къса колоноскопия
Не включва: тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911])
такава с:
- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

Фиброоптична колоноскопия с ексцизия

32090-01 Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия
Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии
Дълга колоноскопия с биопсия

32084-01 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика, с биопсия
Колоноскопия до флексура хепатика, с множествени биопсии
Флексибилна сигмоидоскопия } с биопсия
Къса колоноскопия }

Други ексцизионни процедури на тънко черво

30075-13 Биопсия на тънко черво

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58915-00 Контрастно изследване на тънки черва
Серийно изследване на тънки черва
Включва: предварителен общ план
Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975])

58921-00 Друга контрастна клизма
Включва: изследване с въздушен контраст предварителен общ план

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем
Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах
Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:

- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])

и

- мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
- таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем
56549-01 Компютърна томография на дебело черво
Компютърна томография на дебело черво, след частична колоносколия
Виртуална колоноскопия
56550-00 Компютърна томография - ентерография
56550-01 Компютърна томография – ентероклиза
56551-00 Компютърна томография - колоноскопия (колонография)

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55601-00 Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове

Включва: дуплекс ултразвук на:

- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инферио

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем

90913-00 Магнитно резонансна томография – ентерография

90913-01 Магнитно резонансна томография – ентероклиза

1932 Изследвания на урината

91920-12 Химично изследване на урина

pH

Белтък

Билирубин

Уробилиноген

Глюкоза

Кетони

Относително тегло – по преценка на лекуващи лекар

Нитрити– по преценка на лекуващи лекар

Левкоцити

Кръв

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ] – по преценка на лекуващия лекар

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

Морфологични изследвания

91919-01 Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт

91919-11 Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

1934 Други лабораторни изследвания

91910-99 Други лабораторни изследвания – фекален алфа 1 антитрипсин.

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Деструктивни процедури на ректум или анус

90312-00 Електрокоагулация на ректална тъкан
Електрокоагулация на ректална лезия
Не включва: такава при хемороиди (постоперативно) (90345-00 [931])

Деструктивни процедури на ректум или анус

30479-01 Ендоскопска лазерна терапия на ректум
Ендоскопска лазер терапия за:
- доброкачествени съдови лезии
- неоплазма
- стриктура

Процедури при хемороиди

32132-00 Склеротерапия на хемороиди
Инжектиране на хемороиди

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

92062-00 Приложение на друг серум Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер

Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване:

При лица до 18 годишна възраст клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три диагностични процедури и една терапевтична процедура.

1. При контраиндикации или невъзможност за извършване на ендоскопска процедура в пълен обем поради стеноза/стриктура, фистула на стомах и дуоденум, синдром на оперирания стомах, клиничната пътека се счита за завършена, ако има рентгенография или КАТ, доказваща наличието им.

2. Диагноза с код **К 52.2** „Алергичен и алиментарен гастроентерит и колит" може да се отчита само при лица до 2 години.

3.Основна процедура 92191-00 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на всички инфекциозни причинители. Тази процедура се извършва при

показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. Процедура с код 91919-01 или 91919-11 задължително се отчита допълнително, само при извършване на биопсия със задължително хистологично изследване. Резултатът от хистологичното изследване задължително се прикрепва към ИЗ и се вписва в епикризата.

При отчитане на диагноза К 55 за приключване на КП е необходимо извършване на следните медицински процедури: имунологично; фекален алфа 1 антитрипсин - 91910-99.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания, (с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващи лекар) от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на в обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", както и от обхвата на медицинската специалност Детска хирургия. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
5. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория

3. Структура по Образна диагностика

б) Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години и изисквания за допълнителна квалификация:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;

или лекар със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Лечебно заведение, изпълнител на тази клинична пътека, задължително сключва договор за изпълнение и на АПр № 34.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на:

- усложнено заболяване на долния ГИТ, съпроводено с "алармиращи" симптоми и с едно или повече от следните отклонения: диселектролитемия, доказана чрез промени в серумния Na, K, Ca и Mg; повишен креатинин и урея, анемичен синдром или резултати от образни изследвания, насочващи към заболяване на долния ГИТ;
- заболявания на долния ГИТ и клинично и/или инструментално доказани заболявания, алергия, прием на медикаменти, непозволяващи провеждането на диагностично-лечебните дейности в амбулаторни условия;
- заболявания на долния ГИТ в детската възраст;

Лечение на средна и тежка степен на малнутриция при заболявания на долния ГИТ.

Диагностика и предоперативно стадиране на онкологично заболяване на долния гастроинтестинален тракт при клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни, когато тази диагностика не може да бъде извършена в амбулаторни условия.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти, провеждащи амбулаторно лечение за заболяване на долния ГИТ, без добър терапевтичен ефект по искане на лекаря, провеждащ лечението в специализираната извънболнична помощ.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час от постъпването. В случаи на спешност ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. В случай на необходимост КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

При заболявания на червото се извършват следните основни диагностични процедури:

1. **Клинико – лабораторни изследвания:**

1.1. **Задължителни:**

- хематология – ПКК, включваща хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки; - клинико-химични - кръвна захар, креатинин; - изследване на урина.

1.2. **Според съответните заболявания и показания:**

- клинико-химични - общ белтък, албумин, урея, амилаза, билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ; Na, K, Cl, АКР, С-реактивен протеин, туморни маркери (CEA, CA 19-9, CA-72-4 и др.);
- хемокоагулационни изследвания - фибриноген, протромбиново време (индекс, INR); аПТТ (пТПВ/ККВ).

2. **Абдоминална ехография на коремни органи, ретроперитонеум и малък таз.**

И при показания:

- доплерово изследване.

3. **Ендоскопско изследване** със или без вземане на материал за хистологично (цитологично) изследване (ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология):

- долна ендоскопия – колоно-, сигмоидоскопия, ректоскопия;
- ендоскопски оглед на проксималния отдел на тънкото черво – ниска дуоденоскопия;
- ендоскопски оглед през стома.

При съмнение за злокачествен процес на дебелото черво или полип/аденом е задължително извършването на тотален оглед на червото - колоноскопия. При невъзможност – сигмоидоскопия в комбинация с иригография.

4. **Хистологично изследване** и /или цитологично изследване – стандартни и при показания допълнителни оцветявания и имунохистохимия.

- противопоказано при кървяща лезия; дивертикули;
- невъзможно – при изразени стриктури или анатомични особености, след хирургия.

5. Ендоректална ехография – при налична апаратура и специалист със съответната квалификация.

6. **Рентгеново изследване - по преценка.**

- обзорна графия на корем;
- контрастната рентгенография на горния ГИТ: ентероклиза, иригография; според съответното заболяване и показания – и на хранопровод, стомах, дуоденум.

Контрастното рентгеново изследване с приет контраст през устата не е информативно за дебелото черво.

7. **Допълнителни изследвания** - при показания: - кръвна група;

- рентгенография на бял дроб и сърце;
- микробиологични и паразитологични изследвания (фецес, друг биологичен материал), имунологични и други изследвания;
- специфични функционални тестове (според съответното заболяване и показания).

Ако болен с онкологично заболяване подлежи на оперативно лечение, лъче– и/или химиотерапия, се изследват и съответните туморни маркери.

При установени отклонения на лабораторни показатели и биоконстанти се извършват контролни изследвания - по преценка.

ЛЕЧЕНИЕ

1. **Ендоскопско лечение.**

Ендоскопско поставяне на назогастрална или интестинална сонда за:

декомпресия, промивка или локална инстилация на храни и концентрирани хранителни субстанции (ентерално хранене).

Ендоскопска хемостаза – в допълнение на другите ендоскопски процедури или при видимо кървяща лезия.

В някои случаи се провеждат и **терапевтични процедури под ехографски контрол.**

2. **Медикаментозното лечение** - включва лечение на основното заболяване и/или корекция на жизнено важни функции, според препоръките за стандартизирано поведение на БНДГЕ (Българско научно дружество по гастроентерология).

Лечението се провежда с: кръвоспиращи, кортикостероиди, колхицин и др., противовъзпалителни средства; имуносупресори; месалазин; антибиотици, химиотерапевтици; ензимни препарати; лактулоза; спазмолитици; обезболяващи; лекарства, повлияващи мотриката на червата, хепарин; електролитни и инфузионни р-ри; средства за корекция на хипоалбуминемия

и анемия и заместителна терапия при синдром на малабсорбция, соматостатин антисекретори – Н2 блокери, инхибитори на протонната помпа (ИПП) и др. по индикации.

3. Показания за оперативно лечение.

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения, след обсъждане с хирург болният се насочва за хирургично лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя:

- след ендоскопско и/или хистологично изследване;
- след ендолуменна ехография;
- след рентгенологично, ендоскопско, хистологично или функционално изследване - при заболявания на проксималните отдели на тънкото черво;
- след контрастно рентгенологично изследване – при моторни нарушения, дивертикули на червото; при невъзможен ендоскопски достъп (преминаване през изразена стриктура или обструкция отвън, субмукозни промени, опасност от перфорация, лезия, разположена в недостигаема ендоскопски част на тънко черво, стриктура, променена анатомия от патологичен процес или постоперативно; фистула, пенетрация) и други;

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение на основното заболяване, съгласно алгоритъма - ендоскопско и/или медикаментозно;
- документирано подобряване на жизненоважни параметри и лабораторни показатели, които е възможно да бъдат повлияни до края на необходимия болничен престой;
- доказване, стадиране и определяне на операбилността на тумор или насока към алтернативни ендоскопски или други процедури; - овладян анемичен синдром.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказване на онкологично заболяване.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи

повръщане на материи с вид на разредено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури (“малки операции” без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 72.1
ЕНДОСКОПСКО И МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРО КЪРВЕНЕ ОТ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой - 4 дни

2.2 И 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

30473-03 Езофагоскопия
Гъвкава езофагоскопия
Не включва: такава с:
• биопсия (30473-04 [861])
• изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

Гастроинтестинална камера капсула}

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD]

30473-02 Панендоскопия през изкуствена стома
Гастроскопия през изкуствена стома
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома
Не включва: дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891])
ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])

30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

Фиброоптична колоноскопия

Колоноскопия през артифициална стома

32090-00 Фиброоптична колоноскопия до цекума
Дълга колоноскопия
Включва: оглед на илеума
Не включва: такава с:
• биопсия (32084-01 [911])
• полипектомия (32087-00 [911])

32084-00 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика
Гъвкава сигмоидоскопия
Къса колоноскопия
Не включва: тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911])
такава с:
• биопсия (32084-01 [911])
• полипектомия (32087-00 [911])

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }

Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

Фиброоптична колоноскопия с ексцизия

32090-01 Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия
Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии
Дълга колоноскопия с биопсия

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58909-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Включва: предварителен общ план
Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])

58915-00 Контрастно изследване на тънки черва
Серийно изследване на тънки черва
Включва: предварителен общ план
Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975])

58921-00 Друга контрастна клизма
Включва: изследване с въздушен контраст
предварителен общ план

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия

55601-00 Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография

Ултразвук на корем или таз

55036-00	Ултразвук на корем
	Не включва: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
	Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове
	Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ *Не включва*: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])
55276-00	Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени *Не включва*: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове

Включва: дуплекс ултразвук на:

- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инфериор

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

	1932 Изследвания на урината
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия – по преценка на лекуващия лекар
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на pH на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина– по преценка на лекуващия лекар
91920-17	Изследване за нитрити в урината– по преценка на лекуващия лекар
	Друга електрокардиография [ЕКГ]
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] *Не включва*: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
	1923 Хематологични изследвания
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
	1924 Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-38	Клинико-химични изследвания за хлориди – по преценка на лекуващия лекар
	Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв

Морфологични изследвания	
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ендоскопско приложение на агент в лезия на хранопровод	
	Инжектиране на склерозиращ агент *Включва*: варици: • езофаеални • езофаго гастрален преход

30478-06	Ендоскопско приложение на агент в кървяща лезия в хранопровода
30478-09	Ендоскопско приложение на агент в кървяща лезия в областта на хранопроводностомашния преход

Деструктивни процедури на хранопровода	
30476-02	Ендоскопско лигиране варици на хранопровод Ендоскопско лигиране варици на езофагогастрален сегмент

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху стомах	
30478-07	Ендоскопско приложение на агент в лезия на стомах или дванадесетопръстник Инжекция на склерозиращ агент *Включва*: дуоденални варици стомашни варици *Не включва*: лезия(и) на езофаго-гастрален преход (30478-09 [851])

Други възстановителни процедури на стомах	
90296-00	Ендоскопски контрол на пептична язва или кървене Ендоскопско: • клипсиране на язва (дуоденална) (стомашна) или кървене • възстановяване на Mallory-Weiss лацерации

Панендоскопия с деструкция

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с деструкция
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30478-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с диатермия
30478-02 Панендоскопия до дванадесетопръстника със сонда за термична коагулация
30478-03 Панендоскопия до дванадесетопръстника с лазерна коагулация
30478-20 Панендоскопия до дуоденома с друга коагулация
Аргон плазма коагулация

Деструктивни процедури на дебело черво

90308-00 Ендоскопска деструкция на лезия на дебело черво
Ендоскопска:
- аблация на тумор на дебело черво
- Аргон-плазма коагулация
- контрол на дебелочревно кървене
- деструкция на дебелочревни тъкани

Не включва: с лазер (30479-02 [908])

Деструктивни процедури на ректум или анус

90312-00 Електрокоагулация на ректална тъкан
Електрокоагулация на ректална лезия
Не включва: такава при хемороиди (постоперативно) (90345-00 [931])

Други терапевтични интервенции на храносмилателна система

13506-00 Гастро-езофагеална балонна тампонада

Езофагеална тампонада
Включва: такава чрез:
• Minnesota балон
• Sengstaken-Blakemore сонда (балон)
Забележка: Изпълнена за контрол на кървене от гастро-езофагеални варици

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92065-00 Ректална тампонада

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит *Виж допълнителни знаци*
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
инфузионен порт

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:

При тежки кръвоизливи или шок (R57.1) - три основни диагностични процедури:

- Една диагностична процедура - включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;
- Втора диагностична процедура, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“ , с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;
- Трета - електрокардиограма 11700-00;
- три основни терапевтични, от които едната задължително е 13706-02 или 92063-00.
- при пациенти с анурия не се изисква задължително процедура чиито кодове, са посочени в блок „Изследвания на урината);

В останалите случаи – четири основни диагностични процедури:

- Една диагностична процедура - включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;
- Втора диагностична процедура, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 Биохимични изследвания, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;
- Трета - електрокардиограма 11700-00;
- Четвърта - ендоскопска процедура, и две терапевтични процедури, от които едната е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09.

При взимане на биопсия задължително се отчита допълнително и 91919-01 или 91919-11 като пета процедура.

1. При контраиндикации или невъзможност за извършване на ендоскопска процедура в пълен обем поради стеноза/стриктура, фистула на стомах и дуоденум, синдром на оперирания стомах, клиничната пътека се счита за завършена, ако има рентгенография, доказваща наличието им. Рентгеновата снимка или електронният носител се прикрепват към ИЗ.

2. Терапевтичните процедури: 96199-09 или 96200-09 или 96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастронтерология", от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Хирургия“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
5. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии
6. Анестезиологичен екип

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Сет за лигиране еднократен	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла ендоскопска еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие

Клипси за ендоскопска хемостаза	НЗОК не заплаща посоченото изделие

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;
  или лекари със специалност по хирургия – минимум двама;
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- - лекар със специалност по образна диагностика.
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в ЛЗ лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Конвенционална ехография – първо ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на остър кръвоизлив от ГИТ с прояви на:

- хематемеза;
- мелена;
- хематохезия/ректорагия.

Индикация за спешна хоспитализация в хирургично отделение/клиника или ОАИЛ/КАИЛ:

Остър кръвоизлив от ГИТ при хемодинамично нестабилен пациент:

- реанимационни мероприятия (ресусцитация);
- провеждане на медикаментозно лечение с цел овладяване на кървенето;
- ендоскопия с диагностична и терапевтична цел след хемодинамично стабилизиране (ако състоянието на болния позволява);
- оперативно лечение, ако е необходимо.

Лечението се води съвместно от хирург, реаниматор и гастроентеролог/интернист (владеещ методите на горна ендоскопия).

Скалата Rockall Score се прилага задължително при определяне на степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация, която се отчита, съгласно „Част III. Данни, попълвани при постъпване на пациент в лечебното заведение Блок “Постъпил в лечебното заведение““ от направление Бл.МЗ-НЗОК №7.

Лека, умерена и тежка степен на тежест от Rockall Score отговарят съответно на II, III и IV степен на тежест на състоянието при пациенти над 3 години от Направление Бл.МЗ-НЗОК №7.

Rockall Score

Оценява риска от повторен кръвоизлив и смъртност. Включва:

- **Клинични (възраст, шок)**
- **Ендоскопски находки (диагноза, наличие на активно кървене)**

Обобщение

Критерий	Лека	Умерена	Тежка / животозастр.
Кръвозагуба	< 750 ml	750–1500 ml	>1500 ml
Хемодинамика	стабилна	тахикардия, лека хипотония	тежка хипотония, шок
Съзнание	нормално	тревожност, объркаост	объркаост, загуба на съзнание
Лабораторни показатели	леки промени	намален Hb/Hct	силно намален Hb, метаб. ацидоза

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 3-тия час от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 24 час. от постъпването. В случаи на спешност ендоскопия се извършва до 24-72 часа от постъпването или по-късно при наличие на хемодинамична нестабилност. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

1. Първоначална оценка: извършва се от лекарите от БМП и екипите от спешните терапевтични и хирургични звена, както и от всеки лекар.

Анамнеза и физикално изследване, **ректално туширане.**

Хематемеза, мелена, хематохезия, остро кървене от долния ГИТ.

2. Клинико-лабораторни изследвания. Най-важното спешно изследване – хематокрит! На второ място **хемоглобин.**

По преценка:

- хематология пълно изследване: Hb, Hct, Er, Leu, Thr – възможно без динамика до 24-72 ч;
- електролити, АКР, кръвна захар;
- бъбречна функция - урея /креатинин, пълно изследване на урина.
- коагулация – фибриноген, протромбиново бреме (индекс,INR), аПТТ, други.
- чернодробна функция – ОБ/албумин, билирубин, протромбиново време (индекс,INR),
- други – по индикации

3. Абдоминална ехография; при необходимост КАТ или МРТ. При показания: доплерово изследване.

4. Инструментални изследвания при кървене от горния ГИТ:

Спешна езофаго-, гастродуоденоскопия (ФГС):

При кръвоизливи, преценени като леки и средно тежки, се извършва успоредно с реанимационните процедури, а при тежки кръвоизливи и шокови състояния - след стабилизиране на хемодинамиката и овладяване на шока.

Инструментални изследвания при кървене от черво:

Първа стъпка:

- обзорна рентгенография – при преценка.
- сигмоидоскопия /ректоскопия или колоноскопия (трудна при тежко кървене – кръв и съсиреци);

Втора стъпка: горна ГИ ендоскопия – да се изключи източник на кървене от горния ГИТ.

ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО

I. Консервативно лечение на остър кръвоизлив.

Общите терапевтични и реанимационни мероприятия започват преди постъпването в болничното заведение и продължават след хоспитализацията.

<u>По-долу са дадени примерни схеми на лечение, които не са задължителни:</u>

Общи мерки и борба с хиповолемията:

- кислород през назален катетър, аспирация - поддържане на проходими дихателни пътища;
- интравенозни инфузии на водно-солеви, глюкозни разтвори;

- кръвопреливане, еритроцитна маса, плазма, албумин, кръвозаместители, фактори на съсирване и др.;
- при показания - средства, подпомагащи процеса на кръвосъсирване;
- антибиотик – преди и/или след ендоскопско лечение.

Кръвоспираща терапия

1. Антисекретори: Н2 блокери и ИПП i.v.
2. Намаляване на налягането в порталната система.
   Вазоконстриктивни лекарства.
   Вазоактивни лекарства.

II. Ендоскопско лечение на остър кръвоизлив - ендоскопска хемостаза, обикновено е продължение на диагностичната ендоскопия.

При неварикозно кървене:

- инжекционна терапия: разтвор на Adrenalin 1:10000 във физиологичен разтвор, абсолютен алкохол или Aethoxysclerol, или други;
- термална терапия: електрокоагулация, аргон-плазмена коагулация, лазерна коагулация.

Втори метод на избор – механична терапия с хемостатични клипсове; - връзково лигиране (хемороиди, рядко при други).

При неуспех:

Артериално кървене (Forrest Ia) – оперативно лечение.

Рецидив в рамките на 24-72 часа или по-късно – нова ендоскопска хемостаза:

- при успех – наблюдение и консервативно лечение;
- при неуспех – оперативно лечение.

Ако кръвоизливът е резултат на остър ерозивен хеморагичен гастрит, установен ендоскопски и кървенето не се овладява след реанимационните процедури, се преминава към хирургично лечение.

При варикозно кървене:

Препоръчва се ендоскопските лечебни процедури да се извършват на фона на непрекъсната инфузия с вазоконстриктивни и вазоактивни препарати.

Ендоскопско връзково лигиране (ЕВЛ) или склеротерапия (СТ) при кръвоизлив от варици на хранопровода или гастроезофагеални варици:

- ЕВЛ – средство на първи избор.

Ендоскопско инжектиране на тъканни лепила (cyanoacrylate или тромбин) - при масивен кръвоизлив от гастроезофагеални и особено изолирани стомашни варици във фундуса:

- поставяне на метални клипси.

При постигане на хемостаза – наблюдение и консервативно лечение.

При неуспех (кървенето продължава или рецидивира):

- препоръчва се втори ендоскопски опит в рамките на 24-48ч на фона на медикаментозна терапия;
- при неуспех от повторна ендоскопска хемостаза - балонна тампонада и медикаментозно лечение;
- при неуспех от балонната тампонада обсъждане за хирургично лечение при очаквана добра прогноза (Child A, B).

Балонната тампонада е алтернатива на ендоскопската хемостаза.

Лечение на кървене от долния ГИТ:

- общи реанимационни мерки;
- кръвоспиращи средства;
- лечение на основно заболяване;
- ендоскопското лечение включва всички гореизброени процедури, вкл. при кървящи хемороиди.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След ендоскопско изследване при хемодинамично стабилен болен и възможно откриване на източник на кървене.

По клинични данни – при хемодинамични отклонения и шок; противопоказание за извършване на ендоскопско изследване или при ендоскопски установена кръв в ГИТ, без видимо кървящ съд (източник на кървене).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- при клинични и лабораторни данни за овладян кръвоизлив, без хематемеза и мелена, корекция на хемоглобина над 70 г/л;
- стабилизиране и корекция на хемодинамиката и отклоненията на жизнени параметри спрямо стойностите при хоспитализацията.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказване на онкологично заболяване.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разредено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури (“малки операции” без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дрениране на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 72.2
ЕНДОСКОПСКО И МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРО КЪРВЕНЕ ОТ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Минимален болничен престой - 4 дни

2.2 И 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Езофагоскопия

30473-03 Езофагоскопия
Гъвкава езофагоскопия
Не включва: такава с:
• биопсия (30473-04 [861])
• изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

Гастроинтестинална камера капсула}

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD]

30473-02 Панендоскопия през изкуствена стома
Гастроскопия през изкуствена стома
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома
Не включва: дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891])
ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])

30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

Фиброоптична колоноскопия

32090-00 Фиброоптична колоноскопия до цекума
Дълга колоноскопия
Включва: оглед на илеума
Не включва: такава с:
• биопсия (32084-01 [911])
• полипектомия (32087-00 [911])

32084-00 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика
Гъвкава сигмоидоскопия
Къса колоноскопия
Не включва: тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911])
такава с:
• биопсия (32084-01 [911])
• полипектомия (32087-00 [911])

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }

Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

Фиброоптична колоноскопия с ексцизия

32090-01 Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия
Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии
Дълга колоноскопия с биопсия

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58909-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Включва: предварителен общ план
Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])

58915-00 Контрастно изследване на тънки черва
Серийно изследване на тънки черва
Включва: предварителен общ план
Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975])

58921-00 Друга контрастна клизма
Включва: изследване с въздушен контраст
предварителен общ план

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия

55601-00 Трансректален ултразвук за ендолуменна ехография

	Ултразвук на корем или таз
55036-00	Ултразвук на корем *Не включва*: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
	Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове
	Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ *Не включва*: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])
55276-00	Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени *Не включва*: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове *Включва*: дуплекс ултразвук на: • аорта • илиачни съдове • вена кава инфериор *Не включва*: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

	1932 Изследвания на урината
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия – по преценка на лекуващия лекар
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на pH на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина – по преценка на лекуващия лекар
91920-17	Изследване за нитрити в урината– по преценка на лекуващия лекар
	Друга електрокардиография [ЕКГ]
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] – само за деца над 9 години *Не включва*: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
	1923 Хематологични изследвания
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите - – по преценка на лекуващия лекар
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
	1924 Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-38	Клинико-химични изследвания за хлориди – по преценка на лекуващия лекар
	Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв

Морфологични изследвания	
91919-01	Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт
91919-11	Друго патоморфологично изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ендоскопско приложение на агент в лезия на хранопровод	
	Инжектиране на склерозиращ агент *Включва*: варици: • езофаеални • езофаго гастрален преход
30478-06	Ендоскопско приложение на агент в кървяща лезия в хранопровода 30478-09 Ендоскопско приложение на агент в кървяща лезия в областта на хранопроводностомашния преход

Деструктивни процедури на хранопровода	
30476-02	Ендоскопско лигиране варици на хранопровод Ендоскопско лигиране варици на езофагогастрален сегмент

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху стомах	
30478-07	Ендоскопско приложение на агент в лезия на стомах или дванадесетопръстник Инжекция на склерозиращ агент *Включва*: дуоденални варици стомашни варици *Не включва*: лезия(и) на езофаго-гастрален преход (30478-09 [851])

Други възстановителни процедури на стомах	
90296-00	Ендоскопски контрол на пептична язва или кървене Ендоскопско: • клипсиране на язва (дуоденална) (стомашна) или кървене • възстановяване на Mallory-Weiss лацерации

Панендоскопия с деструкция

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с деструкция
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30478-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с диатермия
30478-02 Панендоскопия до дванадесетопръстника със сонда за термична коагулация
30478-03 Панендоскопия до дванадесетопръстника с лазерна коагулация
30478-20 Панендоскопия до дуоденома с друга коагулация
Аргон плазма коагулация

Деструктивни процедури на дебело черво

90308-00 Ендоскопска деструкция на лезия на дебело черво
Ендоскопска:
• аблация на тумор на дебело черво
• Аргон-плазма коагулация
• контрол на дебелочревно кървене
• деструкция на дебелочревни тъкани
Не включва: с лазер (30479-02 [908])

Деструктивни процедури на ректум или анус

90312-00 Електрокоагулация на ректална тъкан
Електрокоагулация на ректална лезия
Не включва: такава при хемороиди (постоперативно) (90345-00 [931])

Други терапевтични интервенции на храносмилателна система

13506-00 Гастро-езофагеална балонна тампонада

Езофагеална тампонада
Включва: такава чрез:
• Minnesota балон
• Sengstaken-Blakemore сонда (балон)
Забележка: Изпълнена за контрол на кървене от гастро-езофагеални варици

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92065-00 Ректална тампонада

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит *Виж допълнителни знаци* Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент *Виж допълнителни знаци* Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:

При тежки кръвоизливи или шок (R57.1) - три основни диагностични процедури:

- Една диагностична процедура - включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;
- Втора диагностична процедура, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“ , с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;
- Трета - електрокардиограма 11700-00 за деца на възраст над 9 год.;
- три основни терапевтични, от които едната задължително е 13706-02 или 92063-00.
- при пациенти с анурия не се изисква задължително процедура чиито кодове, са посочени в блок „Изследвания на урината);

В останалите случаи – четири основни диагностични процедури:

- Една диагностична процедура - включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“;
- Втора диагностична процедура, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 Биохимични изследвания, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;
- Трета - електрокардиограма 11700-00 за деца на възраст над 9 год.;
- Четвърта - ендоскопска процедура, и две терапевтични процедури, от които едната е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09.

При взимане на биопсия задължително се отчита допълнително и 91919-01 или 91919-11 като пета процедура.

1. При контраиндикации или невъзможност за извършване на ендоскопска процедура в пълен обем поради стеноза/стриктура, фистула на стомах и дуоденум, синдром на оперирания стомах, клиничната пътека се счита за завършена, ако има рентгенография, доказваща наличието им. Рентгеновата снимка или електронният носител се прикрепват към ИЗ.

2. Терапевтичните процедури: 96199-09 или 96200-09 или 96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Хирургия“, от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Детска хирургия“, от обхвата на медицинска специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или
Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Клинична лаборатория
3. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
4. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии
5. Анестезиологичен екип

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Структура по Образна диагностика

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Сет за лигиране еднократен	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла ендоскопска еднократна	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Клипси за ендоскопска хемостаза	НЗОК не заплаща посоченото изделие

4б. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години и изисквания за допълнителна квалификация:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;

или лекари със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в ЛЗ лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Конвенционална ехография – първо ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на остър кръвоизлив от ГИТ с прояви на:

- хематемеза;
- мелена;
- хематохезия/ректорагия.

Индикация за спешна хоспитализация в хирургично отделение/клиника или ОАИЛ/КАИЛ:

Остър кръвоизлив от ГИТ при хемодинамично нестабилен пациент:

- реанимационни мероприятия (ресусцитация);
- провеждане на медикаментозно лечение с цел овладяване на кървенето;
- ендоскопия с диагностична и терапевтична цел след хемодинамично стабилизиране (ако състоянието на болния позволява);
- оперативно лечение, ако е необходимо.

Лечението се води съвместно от хирург, реаниматор и гастроентеролог/интернист (владеещ методите на горна ендоскопия).

б). Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 3-тия час от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 24 час. от

постъпването. В случаи на спешност ендоскопия се извършва до 24-72 часа от постъпването или по-късно при наличие на хемодинамична нестабилност. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

1. Първоначална оценка: извършва се от лекарите от БМП и екипите от спешните терапевтични и хирургични звена, както и от всеки лекар.

Анамнеза и физикално изследване, **ректално туширане.**

Хематемеза, мелена, хематохезия, остро кървене от долния ГИТ.

2. Клинико-лабораторни изследвания. Най-важното спешно изследване – хематокрит! На второ място **хемоглобин.**

По преценка:

- хематология пълно изследване: Hb, Hct, Er, Leu, Thr – възможно без динамика до 24-72 ч;
- електролити, АКР, кръвна захар;
- бъбречна функция - урея /креатинин, пълно изследване на урина.
- коагулация – фибриноген, протромбиново бреме (индекс,INR), аПТТ, други.
- чернодробна функция – ОБ/албумин, билирубин, протромбиново време (индекс,INR),
- други – по индикации

3. Абдоминална ехография; при необходимост КАТ или МРТ. При показания: доплерово изследване.

4. Инструментални изследвания при кървене от горния ГИТ:

Спешна езофаго-, гастродуоденоскопия (ФГС):

При кръвоизливи, преценени като леки и средно тежки, се извършва успоредно с реанимационните процедури, а при тежки кръвоизливи и шокови състояния - след стабилизиране на хемодинамиката и овладяване на шока.

Инструментални изследвания при кървене от черво:

Първа стъпка:

- обзорна рентгенография – при преценка.
- сигмоидоскопия /ректоскопия или колоноскопия (трудна при тежко кървене – кръв и съсиреци);

Втора стъпка: горна ГИ ендоскопия – да се изключи източник на кървене от горния ГИТ.

ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО

I. Консервативно лечение на остър кръвоизлив.

Общите терапевтични и реанимационни мероприятия започват преди постъпването в болничното заведение и продължават след хоспитализацията.

<u>По-долу са дадени примерни схеми на лечение, които не са задължителни:</u>

Общи мерки и борба с хиповолемията:

- кислород през назален катетър, аспирация - поддържане на проходими дихателни пътища;
- интравенозни инфузии на водно-солеви, глюкозни разтвори;
- кръвопреливане, еритроцитна маса, плазма, албумин, кръвозаместители, фактори на съсирване и др.;
- при показания - средства, подпомагащи процеса на кръвосъсирване;
- антибиотик – преди и/или след ендоскопско лечение.

Кръвоспираща терапия

1. Антисекретори: Н2 блокери и ИПП i.v.
2. Намаляване на налягането в порталната система.

Вазоконстриктивни лекарства.

Вазоактивни лекарства.

II. Ендоскопско лечение на остър кръвоизлив - ендоскопска хемостаза, обикновено е продължение на диагностичната ендоскопия.

При неварикозно кървене:

- инжекционна терапия: разтвор на Adrenalin 1:10000 във физиологичен разтвор, абсолютен алкохол или Aethoxysclerol, или други;

- термална терапия: електрокоагулация, аргон-плазмена коагулация, лазерна коагулация.

Втори метод на избор – механична терапия с хемостатични клипсове;

- връзково лигиране (хемороиди, рядко при други).

При неуспех:

Артериално кървене (Forrest Ia) – оперативно лечение.

Рецидив в рамките на 24-72 часа или по-късно – нова ендоскопска хемостаза:

- при успех – наблюдение и консервативно лечение;
- при неуспех – оперативно лечение.

Ако кръвоизливът е резултат на остър ерозивен хеморагичен гастрит, установен ендоскопски и кървенето не се овладява след реанимационните процедури, се преминава към хирургично лечение.

При варикозно кървене:

Препоръчва се ендоскопските лечебни процедури да се извършват на фона на непрекъсната инфузия с вазоконстриктивни и вазоактивни препарати.

Ендоскопско връзково лигиране (ЕВЛ) или склеротерапия (СТ) при кръвоизлив от варици на хранопровода или гастроезофагеални варици:

- ЕВЛ – средство на първи избор.

Ендоскопско инжектиране на тъканни лепила (cyanoacrylate или тромбин) - при масивен кръвоизлив от гастроезофагеални и особено изолирани стомашни варици във фундуса:

- поставяне на метални клипси.

При постигане на хемостаза – наблюдение и консервативно лечение.

При неуспех (кървенето продължава или рецидивира):

- препоръчва се втори ендоскопски опит в рамките на 24-48ч на фона на медикаментозна терапия;
- при неуспех от повторна ендоскопска хемостаза - балонна тампонада и медикаментозно лечение;
- при неуспех от балонната тампонада обсъждане за хирургично лечение при очаквана добра прогноза (Child A, B).

Балонната тампонада е алтернатива на ендоскопската хемостаза.

Лечение на кървене от долния ГИТ:

- общи реанимационни мерки;
- кръвоспиращи средства;
- лечение на основно заболяване;
- ендоскопското лечение включва всички гореизброени процедури, вкл. при кървящи хемороиди.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След ендоскопско изследване при хемодинамично стабилен болен и възможно откриване на източник на кървене.

По клинични данни – при хемодинамични отклонения и шок; противопоказание за извършване на ендоскопско изследване или при ендоскопски установена кръв в ГИТ, без видимо кървящ съд (източник на кървене).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- при клинични и лабораторни данни за овладян кръвоизлив, без хематемеза и мелена, корекция на хемоглобина над 70 г/л;
- стабилизиране и корекция на хемодинамиката и отклоненията на жизнени параметри спрямо стойностите при хоспитализацията.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказване на онкологично заболяване.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на стомашно-чревния тракт (храносмилателната система) протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, запек, диария и други. Възможно е при кървене да се появи ясна видима кръв при повръщане или в изпражненията, изпражненията да станат катранено черни или да настъпи повръщане на материи с вид на разредено кафе. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали Вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение, в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган със или без използването на контрастно вещество, вкарано във вена, изпито през устата или чрез клизма;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата или през ануса (долния краен отвор на стомашно – чревната тръба);
- вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул, както и под формата на лечебни клизми. Според установените болестни промени лечението включва и: изгаряне, изрязване на тумор, разширение на стеснени участъци, спиране на кървене, дренирание на кухини, и други чрез ендоскоп, под ехографски или друг контрол.

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашият ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 73.1
ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХЕПАТОБИЛИАРНАТА СИСТЕМА (ХБС), ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМА ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

3. ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ	
Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55602-00	Контрастна ехография на корем и ретроперитонеум
55602-01	Интервенционална ехография на корем и ретроперитонеум
Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде	
96154-00	Терапевтичен ултразвук *Не включва*: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])
Други ексцизионни процедури на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди	
90294-00	Ендоскопска ексцизия на лезия на жлъчни пътища или сфинктер на Оди Ендоскопска ексцизия на тумор на: • ампула Vateri • общ жлъчен канал • дуктус цистикус • дуктус хепатикус • периампуларно • сфинктер на Oddi
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху черен дроб	
90347-00	Прилагане на терапевтичен агент в черен дроб
90319-01	Перкутанна аспирация на черен дроб *Не включва*: перкутанна чернодробна биопсия (30409-00 [953]) тези за абсцес, хематом или киста (30224-01 [987])
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30409-00	Перкутанна (затворена) чернодробна биопсия Затворена иглена чернодробна биопсия *Не включва*: трансюгуларна чернодробна биопсия (90298-00 [953])
Други инцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум	
30224-01	Перкутанен дренаж на интраабдоминален абсцес, хематом или киста
Други процедури на черен дроб	

50950-00	Радиофреквентна аблация на черен дроб Радиофреквентна аблация на чернодробен тумор
90299-00	Друга деструкция на черния дроб

	Интерстициална лазерна аблация на чернодробен тумор

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху жлъчен мехур или жлъчни пътища

90348-00	Перкутанна аспирация на жлъчен мехур

Изследване на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30484-00	Ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография (ERCP) *Включва*: четкова биопсия на жлъчни пътища биопсия *Не включва*: ендоскопска ретроградна панкреатография [ERP] (30484-02 [974])
30440-00	Перкутанна трансхепатална холангиография Холангиография с багрило, инжектирано през кожата и в черния дроб *Не включва*: такава с: • билиарен дренаж (30440-01 [963]) • дилатация (30495-00 [971]) • екстракция на камък (30450-00 [959]) • изваждане на стент (30492-02 [960]) • стентиране (30492-00 [958], 30492-01 [960])
30484-01	Ендоскопска ретроградна холангиография (ERC) *Включва*: четкова биопсия на жлъчни пътища Биопсия

Биопсия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30094-04	Перкутанна (иглена) биопсия на жлъчен мехур или жлъчни пътища
30075-15	Биопсия на жлъчен мехур или жлъчни пътища
30458-00	Биопсия на сфинктер на Оди

Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища

30494-00	Ендоскопска дилатация на други части на жлъчни пътища Ендоскопска дилатация на билиарна стриктура *Не включва*: със стентиране (30491-00 [958])
30452-00	Холедохоскопия с дилатация Ендоскопска дилатация на стриктура на общия жлъчен канал *Не включва*: със стентиране (30452-01 [958])

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30440-01 Перкутанен жлъчен дренаж
Включва: трансхепатална }
трансйеюнална } холангиография

30485-00 Ендоскопска сфинктеротомия
Включва: такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
Кодирай също когато е направена:
• поставяне на стент (30491-00 [958])
• подмяна на стент (30451-02 [960])

30485-01 Ендоскопска сфинктеротомия с екстракция на камък от общия жлъчен канал
Включва: такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
Кодирай също когато е направена:
• поставяне на стент (30491-00 [958])
• подмяна на стент (30451-02 [960])

Стентиране на жлъчни пътища

30491-00 Ендоскопско стентиране на други части на жлъчни пътища

Включва: дилатация
поставяне на назобилиарна сонда
такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
Не включва: такова при замяна (30451-02 [960])

Отстраняване и подмяна на жлъчен стент

30451-02 Ендоскопска подмяна на жлъчен стент
Включва: такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]

30451-03 Ендоскопско отстраняване на жлъчен стент
Включва: такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]

Ендоскопско и перкутанно отстраняване на камък

30450-00 Екстракция на камък от жлъчни пътища чрез образни техники
Перкутанна екстракция на жлъчен камък
Включва: чрез:
• трансхепатална тръба
• трансйеюнална тръба
• Т-образна тръба

Стентиране на жлъчни пътища

30492-00 Перкутанно стентиране на жлъчни пътища
Включва: дилатация
Не включва: такава при замяна (30492-01 [960])

Отстраняване и подмяна на жлъчен стент

30492-01 Перкутанна подмяна на жлъчен стент
30492-02 Перкутанно отстраняване на жлъчен стент

Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища

30495-00 Перкутанна дилатация на билиарен тракт
Перкутанно дилатиране на билиарна стриктура
Не включва: със стентиране (30492-00 [958])

Биопсия на панкреас

30094-05 Перкутанна иглена биопсия на панкреас

Изследване на панкреаса

30484-02 Ендоскопска ретроградна панкреатография (ERP)
Включва: биопсия

Други ексцизионни порцедури на панкреас или панкреатичен канал

90294-01 Ендоскопска ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал
30578-00 Ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал
Включва: изследване
30576-00 Микровълнова аблация на панкреасна тъкан или лезия

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху панкреас

30491-02 Ендоскопско стентиране на панкреасен канал
Включва: дилатация
поставяне на назопанкреатична тръба
тази чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
30491-03 Ендоскопска подмяна на панкреатичен стент
30491-04 Ендоскопско отстраняване на панкреатичен стент
90349-00 Ендоскопско премахване на камъни от панкреаса

Биопсия на корем, перитонеум или оментум

30075-37 Биопсия на перитонеум

Биопсия на:
- мезентериум
- оментум

30094-06 Перкутанна иглена биопсия на интраабдоминална формация

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])
56401-00 Компютърна томография на корем

Магнитно резонансен образ

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем
90913-02 Магнитно резонансна томография – холангиография

1932 Изследвания на урината

91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия– по преценка на лекуващия лекар
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на pH на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина – по преценка на лекуващия лекар
91920-17	Изследване за нитрити в урината – по преценка на лекуващия лекар
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] *Не включва*: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите– по преценка на лекуващия лекар
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
Морфологични изследвания	
91930-07	Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас
91931-06	Микроскопско изследване на перитонеална и/или ретроперитонеална проба за хистология
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath

• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент *Виж допълнителни знаци* Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:

- една високоспециализирана интервенционална процедура;
- три основни диагностични процедури задължително: една, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“ с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар; втора - 11700-00 - ЕКГ и трета процедура, която включва задължително извършване на целия комплекс от медикодиагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“ с изключение на изследванията, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар; - една терапевтична процедура.
- Процедура 91930-07 и/или 91931-06 задължително се отчита допълнително като четвърта основна диагностична процедура, при вземане на материал за хистологично или цитологично изследване;
- терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02; 96199-00 и 96199-09 или 9620009 или 96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски протокол, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания с изключение на изследванията, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания с изключение на изследванията, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастронтерология", от обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Клинична лаборатория
3. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
4. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии
5. Анестезиологичен екип

За провеждане на контрастна ехография изискванията за апаратура са:

a. Висок клас ехографски апарат, работещ с механичен индекс под 0.2 и притежаващ специализиран software за контрастно-усилено изследване.

b. Наличие на Dual mode на режима за контрастно усилване - едновременно и паралелно изобразяване на референтния и контрастно- усиления образ.

c. Архивираща система със съхранение на филмите от изследванията.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология

б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ:

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар-със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Задължително е поне единият от специалистите по гастроентерология да притежава сертификат за квалификация по „Интервенционална и ендоскопска ехография **– трето ниво** и/или сертификат за квалификация по „ЕРХПГ и свързаните с нея интервенционални процедури **– трето ниво**“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

Основни диагностични процедури, включени в тази КП, могат да се извършват от лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология“.

Изисквания към квалификацията на изследващия с контастна ехография лекар:

а. Сертификат за високоспециализирана дейност по ехография III ниво, представен в НЗОК. Препоръчително е вписването на лекаря в регистъра на Българска асоциация по ултразвук в медицината и Българското дружество по гастроентерология.

Изискване към процеса на провеждане на изследването контрастна ехография:

a. Провежда се от специалист с признато III ниво по ехография, удостоверено с неговия подпис

b. Протокол от предварително B-mode ехографско изследване, описващ съответната находка и индикацията за провеждане на контрастно- усилена ехография, с приложена снимка на ехографския образ, който е архивиран в паметта на ехографския апарат и е наличен за възпроизвеждане и обсъждане.

c. Архивиране на филмите от проведеното контрастно-усилено ехографско изследване в паметта на апарата, с включени артериална, портална и венозна фаза, които да са налични за възпроизвеждане, проверка и сравнителен анализ. При изчерпване на паметта на апарата филмите се прехвърлят и съхраняват на външно запаметяващо устройство.

d. Протокол от контрастно-усиленото ехографско изследване, с терминологично описание на артериална, портална и венозна фаза, и заключение, с приложени ехографски снимки от находката - част от архивираните филми и образи.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Комплект за ендоскопска резекция при горна ендоско еднократен	НЗОК не заплаща посочените изделия
Балонен екстрактор	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Кошница за екстракция	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Пластмасова ендопротеза за жлъчните пътища	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Пластмасова ендопротеза за панкреаса	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Система за протезиране	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Саморазширяваща се протеза за жлъчни пътища и панкр	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за тънкоиглена биопсия под ехографски контрол	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за биопсия през ехоендоскоп	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Набор за термоаблация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Балон дилататор	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Водачи за протезиране	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Папилотоми	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за чернодробна биопсия	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за алкохолна аблация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сетове за перкутанен дренаж под ехографски контрол	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за трансгастрална цистостомия	НЗОК не заплаща посоченото изделие

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностично уточняване или лечение чрез високоспециализирани интервенционални процедури при:

- онкологично заболяване;
- остри и хронични обострени заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума, неповлияващи се от амбулаторно лечение;

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с доказани заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума с провеждащи амбулаторно

лечение за заболяването, без добър терапевтичен ефект по искане на лекаря, провеждащ лечението в специализираната извънболнична помощ.

б)Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Високоспециализираните интервенционални процедури, КТ и МРТ се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията – при минимален болничен престой. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

1. Клинико – лабораторни изследвания (според съответните заболявания и показания):

- хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки);
- клинично-химични показатели – общ белтък, албумин, кр. захар, креатинин, урея, амилаза, липаза,билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, Na, K, Cl, Cl, Ca, P, липиди, газов анализ, по показания - С-реактивен протеин, туморни маркери (алфа-ФП, СЕА, СА 19-9, СА-72-4 и др.), други;
- хемостаза – фибриноген, протромбиново време (индекс, INR), при показания
- АПТТ (пТПВ/ККВ); други;
- пълно изследване на урина.

2. Кръвна група.
3. Абдоминална ехография, КТ, МРТ. При показания: доплерово изследване.
4. Рентгенография на бял дроб и сърце – при показания.
5. ЕКГ.
6. Допълнителни изследвания - при показания:

- стандартна парацентеза с биохимично и цитологично изследване на пунктат;
- микробиологични и паразитологични изследвания (биологични материали), имунологични и други изследвания.

Медикаментозното лечение включва:

- корекция на отклонения в жизнено важни функции, анемия, коагулационни нарушения, хипоалбуминемия, придружаващи заболявания и други по индикации;
- лечение на основното заболяване и неговите усложнения - хепатопротектори, кортикостероиди, антибиотици, протеазни инхибитори, Н2-блокери, ИПП, холеретици, кръвоспиращи, сомастостатин и аналози, заместителна терапия с ензимни препарати, спазмолитици, обезболяващи, наркотични и ненаркотични средства, и други при показания.
- сондово/ентерално/парентерално хранене;
- други терапевтични процедури – промивка през сонда или перкутанна ендоскопска гастро-ентеростома.

ЕНДОСКОПСКИ /ЕХОГРАФСКИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ХБС, ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМ

- с или без анестезия /аналгезия.
- с или без хистологично изследване и /или цитологично изследване.

Високоспециализирани/интервенционални ехографски изследвания (според съответните заболявания и показания):

- доплерово изследване; - контрастна ехография;
- тънкоиглена биопсия под ехографски контрол или аспирация на течни колекции.

Перкутанна чернодробна биопсия с хистологично изследване.

Интервенционални ендоскопски изследвания:

- ендоскопска ретроградна холангио-, холангио-панкреатография или панкреатография (ЕРХ, ЕРХП или ЕРП);
- ендоскопска папилоскопия с или без вземане на материал за хистологично (цитологично) изследване (ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология) в областта на papilla Vateri или място на инфилтрация; хромоендоскопия; ендоскопска макробиопсия; диагностично-терапевтична ендоскопска мукозна резекция.

Ендоскопска ехография с или без тънкоиглена/аспирационна биопсия, доплерехография на огнищни лезии (панкреас, папила, дистален холедох) и лимфни възли в системата на celiacus и перипанкреасната област;

- диагноза на микролитиаза, тумори, кисти, друга абдоминална маса.

Лапароскопия с транслапароскопска биопсия; лапароскопска ехография.

Допълнителни диагностични процедури: холангиоскопия с цитология или биопсия; манометрия на сфинктер Одди; други.

При диагностициране на рак на ХБС, панкреаса и перитонеума е задължително извършването на предоперативно определяне на стадия на разпространение на тумора, включващо следните изследвания:

При показания:

- КТ на бял дроб и медиастинум, мозък, кости, малък таз; диагностична парацентеза, лапароскопия; очни дъна; сцинтиграфия на кости; консултация с друг специалист.

Ако болният подлежи на оперативно лечение, лъче- и/или химиотерапия, се изследват и съответните туморни маркери.

ЕНДОСКОПСКИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ендоскопска деструкция или инцизия на papilla Vateri, sphincter Oddi и достигаеми части на жлъчните пътища чрез ендоскопска мукозна резекция, аргонплазмена или лазерна (Nd: YAC лазер) коагулация, фотодинамична терапия и други ендоскопски методи – радикално или палиативно лечение на тумори (ендоскопска туморна реканализация): на диспластични или метапластични промени.

Ендоскопска инжекционна терапия (кортикостероиди, етанол, противотуморни или имуномодулиращи медикаменти - локална имуномодулация и други) при доброкачествени и злокачествени процеси, вкл. на сфинктер Одди.

Свързани с ЕРХП терапевтични процедури.

Класическа или некласическа **ендоскопска сфинктеротомия** на сфинктер Одди или папила минор – самостоятелно или в комбинация с другите ендоскопски процедури; синдром на слепия сак.

Екстракция на камъни с балонни катетри или кошничка на Дормия от големите жлъчни канали или общия панкреасен канал.

Механична, вътрелуменна електрохидравлична или друга **литотрипсия на камъни** в големите жлъчни канали или панкреасния канал.

Ендоскопска балонна дилатация на сфинктер Одди или стеснени участъци по големите жлъчни пътища или главния панкреасен канал, облитерирала ХДА.

Ендоскопско протезиране при доброкачествени или злокачествени стриктури на екстрахепаталните жлъчни пътища, панкреасния канал, при притискане отвън или невъзможност за екстракция на камъни; фистули.

Назо-билиарен или **назо-панкреасен дренаж** чрез поставяне на назобилиарни или назопанкреасни катетри; локална литолиза.

Изваждане на паразити (напр. Ascaris lumbricoides), директно, чрез назобилиарен или хидростатичен катетър, кошничка на Дормия след промиване с етер, солев р-р или piperazilin citrate; промиване на билиарното дърво.

Ендоскопска хемостаза – в допълнение на другите ендоскопски процедури или при видимо кървяща лезия и други ендоскопски процедури.

Ендоскопската сфинктеротомия с или без екстракция на камъни е основно средство на избор за лечение на тежък остър билиарен панкреатит и остър гноен холангит.

ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ПОД ЕХОГРАФСКИ КОНТРОЛ

Аспирация на течни, некротични или инфектирани колекции при тежък остър панкреатит.

Аблация или деструкция на тумор.

Алкохолизация (ПАИР) на огнища, вкл. ехинококови кисти или вкарване на други лечебни вещества.

Локална литолиза с или без **екстракция на камъни, дилатация или протезиране.**

Други диагностично/терапевтични манипулации.

ХБС - доброкачествени заболявания:

Пункция, аспирация, инжектиране на сколициден агент и реаспирация на ехинококови кисти под УЗ контрол.

Пункция, аспирация и локално склеротерапия на непаразитарни кисти под УЗ контрол.

Пункция, аспирация и лаваж на абсцеси и други течни колекции под УЗ контрол.

Траен дренаж на абсцеси и други колекции под УЗ контрол.

Аспирация и дренаж на субдиафрагмални, субхепатални, ретроперитонеални и интраабдоминални абсцеси и колекции под УЗ контрол.

Перкутанна холецистостома.

Перкутанен трансхепатален билиарен дренаж.

Перкутанна литолиза.

ХБС - злокачествени заболявания:

Перкутанно етанолово инжектиране - в множество сеанси.

Болусно перкутанно етанолово инжектиране в еднократен сеанс.

Радиофреквентна аблация.

Други видове локална аблация.

Други видове локално лечение с лечебни субстанции.

Заболявания на панкреаса, перитонеума:

Пункция, аспирация и локално лечение на панкреасни кисти и изливи под УЗ контрол.

Траен дренаж на панкреасни кисти под УЗ контрол.

Траен дренаж на ретро- и интраперитонеални абсцеси под УЗ контрол.

Невролиза на трункус целиакус под УЗ контрол.

Аспирация на течни колекции от панкреасен произход под УЗ контрол.

Терапевтична парацентеза.

Интраперитонеална химиотерапия или локална имуномодулация.

Транслапароскопска адхезиолиза и други терапевтични процедури.

ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ЧРЕЗ ЕНДОСКОПСКА ЕХОГРАФИЯ

Тънкоиглено инжектиране:

- за лечение на тумори - тъканна деструкция; инжектиране на етанол и други противотуморни или имуномодулиращи медикаменти (локална имуномодулация);
- инжектиране на кортикостероиди или етанол в plexus celiacus (невролиза) за контрол на болката при хроничен панкреатит (рефрактерна на високи дози наркотични аналгетици); палиативно лечение на болката при малигнено заболяване на панкреас (неоперабилен рак и липса на обезболяване от наркотични аналгетици), черен дроб, стомах,черва, бъбрек.

Дрениране на кисти (панкреасни псевдокисти/абсцеси):

- трансгастрална или трансдуоденална пункция под ехографския контрол с балонна дилатация и поставяне на назокистичен дренаж или протезиране - за осъществяване на пълен дренаж;
- други.

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения се обсъжда **оперативно лечение**.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след извършване на комплекс от лабораторни и инструментални изследвания в съответния диагностичен алгоритъм на заболяването, документиран задължително в епикризата.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза, според алгоритъма;
- добро клинично състояние на пациента:
- лечение на усложненията и отклоненията на жизненоважни функции;
- стабилизиране и корекция на отклоненията на жизнени параметри спрямо стойностите при хоспитализацията, които е възможно да бъдат повлияни до края на необходимия болничен престой.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя) , отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, жълтеница и др. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган с или без използването на контрастно вещество, включително вкарано във вена;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата;вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- рентгенова снимка на жлъчните и панкреасните канали с оцветяване с контрастно вещество (въведено през отвора но дванадесетопръстника, където се излива жлъчката и панкреасния секрет) чрез ендоскоп – наречена ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография (ЕРХП);
- оглед на коремната кухина чрез тръба, наречена лапароскоп;
- вземане на малко парче от черния дроб за изследване под микроскоп чрез специална игла въведена през кожата;
- вземане на секрет или група клетки от определено място на черния дроб, задстомашната жлеза или другаде с много тънка специална игла под ехографски контрол;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул.

В някои случаи лечението се извършва под ехографски контрол:

- дрениране на течни, некротични или инфектирани колекции с игла;

- разрушаване на тумор чрез игла вкарана през кожата и подаване на импулси от специални апарати или чрез вкарване на алкохол, или други лечебни вещества.

В други случаи лечението се извършва по ендоскопски път по време на ЕРХП – разрязване на гладкия мускул на отвора на дванадесетопръстника, където се изливат жлъчката и панкреасният секрет (сфинктеротомия), изваждане на камъни от жлъчните или панкреасни канали (ендоскопска екстракция) със/без предварителното им раздробяване с кошничка, подобно на лешник от лешникотрошачка (механична литотрипсия); разширяване на стеснени участъци с балони (балонна дилатация) и поставяне на протези (ендоскопско протезиране) или дрениране на жлъчка/панкреасен сок чрез поставяне на тънки пластмасови тръбички в жлъчните или панкреасните канали през носа (назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж); спиране на кървене (ендоскопска хемостаза).

При някои кисти на задстомашната жлеза в близост до стената на стомаха се извършва дрениране чрез игла през ендоскопа или специално поставена тръбичка (протеза).

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашия ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 73.2
ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХЕПАТОБИЛИАРНАТА СИСТЕМА (ХБС), ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМА ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2. и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

3. ВИСОКОСПЕЦИАЛИЗИРАНИ ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНИ ПРОЦЕДУРИ

Друг ултразвук	
30668-00	Ендоскопски ултразвук Ултразвук, съвместно с ендоскопия
55602-00	Контрастна ехография на корем и ретроперитонеум
55602-01	Интервенционална ехография на корем и ретроперитонеум
Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде	
96154-00	Терапевтичен ултразвук *Не включва*: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])
Други ексцизионни процедури на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди	
90294-00	Ендоскопска ексцизия на лезия на жлъчни пътища или сфинктер на Оди Ендоскопска ексцизия на тумор на: • ампула Vateri • общ жлъчен канал • дуктус цистикус • дуктус хепатикус • периампуларно • сфинктер на Oddi
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху черен дроб	
90347-00	Прилагане на терапевтичен агент в черен дроб
90319-01	Перкутанна аспирация на черен дроб *Не включва*: перкутанна чернодробна биопсия (30409-00 [953]) тези за абсцес, хематом или киста (30224-01 [987])
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30409-00	Перкутанна (затворена) чернодробна биопсия Затворена иглена чернодробна биопсия *Не включва*: трансюгуларна чернодробна биопсия (90298-00 [953])
Други инцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум	
30224-01	Перкутанен дренаж на интраабдоминален абсцес, хематом или киста
Други процедури на черен дроб	

50950-00	Радиофреквентна аблация на черен дроб Радиофреквентна аблация на чернодробен тумор
90299-00	Друга деструкция на черния дроб Интерстициална лазерна аблация на чернодробен тумор

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху жлъчен мехур или жлъчни пътища

90348-00 Перкутанна аспирация на жлъчен мехур

Изследване на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30484-00 Ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография (ERCP)
Включва: четкова биопсия на жлъчни пътища
биопсия
Не включва: ендоскопска ретроградна панкреатография [ERP] (30484-02 [974])

30440-00 Перкутанна трансхепатална холангиография
Холангиография с багрило, инжектирано през кожата и в черния дроб
Не включва: такава с:
- билиарен дренаж (30440-01 [963])
- дилатация (30495-00 [971])
- екстракция на камък (30450-00 [959])
- изваждане на стент (30492-02 [960])
- стентиране (30492-00 [958], 30492-01 [960])

30484-01 Ендоскопска ретроградна холангиография (ERC)
Включва: четкова биопсия на жлъчни пътища
Биопсия

Биопсия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30094-04 Перкутанна (иглена) биопсия на жлъчен мехур или жлъчни пътища
30075-15 Биопсия на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30458-00 Биопсия на сфинктер на Оди

Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища

30494-00 Ендоскопска дилатация на други части на жлъчни пътища
Ендоскопска дилатация на билиарна стриктура
Не включва: със стентиране (30491-00 [958])

30452-00 Холедохоскопия с дилатация
Ендоскопска дилатация на стриктура на общия жлъчен канал
Не включва: със стентиране (30452-01 [958])

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30440-01 Перкутанен жлъчен дренаж
Включва: трансхепатална } холангиография
трансйеюнална }

30485-00 Ендоскопска сфинктеротомия
Включва: такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
Кодирай също когато е направена:
• поставяне на стент (30491-00 [958])
• подмяна на стент (30451-02 [960])

30485-01 Ендоскопска сфинктеротомия с екстракция на камък от общия жлъчен канал
Включва: такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
Кодирай също когато е направена:
• поставяне на стент (30491-00 [958])
• подмяна на стент (30451-02 [960])

Стентиране на жлъчни пътища

30491-00 Ендоскопско стентиране на други части на жлъчни пътища
Включва: дилатация
поставяне на назобилиарна сонда
такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
Не включва: такова при замяна (30451-02 [960])

Отстраняване и подмяна на жлъчен стент

30451-02 Ендоскопска подмяна на жлъчен стент
Включва: такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]

30451-03 Ендоскопско отстраняване на жлъчен стент
Включва: такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]

Ендоскопско и перкутанно отстраняване на камък

30450-00 Екстракция на камък от жлъчни пътища чрез образни техники
Перкутанна екстракция на жлъчен камък
Включва: чрез:
• трансхепатална тръба
• трансйеюнална тръба
• Т-образна тръба

Стентиране на жлъчни пътища

30492-00 Перкутанно стентиране на жлъчни пътища
Включва: дилатация
Не включва: такава при замяна (30492-01 [960])

Отстраняване и подмяна на жлъчен стент

30492-01 Перкутанна подмяна на жлъчен стент
30492-02 Перкутанно отстраняване на жлъчен стент

Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища

30495-00 Перкутанна дилатация на билиарен тракт
Перкутанно дилатиране на билиарна стриктура
Не включва: със стентиране (30492-00 [958])

Биопсия на панкреас

30094-05 Перкутанна иглена биопсия на панкреас

Изследване на панкреаса

30484-02 Ендоскопска ретроградна панкреатография (ERP)
Включва: биопсия

Други ексцизионни порцедури на панкреас или панкреатичен канал

90294-01 Ендоскопска ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал
30578-00 Ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал
Включва: изследване
30576-00 Микровълнова аблация на панкреасна тъкан или лезия

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху панкреас

30491-02 Ендоскопско стентиране на панкреасен канал
Включва: дилатация
поставяне на назопанкреатична тръба
тази чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
30491-03 Ендоскопска подмяна на панкреатичен стент
30491-04 Ендоскопско отстраняване на панкреатичен стент

90349-00 Ендоскопско премахване на камъни от панкреаса

Биопсия на корем, перитонеум или оментум

30075-37 Биопсия на перитонеум
Биопсия на:
• мезентериум
• оментум

30094-06 Перкутанна иглена биопсия на интраабдоминална формация

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])
56401-00 Компютърна томография на корем

Магнитно резонансен образ

90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90913-02	Магнитно резонансна томография – холангиография

1932 Изследвания на урината

91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия– по преценка на лекуващия лекар
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на pH на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина – по преценка на лекуващия лекар
91920-17	Изследване за нитрити в урината– по преценка на лекуващия лекар

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] – при деца над 9 год.възраст *Не включва*: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Хематологични изследвания

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглоби еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматичн апаратно изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите– по преценка на лекуващия лекар
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

Морфологични изследвания

91930-07	Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас
91931-06	Микроскопско изследване на перитонеална и/или ретроперитонеална проба хистология
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:

- една високоспециализирана интервенционална процедура;
- три основни диагностични процедури задължително: една, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“ с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар; втора - 11700-00 – ЕКГ- за възраст над 9 години и трета процедура, която включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“ с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар; - една терапевтична процедура.
- Процедура 91930-07 и/или 91931-06 задължително се отчита допълнително като четвърта основна диагностична процедура, при вземане на материал за хистологично или цитологично изследване;
- терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02; 96199-00 и 96199-09 или 9620009 или 96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

Основна процедура 92191-00 и 92191-00 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като

допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ехографски протокол, ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко от второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Детска хирургия“, от обхвата на медицинска специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Клинична лаборатория
3. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия
4. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии
5. Анестезиологичен екип

За провеждане на контрастна ехография изискванията за апаратура са:

a. Висок клас ехографски апарат, работещ с механичен индекс под 0.2 и притежаващ специализиран software за контрастно-усилено изследване.
b. Наличие на Dual mode на режима за контрастно усилване - едновременно и паралелно изобразяване на референтния и контрастно- усиления образ.
c. Архивираща система със съхранение на филмите от изследванията.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология
Структура по образна диагностика

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ:

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;

или лекари със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар-със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

Основни диагностични процедури, включени в тази КП, могат да се извършват от лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология“.

Изисквания към квалификацията на изследващия с контастна ехография лекар:

a. Сертификат за високоспециализирана дейност по ехография III ниво, представен в НЗОК. Препоръчително е вписването на лекаря в регистъра на Българска асоциация по ултразвук в медицината и Българското дружество по гастроентерология.

Изискване към процеса на провеждане на изследването контрастна ехография:

a. Провежда се от специалист с признато III ниво по ехография, удостоверено с неговия подпис

b. Протокол от предварително B-mode ехографско изследване, описващ съответната находка и индикацията за провеждане на контрастно- усилена ехография, с приложена снимка на ехографския образ, който е архивиран в паметта на ехографския апарат и е наличен за възпроизвеждане и обсъждане.

c. Архивиране на филмите от проведеното контрастно-усилено ехографско изследване в паметта на апарата, с включени артериална, портална и венозна фаза, които да са налични за възпроизвеждане, проверка и сравнителен анализ. При изчерпване на паметта на апарата филмите се прехвърлят и съхраняват на външно запаметяващо устройство.

d. Протокол от контрастно-усиленото ехографско изследване, с терминологично описание на артериална, портална и венозна фаза, и заключение, с приложени ехографски снимки от находката - част от архивираните филми и образи.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Комплект за ендоскопска резекция при горна ендоскопи еднократен	НЗОК не заплаща посочените изделия
Балонен екстрактор	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Кошница за екстракция	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Пластмасова ендопротеза за жлъчните пътища	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Пластмасова ендопротеза за панкреаса	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Система за протезиране	НЗОК не заплаща посоченото изделие

Саморазширяваща се протеза за жлъчни пътища панкреас	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за тънкоиглена биопсия под ехографски контрол	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за биопсия през ехоендоскоп	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Набор за термоаблация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Балон дилататор	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Водачи за протезиране	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Папилотоми	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за чернодробна биопсия	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игла за алкохолна аблация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сетове за перкутанен дренаж под ехографски контрол	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за трансгастрална цистостомия	НЗОК не заплаща посоченото изделие

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностично уточняване или лечение чрез високоспециализирани интервенционални процедури при:

- онкологично заболяване;
- остри и хронични обострени заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума, неповлияващи се от амбулаторно лечение;
- заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума в детската възраст.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с доказани заболявания на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума с провеждащи амбулаторно лечение за заболяването, без добър терапевтичен ефект по искане на лекаря, провеждащ лечението в специализираната извънболнична помощ.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Високоспециализираните интервенционални процедури, КТ и МРТ се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията – при минимален болничен престой. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

1. Клинико – лабораторни изследвания (според съответните заболявания и показания):
   - хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки);
   - клинично-химични показатели – общ белтък, албумин, кр. захар, креатинин, урея, амилаза, липаза,билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, Na, K, Cl, Cl, Ca, P, липиди, газов анализ, по показания - С-реактивен протеин, туморни маркери (алфа-ФП, СЕА, СА 19-9, СА-72-4 и др.), други;
   - хемостаза – фибриноген, протромбиново време (индекс, INR), при показания
   - АПТТ (пТПВ/ККВ); други;
   - пълно изследване на урина.
2. Кръвна група.
3. Абдоминална ехография, КТ, МРТ. При показания: доплерово изследване.
4. Рентгенография на бял дроб и сърце – при показания.
5. ЕКГ – при възраст над 9 години.
6. Допълнителни изследвания - при показания:
   - стандартна парацентеза с биохимично и цитологично изследване на пунктат;

- микробиологични и паразитологични изследвания (биологични материали), имунологични и други изследвания.

Медикаментозното лечение включва:

- корекция на отклонения в жизнено важни функции, анемия, коагулационни нарушения, хипоалбуминемия, придружаващи заболявания и други по индикации;
- лечение на основното заболяване и неговите усложнения - хепатопротектори, кортикостероиди, антибиотици, протеазни инхибитори, Н2-блокери, ИПП, холеретици, кръвоспиращи, сомастостатин и аналози, заместителна терапия с ензимни препарати, спазмолитици, обезболяващи, наркотични и ненаркотични средства, и други при показания.
- сондово/ентерално/парентерално хранене;
- други терапевтични процедури – промивка през сонда или перкутанна ендоскопска гастро-ентеростома.

ЕНДОСКОПСКИ /ЕХОГРАФСКИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ НА ХБС, ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМ

- с или без анестезия /аналгезия.
- с или без хистологично изследване и /или цитологично изследване.

Високоспециализирани/интервенционални ехографски изследвания (според съответните заболявания и показания):

- доплерово изследване; - контрастна ехография;
- тънкоиглена биопсия под ехографски контрол или аспирация на течни колекции.

Перкутанна чернодробна биопсия с хистологично изследване.

Интервенционални ендоскопски изследвания:

- ендоскопска ретроградна холангио-, холангио-панкреатография или панкреатография (ЕРХ, ЕРХП или ЕРП);
- ендоскопска папилоскопия с или без вземане на материал за хистологично (цитологично) изследване (ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология) в областта на papilla Vateri или място на инфилтрация; хромоендоскопия; ендоскопска макробиопсия; диагностично-терапевтична ендоскопска мукозна резекция.

Ендоскопска ехография с или без тънкоиглена/аспирационна биопсия, доплерехография на огнищни лезии (панкреас, папила, дистален холедох) и лимфни възли в системата на celiacus и перипанкреасната област;

- диагноза на микролитиаза, тумори, кисти, друга абдоминална маса.

Лапароскопия с транслапароскопска биопсия; лапароскопска ехография.

Допълнителни диагностични процедури: холангиоскопия с цитология или биопсия; манометрия на сфинктер Одди; други.

При диагностициране на рак на ХБС, панкреаса и перитонеума е задължително извършването на предоперативно определяне на стадия на разпространение на тумора, включващо следните изследвания:

При показания:

- КТ на бял дроб и медиастинум, мозък, кости, малък таз; диагностична парацентеза, лапароскопия; очни дъна; сцинтиграфия на кости; консултация с друг специалист.

Ако болният подлежи на оперативно лечение, лъче- и/или химиотерапия, се изследват и съответните туморни маркери.

ЕНДОСКОПСКИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ендоскопска деструкция или инцизия на papilla Vateri, sphincter Oddi и достигаеми части на жлъчните пътища чрез ендоскопска мукозна резекция, аргонплазмена или лазерна (Nd: YAC лазер) коагулация, фотодинамична терапия и други ендоскопски методи – радикално или палиативно лечение на тумори (ендоскопска туморна реканализация): на диспластични или метапластични промени.

Ендоскопска инжекционна терапия (кортикостероиди, етанол, противотуморни или имуномодулиращи медикаменти - локална имуномодулация и други) при доброкачествени и злокачествени процеси, вкл. на сфинктер Одди. **Свързани с ЕРХП терапевтични процедури.**

Класическа или некласическа **ендоскопска сфинктеротомия** на сфинктер Одди или папила минор – самостоятелно или в комбинация с другите ендоскопски процедури; синдром на слепия сак.

Екстракция на камъни с балонни катетри или кошничка на Дормия от големите жлъчни канали или общия панкреасен канал.

Механична, вътрелуменна електрохидравлична или друга **литотрипсия на камъни** в големите жлъчни канали или панкреасния канал.

Ендоскопска балонна дилатация на сфинктер Одди или стеснени участъци по големите жлъчни пътища или главния панкреасен канал, облитерирала ХДА.

Ендоскопско протезиране при доброкачествени или злокачествени стриктури на екстрахепаталните жлъчни пътища, панкреасния канал, при притискане отвън или невъзможност за екстракция на камъни; фистули.

Назо-билиарен или **назо-панкреасен дренаж** чрез поставяне на назобилиарни или назопанкреасни катетри; локална литолиза.

Изваждане на паразити (напр. Ascaris lumbricoides), директно, чрез назобилиарен или хидростатичен катетър, кошничка на Дормия след промиване с етер, солев р-р или piperazilin citrate; промиване на билиарното дърво.

Ендоскопска хемостаза – в допълнение на другите ендоскопски процедури или при видимо кървяща лезия и други ендоскопски процедури.

Ендоскопската сфинктеротомия с или без екстракция на камъни е основно средство на избор за лечение на тежък остър билиарен панкреатит и остър гноен холангит.

ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ПОД ЕХОГРАФСКИ КОНТРОЛ

Аспирация на течни, некротични или инфектирани колекции при тежък остър панкреатит.

Аблация или деструкция на тумор.

Алкохолизация (ПАИР) на огнища, вкл. ехинококови кисти или вкарване на други лечебни вещества.

Локална литолиза с или без **екстракция на камъни, дилатация или протезиране.**

Други диагностично/терапевтични манипулации.

ХБС - доброкачествени заболявания:

Пункция, аспирация, инжектиране на сколициден агент и реаспирация на ехинококови кисти под УЗ контрол.

Пункция, аспирация и локално склеротерапия на непаразитарни кисти под УЗ контрол.

Пункция, аспирация и лаваж на абсцеси и други течни колекции под УЗ контрол.

Траен дренаж на абсцеси и други колекции под УЗ контрол.

Аспирация и дренаж на субдиафрагмални, субхепатални, ретроперитонеални и интраабдоминални абсцеси и колекции под УЗ контрол.

Перкутанна холецистостома.

Перкутанен трансхепатален билиарен дренаж.

Перкутанна литолиза.

ХБС - злокачествени заболявания:

Перкутанно етанолово инжектиране - в множество сеанси.

Болусно перкутанно етанолово инжектиране в еднократен сеанс.

Радиофреквентна аблация.

Други видове локална аблация.

Други видове локално лечение с лечебни субстанции.

Заболявания на панкреаса, перитонеума:

Пункция, аспирация и локално лечение на панкреасни кисти и изливи под УЗ контрол.

Траен дренаж на панкреасни кисти под УЗ контрол.

Траен дренаж на ретро- и интраперитонеални абсцеси под УЗ контрол.

Невролиза на трункус целиакус под УЗ контрол.

Аспирация на течни колекции от панкреасен произход под УЗ контрол.

Терапевтична парацентеза.

Интраперитонеална химиотерапия или локална имуномодулация.

Транслапароскопска адхезиолиза и други терапевтични процедури.

ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ЧРЕЗ ЕНДОСКОПСКА ЕХОГРАФИЯ

Тънкоиглено инжектиране:

- за лечение на тумори - тъканна деструкция; инжектиране на етанол и други противотуморни или имуномодулиращи медикаменти (локална имуномодулация);
- инжектиране на кортикостероиди или етанол в plexus celiacus (невролиза) за контрол на болката при хроничен панкреатит (рефрактерна на високи дози наркотични аналгетици); палиативно лечение на болката при малигнено заболяване на панкреас (неоперабилен рак и липса на обезболяване от наркотични аналгетици), черен дроб, стомах,черва, бъбрек.

Дрениране на кисти (панкреасни псевдокисти/абсцеси):

- трансгастрална или трансдуоденална пункция под ехографския контрол с балонна дилатация и поставяне на назокистичен дренаж или протезиране - за осъществяване на пълен дренаж;
- други.

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения се обсъжда **оперативно лечение**.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след извършване на комплекс от лабораторни и инструментални изследвания в съответния диагностичен алгоритъм на заболяването, документиран задължително в епикризата.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза, според алгоритъма;
- добро клинично състояние на пациента:
- лечение на усложненията и отклоненията на жизненоважни функции;
- стабилизиране и корекция на отклоненията на жизнени параметри спрямо стойностите при хоспитализацията, които е възможно да бъдат повлияни до края на необходимия болничен престой.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”.*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя) , отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, жълтеница и др. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури (“малки операции” без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган с или без използването на контрастно вещество, включително вкарано във вена;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата;вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- рентгенова снимка на жлъчните и панкреасните канали с оцветяване с контрастно вещество (въведено през отвора но дванадесетопръстника, където се излива жлъчката и панкреасния секрет) чрез ендоскоп – наречена ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография (ЕРХП);
- оглед на коремната кухина чрез тръба, наречена лапароскоп;
- вземане на малко парче от черния дроб за изследване под микроскоп чрез специална игла въведена през кожата;
- вземане на секрет или група клетки от определено място на черния дроб, задстомашната жлеза или другаде с много тънка специална игла под ехографски контрол;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул.

В някои случаи лечението се извършва под ехографски контрол:

- дрениране на течни, некротични или инфектирани колекции с игла;
- разрушаване на тумор чрез игла вкарана през кожата и подаване на импулси от специални апарати или чрез вкарване на алкохол, или други лечебни вещества.

В други случаи лечението се извършва по ендоскопски път по време на ЕРХП – разрязване на гладкия мускул на отвора на дванадесетопръстника, където се изливат жлъчката и панкреасният секрет (сфинктеротомия), изваждане на камъни от жлъчните или панкреасни канали (ендоскопска екстракция) със/без предварителното им раздробяване с кошничка, подобно на лешник от лешникотрошачка (механична литотрипсия); разширяване на стеснени участъци с балони (балонна дилатация) и поставяне на протези (ендоскопско протезиране) или дрениране на жлъчка/панкреасен сок чрез поставяне на тънки пластмасови тръбички в жлъчните или панкреасните канали през носа (назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж); спиране на кървене (ендоскопска хемостаза).

При някои кисти на задстомашната жлеза в близост до стената на стомаха се извършва дрениране чрез игла през ендоскопа или специално поставена тръбичка (протеза).

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашия ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 74.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХЕПАТОБИЛИАРНАТА СИСТЕМА, ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМА ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой - 3 дни
1. Минимален болничен престой при остър панкреатит (К 85) - 4 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Ехинококоза

B67.0 **Инвазия на черен дроб, предизвикана от Echinococcus granulosus**
B67.5 **Инвазия на черен дроб, предизвикана от Echinococcus multilocularis**
B67.6 **Инвазия с друга локализация и множествена ехинококоза, предизвикана от Echinococcus multilocularis**
B 67.8 **Ехинококоза на черен дроб, неуточнена**

Злокачествено новообразуване на черния дроб и интрахепаталните жлъчни пътища

Не включва: жлъчни пътища БДУ (C24.9)
вторично злокачествено новообразуване на черния дроб (C78.7)

C22.0 **Карцином на черния дроб, първичен**
Хепатоцелуларен карцином
Хепатом
C22.1 **Карцином на интрахепаталните жлъчни пътища**
Холангиокарцином
C22.2 **Хепатобластом**
C22.3 **Ангиосарком на черния дроб**
Сарком на купферовите клетки
C22.4 **Други саркоми на черния дроб**
C22.7 **Други уточнени карциноми на черния дроб**

C23 **Злокачествено новообразуване на жлъчния мехур**

Злокачествено новообразуване на други и неуточнени части на жлъчните пътища

Не включва: интрахепаталните жлъчни пътища (C22.1)

C24.0 **Екстрахепатални жлъчни канали**
Жлъчни канали или протоци БДУ
Общ жлъчен канал
Мехурен канал
Хепатален канал
C24.1 **Ампула на Vater**
C24.8 **Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на жлъчните пътища**
Злокачествено новообразуване, засягащо едновременно интрахепаталните и екстрахепаталните жлъчни канали
Злокачествено новообразуване на жлъчните пътища, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C22.0—C24.1
C24.9 **Злокачествено новообразуване на жлъчните пътища, неуточнено**

Злокачествено новообразуване на панкреаса

C25.0 **Глава на панкреаса**
C25.1 **Тяло на панкреаса**
C25.2 **Опашка на панкреаса**
C25.3 **Панкреатичен канал**
C25.4 **Ендокринна част на панкреаса**

Лангерхансови острови

C25.7 Други части на панкреаса
Шийна част на панкреаса

C25.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на панкреаса

Злокачествено новообразуване на храносмилателните органи с друга и неточно определена локализация

Не включва: перитонеум и ретроперитонеум (C48.—)

C26.1 Далак
Не включва: болест на Hodgkin (C81.—)
нехочкинов лимфом (C82—C85)

C26.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на храносмилателната система
Злокачествено новообразуване на храносмилателните органи, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C15—C26.1
Не включва: кардио-езофагеалната област (C16.0)

Злокачествено новообразуване на ретроперитонеума и перитонеума

Не включва: сарком на Kaposi (C46.1)
мезотелиом (C45.—)

C45.1 Мезотелиом

C48.0 Ретроперитонеум

C48.1 Уточнена част на перитонеума:
Мезентериум
Мезоколон
Ментум
Перитонеум:
- париетален
- тазов

C48.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на ретроперитонеума и перитонеума

C78.6 Вторично злокачествено заболяване на ретроперитонеума и перитонеума
Злокачествен асцит

C78.7 Вторично злокачествено заболяване на черния дроб

Доброкачествено новообразуване на други и неточно определени части на храносмилателната система

D13.4 Черен дроб
Интрахепатални жлъчни пътища

D13.5 Екстрахепатални жлъчни пътища

D13.6 Панкреас
Не включва: островни клетки на панкреаса (D13.7)

D13.7 Ендокринна част на панкреаса
Островноклетъчен тумор
Лангерхансови острови

Доброкачествено новообразуване на меката тъкан на ретроперитонеума и перитонеума

Не включва: доброкачествено липоматозно новообразуване на перитонеума и ретроперитонеума (D17.7)
мезотелиална тъкан (D19.—)

D20.0 Ретроперитонеум

D20.1 Перитонеум

Увреждания на перитонеума при инфекциозни болести, класифицирани другаде

K67.3* Туберкулозен перитонит (A18.3†)

Жлъчнокаменна болест [холелитиаза]

K80.0 Камъни на жлъчния мехур с остър холецистит

K80.1 Камъни на жлъчния мехур с друг холецистит

Всяко състояние, класифицирано в подрубриката К80.2, с холецистит (хроничен)
Холецистит с холелитиаза БДУ

К80.3 Камъни на жлъчните пътища с холангит
Всяко състояние, класифицирано в подрубриката К80.5, с холангит

К80.4 Камъни на жлъчните пътища с холецистит
Всяко състояние, класифицирано в подрубриката К80.5, с холецистит (с холангит)

К80.5 Камъни на жлъчните пътища без холангит или холецистит
Холедохолитиаза
Жлъчен камък на:
•дуктус холедохус БДУ
•общия проток
•чернодробния проток
Чернодробна:
•холелитиаза
•колика (рецидивираща)
} неуточнени или без холангит или холецистит

К80.8 Други видове холелитиаза

Холецистит

Не ***включва:*** с холелитиаза (К80.—)

К81.0 Остър холецистит
без камъни
Абсцес на жлъчния мехур Ангиохолецистит Холецистит:
- емфизематозен (остър)
- гангренозен
- гноен

Емпием на жлъчния мехур
Гангрена на жлъчния мехур)

Други болести на жлъчния мехур

Не включва: невизуализиране на жлъчния мехур при рентгеново изследване (R93.2)
постхолецистектомичен синдром (К91.5)

К82.1 Хидропс на жлъчния мехур
Мукоцеле на жлъчния мехур

К82.4 Холестероза на жлъчния мехур
“Ягодообразен” жлъчен мехур

К82.8 Други уточнени болести на жлъчния мехур
Сраствания
Атрофия
Киста
Дискинезия
Хипертрофия
Липса на функция
Язва
} на дуктус цистикус или на жлъчния мехур

Други болести на жлъчните пътища

Не включва: изброените състояния, включващи:
- жлъчния мехур (К81—К82)
- дуктус цистикус (К81—К82)

постхолецистектомичен синдром (К91.5)

К83.0 Холангит
Холангит:
- БДУ
- асцендентен
- първичен
- рецидивиращ
- склерозиращ
- вторичен
- стенозиращ
- гноен

Не включва: холангитен абсцес на черния дроб (К75.0)

холангит с холедохолитиаза (К80.3—К80.4)
хроничен негноен деструктивен холангит (К74.3)

К83.1 Запушване на дуктус холедохус

Оклузия
Стеноза
Стриктура
} на дуктус холедохус без камъни

Не включва: с холелитиаза (К80.—)

К83.3 Фистула на дуктус холедохус

Холедоходуоденална фистула

К83.5 Жлъчна киста

К83.8 Други уточнени болести на жлъчните пътища

Сраствания
Атрофия
Хипертрофия
Язва
} на жлъчните пътища

К85 Остър панкреатит

Абсцес на задстомашната жлеза
Некроза на задстомашната жлеза:
- остра
- инфекциозна

Панкреатит:
- БДУ
- остър (рецидивиращ)
- хеморагичен
- подостър
- гноен

Други болести на задстомашната жлеза

Не включва: кистофиброза на задстомашната жлеза (Е84.—)
тумор от островните клетки на задстомашната жлеза (D13.7)
панкреатична стеаторея (К90.3)

К86.1 Други хронични панкреатити

Хроничен панкреатит:
- БДУ
- инфекциозен
- рекурентен
- рецидивиращ

К86.2 Киста на задстомашната жлеза

К86.3 Псевдокиста на задстомашната жлеза

К86.8 Други уточнени болести на задстомашната жлеза

Атрофия
Камъни
Цироза
Фиброза
} на задстомашната жлеза

На задстомашната жлеза:
- некроза:
  - БДУ
  - асептична
  - мастна

Нарушена резорбция в червата

Не включва: дължаща се на хирургична намеса върху стомашночревния тракт (К91.2)

К90.3 Панкреатична стеаторея

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, некласифицирани другаде

Не включва: гастройеюнална язва (К28.—)
радиационен:
- колит (К52.0)

- гастроентерит (K52.0)
- проктит (K62.7)

K91.2 Нарушение на резорбцията след хирургична намеса, некласифицирано другаде
Синдром на сляпата бримка след хирургична намеса
Не включва: нарушение на резорбцията:
- остеомалация при възрастни (M83.2)
- остеопороза след хирургични намеси (M81.3)

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58909-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Включва: предварителен общ план
Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])

58915-00 Контрастно изследване на тънки черва
Серийно изследване на тънки черва
Включва: предварителен общ план
Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975])

58921-00 Друга контрастна клизма
Включва: изследване с въздушен контраст
предварителен общ план

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове
Включва: дуплекс ултразвук на:
• аорта
• илиачни съдове
• вена кава инферио
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем
90913-02 Магнитно резонансна томография – холангиография

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-03 Изследване за албумин в урината
Микроалбуминурия-по преценка на лекуващия лекар
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина-по преценка на лекуващия лекар
91920-17 Изследване за нитрити в урината-по преценка на лекуващия лекар

Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания

Не включва: гастроинтестинални необразни нуклеарни медицински процедури (12506-00, 12509-00) [1863])

11800-00 Тест за моторика на хранопровод
Манометричен мотилитетен тест на хранопровод

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите-по преценка на лекуващия лекар
91910-08 Изследване на време на кървене-по преценка на лекуващия лекар

91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

Морфологични изследвания

91938-00 Цитологично изследване на асцитна течност

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху корем, перитонеум или ементум

30406-00 Абдоминална парацентеза

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва

Включва: двойно-балонна ентероскопия

31462-00 Поставяне на йеюностомна тръба за хранене

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
  • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  • имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  • перфузия (виж блок [1886])
  • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath

• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум пет основни диагностични процедури с кодове:

- Една диагностична процедура - включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“ с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;
- Втора - включва задължително извършване на целия комплекс от медикодиагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“ с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;
- Трета - 11700-00 - ЕКГ;
- Четвърта - 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;
- пета - ендоскопска или 30668-00 или рентгенологична процедура – не се изисква при заболявания на жлъчния мехур и тогава клиничната пътека се отчита с четири диагностични процедури; и две терапевтични процедури, от които едната задължително е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09.

При пункция на асцит (30406-00) задължително се извършва и отчита пета/шеста процедура 91938-00.

При заболявания на жлъчния мехур КП се отчита само с четири диагностични процедури (кодовете, посочени в блок 1932, с изключение на тези по преценка); (кодовете, посочени в блок 1923 и блок 1924, с изключение на тези по преценка);1170000 и една процедура от образна диагностика), като ендоскопска процедура не е необходима.

Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02; 96199-00 и 96199-09 или 9620009/96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастронтерология", от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Хирургия“, от обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия (Ендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия – за лица под 18 години)
5. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура

Лаборатория (отделение) по клинична патология
Структура за образна диагностика

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама; или
  лекари със специалност по хирургия – минимум четирима;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар-със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ или един специалист по конвенционална ехография и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Лечебно заведение, изпълнител на тази клинична пътека, задължително сключва договор за изпълнение и на АПр № 34.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ Диагностика и лечение
при:

- болни със спешни състояния, с изразени отклонения в жизненоважни функции и системи или отклонения в биохимичните показатели, изискващи спешни реанимационни мероприятия;
- болни с изразен анемичен синдром, доказан лабораторно; болков или друг синдром, жълтеница с предполагаем произход от заболяване на ХБС, панкреаса, перитонеума;
- заболявания на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса в детската възраст.

Диагностика и диференциална диагноза на онкологично заболяване на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса при клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с:

- комплекс от клинични симптоми и лабораторно или инструментално установени отклонения с предполагаем произход от хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума без данни за бърза прогресия - за диагностично уточняване и лечение в болнични условия; след приключване на лечебно-диагностичния процес в специализираната извънболнична медицинска помощ;
- болни с известно заболяване на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума, провеждащи амбулаторно лечение без добър терапевтичен ефект.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 24 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. Контролни клиниколабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията. Контролно образно изследване при дехоспитализация – по преценка.

ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1. Клинико – лабораторни изследвания (според съответните заболявания и показания), съобразени с посочените в блок Основни процедури:
   - хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки);
   - клинично-химични показатели – общ белтък, албумин, кръвна захар, креатинин, урея, амилаза, липаза,билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, Na, K, Cl, Ca, P, липиди, по показания - КГА, С-реактивен протеин, туморни маркери (алфа-ФП, СЕА, СА 19-9, СА-72-4 и др.), други;
   - хемостаза
   – фибриноген, протромбиново време (индекс, INR), при показания - АПТТ (пТПВ/ККВ), други;
   - пълно изследване на урина.
2. Кръвна група – по показания.
3. Рентгенография на бял дроб и сърце – по показания.
4. ЕКГ.
5. Ехография на коремни органи, ретроперитонеум и малък таз.
6. Други изобразителни изследвания - при показания:
   - КТ и/или МРТ - на корем;
   - обзорна или контрастна рентгенография на ГИТ.
7. Стандартно ендоскопско изследване на горния ГИТ и областта на papilla Vateri или място на инфилтрация, с или без ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология - при показания.
8. Стандартна парацентеза с биохимично и цитологично изследване на пунктат – диагностична или терапевтична - при показания.
9. Допълнителни изследвания - при показания:
   - микробиологични и паразитологични изследвания (биологични материали), имунологични и други изследвания.

При диагностициране на рак на ХБС, панкреаса и перитонеум е задължително извършването на предоперативно определяне на стадия на разпространение на тумора, включващо следните изследвания:

При показания:

- ехография/КТ на малък таз; иригография или долна ендоскопия; КТ на бял дроб и медиастинум, главен мозък, кости, малък таз; очни дъна; сцинтиграфия на кости; консултация с друг специалист.

Решение за по-нататъшното поведение при диагностициран рак се взема съвместно от гастроентеролог, хирург, патолог, химио- и лъчетерапевт, а при показания и друг специалист (онкологичен комитет). Ако болният подлежи на оперативно лечение, лъче- и/или химиотерапия, се изследват и съответните туморни маркери.

Медикаментозното лечение включва:

- корекция на отклонения в жизненоважни функции, анемия, коагулационни нарушения, хипоалбуминемия, придружаващи заболявания и други по индикации;
- лечение на основното заболяване и неговите усложнения - хепатопротектори, кортикостероиди, антибиотици, протеазни инхибитори, Н2-блокери, ИПП, холеретици, УДХК, кръвоспиращи, сомастостатин и аналози, заместителна терапия с ензимни препарати, спазмолитици, обезболяващи, наркотични и ненаркотични средства и други при показания;
- сондово/ентерално/парентерално хранене;
- други терапевтични процедури – промивка през сонда или перкутанна ендоскопска гастро-ентеростома.

Терапевтична парацентеза – при показания.

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения се обсъжда **оперативно лечение.**

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след извършване на комплекс от лабораторни и инструментални изследвания съответни за заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза, според алгоритъма; - добро клинично състояние на пациента:
- стабилизиране и корекция на отклоненията на жизнени параметри и данните от лабораторния анализ, спрямо стойностите при хоспитализацията;
- контролно образно изследване при констатирани патологични промени при първото изследване, които е възможно да бъдат повлияни от проведеното лечение;
- за възпалителни заболявания на жлъчния мехур - позитивна ехографска находка или позитивна находка от друго образно изследване.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, жълтеница и др. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган с или без използването на контрастно вещество, включително вкарано във вена;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата;вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- рентгенова снимка на жлъчните и панкреасните канали с оцветяване с контрастно вещество (въведено през отвора на дванадесетопръстника, където се излива жлъчката и панкреасния секрет) чрез ендоскоп – наречена ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография (ЕРХП);
- оглед на коремната кухина чрез тръба, наречена лапароскоп;
- вземане на малко парче от черния дроб за изследване под микроскоп чрез специална игла въведена през кожата;

- вземане на секрет или група клетки от определено място на черния дроб, задстомашната жлеза или другаде с много тънка специална игла под ехографски контрол;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул.

В някои случаи лечението се извършва под ехографски контрол:

- дрениране на течни, некротични или инфектирани колекции с игла;
- разрушаване на тумор чрез игла вкарана през кожата и подаване на импулси от специални апарати или чрез вкарване на алкохол, или други лечебни вещества.

В други случаи лечението се извършва по ендоскопски път по време на ЕРХП – разрязване на гладкия мускул на отвора на дванадесетопръстника, където се изливат жлъчката и панкреасният секрет (сфинктеротомия), изваждане на камъни от жлъчните или панкреасни канали (ендоскопска екстракция) със/без предварителното им раздробяване с кошничка, подобно на лешник от лешникотрошачка (механична литотрипсия); разширяване на стеснени участъци с балони (балонна дилатация) и поставяне на протези (ендоскопско протезиране) или дрениране на жлъчка/панкреасен сок чрез поставяне на тънки пластмасови тръбички в жлъчните или панкреасните канали през носа (назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж); спиране на кървене (ендоскопска хемостаза).

При някои кисти на задстомашната жлеза в близост до стената на стомаха се извършва дрениране чрез игла през ендоскопа или специално поставена тръбичка (протеза).

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашия ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 74.2
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХЕПАТОБИЛИАРНАТА СИСТЕМА, ПАНКРЕАСА И ПЕРИТОНЕУМА ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1.Минимален болничен престой - 3 дни
1.Минимален болничен престой при остър панкреатит (К 85) - 4 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Ехинококоза

B67.0 Инвазия на черен дроб, предизвикана от Echinococcus granulosus
B67.5 Инвазия на черен дроб, предизвикана от Echinococcus multilocularis
B67.6 Инвазия с друга локализация и множествена ехинококоза, предизвикана от Echinococcus multilocularis
B 67.8 Ехинококоза на черен дроб, неуточнена

Злокачествено новообразуване на черния дроб и интрахепаталните жлъчни пътища

Не включва: жлъчни пътища БДУ (C24.9)
вторично злокачествено новообразуване на черния дроб (C78.7)

C22.0 Карцином на черния дроб, първичен
Хепатоцелуларен карцином
Хепатом
C22.1 Карцином на интрахепаталните жлъчни пътища
Холангиокарцином
C22.2 Хепатобластом
C22.3 Ангиосарком на черния дроб
Сарком на купферовите клетки
C22.4 Други саркоми на черния дроб
C22.7 Други уточнени карциноми на черния дроб

C23 Злокачествено новообразуване на жлъчния мехур

Злокачествено новообразуване на други и неуточнени части на жлъчните пътища

Не включва: интрахепаталните жлъчни пътища (C22.1)

C24.0 Екстрахепатални жлъчни канали
Жлъчни канали или протоци БДУ
Общ жлъчен канал
Мехурен канал
Хепатален канал
C24.1 Ампула на Vater
C24.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на жлъчните пътища
Злокачествено новообразуване, засягащо едновременно интрахепаталните и екстрахепаталните жлъчни канали
Злокачествено новообразуване на жлъчните пътища, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C22.0—C24.1
C24.9 Злокачествено новообразуване на жлъчните пътища, неуточнено

Злокачествено новообразуване на панкреаса

C25.0 Глава на панкреаса
C25.1 Тяло на панкреаса
C25.2 Опашка на панкреаса
C25.3 Панкреатичен канал
C25.4 Ендокринна част на панкреаса
Лангерхансови острови
C25.7 Други части на панкреаса
Шийна част на панкреаса
C25.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на панкреаса

Злокачествено новообразуване на храносмилателните органи с друга и неточно определена локализация
Не включва: перитонеум и ретроперитонеум (C48.—)
C26.1 Далак
Не включва: болест на Hodgkin (C81.—)
нехочкинов лимфом (C82—C85)
C26.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на храносмилателната система
Злокачествено новообразуване на храносмилателните органи, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C15—C26.1
Не включва: кардио-езофагеалната област (C16.0)

Злокачествено новообразуване на ретроперитонеума и перитонеума
Не включва: сарком на Kaposi (C46.1)
мезотелиом (C45.—)
C45.1 Мезотелиом
C48.0 Ретроперитонеум
C48.1 Уточнена част на перитонеума:
Мезентериум
Мезоколон
Оментум
Перитонеум:
• париетален
• тазов
C48.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на ретроперитонеума и перитонеума
C78.6 Вторично злокачествено заболяване на ретроперитонеума и перитонеума
Злокачествен асцит
C78.7 Вторично злокачествено заболяване на черния дроб

Доброкачествено новообразуване на други и неточно определени части на храносмилателната система
D13.4 Черен дроб
Интрахепатални жлъчни пътища
D13.5 Екстрахепатални жлъчни пътища
D13.6 Панкреас
Не включва: островни клетки на панкреаса (D13.7)
D13.7 Ендокринна част на панкреаса
Островноклетъчен тумор
Лангерхансови острови

Доброкачествено новообразуване на меката тъкан на ретроперитонеума и перитонеума
Не включва: доброкачествено липоматозно новообразуване на перитонеума и ретроперитонеума (D17.7)
мезотелиална тъкан (D19.—)
D20.0 Ретроперитонеум
D20.1 Перитонеум

Увреждания на перитонеума при инфекциозни болести, класифицирани другаде
K67.3* Туберкулозен перитонит (A18.3†)

Жлъчнокаменна болест [холелитиаза]

K80.0 Камъни на жлъчния мехур с остър холецистит

K80.1 Камъни на жлъчния мехур с друг холецистит

Всяко състояние, класифицирано в подрубриката K80.2, с холецистит (хроничен)
Холецистит с холелитиаза БДУ

K80.3 Камъни на жлъчните пътища с холангит

Всяко състояние, класифицирано в подрубриката K80.5, с холангит

K80.4 Камъни на жлъчните пътища с холецистит

Всяко състояние, класифицирано в подрубриката K80.5, с холецистит (с холангит)

K80.5 Камъни на жлъчните пътища без холангит или холецистит

Холедохолитиаза
Жлъчен камък на:
- дуктус холедохус БДУ
- общия проток
- чернодробния проток

Чернодробна:
- холелитиаза
- колика (рецидивираща)

} неуточнени или без холангит или холецистит

K80.8 Други видове холелитиаза

Холецистит

Не ***включва:*** с холелитиаза (K80.—)

K81.0 Остър холецистит

без камъни
Абсцес на жлъчния мехур Ангиохолецистит Холецистит:
- емфизематозен (остър)
- гангренозен
- гноен

Емпием на жлъчния мехур
Гангрена на жлъчния мехур)

Други болести на жлъчния мехур

Не включва: невизуализиране на жлъчния мехур при рентгеново изследване (R93.2)
постхолецистектомичен синдром (K91.5)

K82.1 Хидропс на жлъчния мехур

Мукоцеле на жлъчния мехур

K82.4 Холестероза на жлъчния мехур

“Ягодообразен” жлъчен мехур

K82.8 Други уточнени болести на жлъчния мехур

Сраствания
Атрофия
Киста
Дискинезия
Хипертрофия
Липса на функция
Язва

} на дуктус цистикус или на жлъчния мехур

Други болести на жлъчните пътища

Не включва: изброените състояния, включващи:
- жлъчния мехур (K81—K82)
- дуктус цистикус (K81—K82)

постхолецистектомичен синдром (K91.5)

K83.0 Холангит

Холангит:
- БДУ
- асцендентен
- първичен
- рецидивиращ
- склерозиращ

- вторичен
- стенозиращ
- гноен

Не включва: холангитен абсцес на черния дроб (K75.0)
холангит с холедохолитиаза (K80.3—K80.4)
хроничен негноен деструктивен холангит (K74.3)

K83.1 Запушване на дуктус холедохус

Оклузия
Стеноза
Стриктура
} на дуктус холедохус без камъни

Не включва: с холелитиаза (K80.—)

K83.3 Фистула на дуктус холедохус

Холедоходуоденална фистула

K83.5 Жлъчна киста

K83.8 Други уточнени болести на жлъчните пътища

Сраствания
Атрофия
Хипертрофия
Язва
} на жлъчните пътища

K85 Остър панкреатит

Абсцес на задстомашната жлеза
Некроза на задстомашната жлеза:
- остра
- инфекциозна

Панкреатит:
- БДУ
- остър (рецидивиращ)
- хеморагичен
- подостър
- гноен

Други болести на задстомашната жлеза

Не включва: кистофиброза на задстомашната жлеза (E84.—)
тумор от островните клетки на задстомашната жлеза (D13.7)
панкреатична стеаторея (K90.3)

K86.1 Други хронични панкреатити

Хроничен панкреатит:
- БДУ
- инфекциозен
- рекурентен
- рецидивиращ

K86.2 Киста на задстомашната жлеза

K86.3 Псевдокиста на задстомашната жлеза

K86.8 Други уточнени болести на задстомашната жлеза

Атрофия
Камъни
Цироза
Фиброза
} на задстомашната жлеза

На задстомашната жлеза:
- некроза:
  - БДУ
  - асептична
  - мастна

Нарушена резорбция в червата

Не включва: дължаща се на хирургична намеса върху стомашночревния тракт (K91.2)

K90.3 Панкреатична стеаторея

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, некласифицирани другаде

Не включва: гастройеюнална язва (K28.—)
радиационен:
- колит (K52.0)
- гастроентерит (K52.0)
- проктит (K62.7)

K91.2 Нарушение на резорбцията след хирургична намеса, некласифицирано другаде
Синдром на сляпата бримка след хирургична намеса
Не включва: нарушение на резорбцията:
- остеомалация при възрастни (M83.2)
- остеопороза след хирургични намеси (M81.3)

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58909-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Включва: предварителен общ план
Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])

58915-00 Контрастно изследване на тънки черва
Серийно изследване на тънки черва
Включва: предварителен общ план
Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975])

58921-00 Друга контрастна клизма
Включва: изследване с въздушен контраст
предварителен общ план

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове
Включва: дуплекс ултразвук на:
• аорта
• илиачни съдове
• вена кава инферио
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем

90913-02 Магнитно резонансна томография – холангиография

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент

91920-03 Изследване за албумин в урината
Микроалбуминурия – по преценка на лекуващия лекар

91920-05 Изследване за уробилиноген в урината

91920-06 Изследване на pH на урина

91920-07 Изследване за кетотела в урината

91920-08 Изследване на захар в уринна проба

91920-10 Изследване на относително тегло на урина – по преценка на лекуващия лекар

91920-17 Изследване за нитрити в урината – по преценка на лекуващия лекар

Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания

Не включва: гастроинтестинални необразни нуклеарни медицински процедури (12506-00, 12509-00) [1863])

11800-00 Тест за моторика на хранопровод
Манометричен мотилитетен тест на хранопровод

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ] – по преценка на лекуващия лекар
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар
91910-08 Изследване на време на кървене – по преценка на лекуващия лекар
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

Морфологични изследвания

91938-00 Цитологично изследване на асцитна течност

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Други лабораторни изследвания

91939-14 изследване на фекална еластаза и калпротектин

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху корем, перитонеум или оментум

30406-00 Абдоминална парацентеза

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва

Включва: двойно-балонна ентероскопия

31462-00 Поставяне на йеюностомна тръба за хранене

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители
• Dextran
• Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване:

Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02; 96199-00 и 96199-09 или 9620009/96197-09, се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

При лица до 18 годишна възраст клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три диагностични процедури и две терапевтични процедури, от които едната задължително е 96199-09 или 96200-09 или 96197-09. Процедура 11700-00 се извършва по преценка.

Основна процедура 92191-00 и 92191-00 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При заболявания на жлъчния мехур КП се отчита с четири диагностични процедури с кодове, посочени в блок 1932, с изключение на тези по преценка; с кодове, посочени в блок 1923 и блок 1924, с изключение на тези по преценка; 11700-00 – по преценка на лекуващия лекар и една процедура от образна диагностика, като ендоскопска процедура не е необходима.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Детска хирургия“, от обхвата на медицинска специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Образна диагностика", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по педиатрия или
Клиника/отделение по детска хирургия
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия (Ендоскопска апаратура з и долна ендоскопия – за лица под 18 години)
5. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология
Структура за образна диагностика

б) Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години и изисквания за допълнителна квалификация:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;

или лекари със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар-със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ или един специалист по конвенционална ехография и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Лечебно заведение, изпълнител на тази клинична пътека, задължително сключва договор за изпълнение и на АПр № 34.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ Диагностика и лечение при:

- болни със спешни състояния, с изразени отклонения в жизненоважни функции и системи или отклонения в биохимичните показатели, изискващи спешни реанимационни мероприятия;
- болни с изразен анемичен синдром, доказан лабораторно; болков или друг синдром, жълтеница с предполагаем произход от заболяване на ХБС, панкреаса, перитонеума;
- заболявания на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса в детската възраст.

Диагностика и диференциална диагноза на онкологично заболяване на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса при клинични, рентгенологични, лабораторни и други данни.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с:

- комплекс от клинични симптоми и лабораторно или инструментално установени отклонения с предполагаем произход от хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума без данни за бърза прогресия - за диагностично уточняване и лечение в болнични условия; след приключване на лечебно-диагностичния процес в специализираната извънболнична медицинска помощ;
- болни с известно заболяване на хепатобилиарната система, панкреаса и перитонеума, провеждащи амбулаторно лечение без добър терапевтичен ефект.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 24 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се

извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. Контролни клиниколабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията. Контролно образно изследване при дехоспитализация – по преценка.

ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1. Клинико – лабораторни изследвания (според съответните заболявания и показания), съобразени с посочените в блок Основни процедури:
   - хематологични показатели (хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки);
   - клинично-химични показатели – общ белтък, албумин, кръвна захар, креатинин, урея, амилаза, липаза,билирубин – общ и директен, сер. желязо, ЖСК, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, Na, K, Cl, Ca, P, липиди, по показания - КГА, С-реактивен протеин, туморни маркери (алфа-ФП, СЕА, СА 19-9, СА-72-4 и др.), други;
   - хемостаза – фибриноген, протромбиново време (индекс, INR), при показания - АПТТ (пТПВ/ККВ), други;
   - пълно изследване на урина.
2. Кръвна група – по показания.
3. Рентгенография на бял дроб и сърце – по показания.
4. Ехография на коремни органи, ретроперитонеум и малък таз.
5. Други изобразителни изследвания - при показания:
   - КТ и/или МРТ - на корем;
   - обзорна или контрастна рентгенография на ГИТ.
6. Стандартно ендоскопско изследване на горния ГИТ и областта на papilla Vateri или място на инфилтрация, с или без ендоскопска биопсия, четкова или друга цитология - при показания.
6. Стандартна парацентеза с биохимично и цитологично изследване на пунктат – диагностична или терапевтична - при показания.
8. Допълнителни изследвания - при показания:
   - микробиологични и паразитологични изследвания (биологични материали), имунологични и други изследвания.

При диагностициране на рак на ХБС, панкреаса и перитонеум е задължително извършването на предоперативно определяне на стадия на разпространение на тумора, включващо следните изследвания:

При показания:

- ехография/КТ на малък таз; иригография или долна ендоскопия; КТ на бял дроб и медиастинум, главен мозък, кости, малък таз; очни дъна; сцинтиграфия на кости; консултация с друг специалист.

Решение за по-нататъшното поведение при диагностициран рак се взема съвместно от гастроентеролог, хирург, патолог, химио- и лъчетерапевт, а при показания и друг специалист (онкологичен комитет). Ако болният подлежи на оперативно лечение, лъче- и/или химиотерапия, се изследват и съответните туморни маркери.

Медикаментозното лечение включва:

- корекция на отклонения в жизненоважни функции, анемия, коагулационни нарушения, хипоалбуминемия, придружаващи заболявания и други по индикации;
- лечение на основното заболяване и неговите усложнения - хепатопротектори, кортикостероиди, антибиотици, протеазни инхибитори, Н2-блокери, ИПП, холеретици, УДХК, кръвоспиращи, сомастостатин и аналози, заместителна терапия с ензимни препарати, спазмолитици, обезболяващи, наркотични и ненаркотични средства и други при показания;
- сондово/ентерално/парентерално хранене;
- други терапевтични процедури – промивка през сонда или перкутанна ендоскопска гастро-ентеростома.

Терапевтична парацентеза – при показания.

При индикации, неповлияване или възникнали усложнения се обсъжда **оперативно лечение.**

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след извършване на комплекс от лабораторни и инструментални изследвания съответни за заболяването.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза, според алгоритъма;
- добро клинично състояние на пациента:
- стабилизиране и корекция на отклоненията на жизнени параметри и данните от лабораторния анализ, спрямо стойностите при хоспитализацията;
- контролно образно изследване при констатирани патологични промени при първото изследване, които е възможно да бъдат повлияни от проведеното лечение;
- за възпалителни заболявания на жлъчния мехур - позитивна ехографска находка или позитивна находка от друго образно изследване.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, жълтеница и др. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури (“малки операции” без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган с или без използването на контрастно вещество, включително вкарано във вена;

- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата;вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- рентгенова снимка на жлъчните и панкреасните канали с оцветяване с контрастно вещество (въведено през отвора на дванадесетопръстника, където се излива жлъчката и панкреасния секрет) чрез ендоскоп – наречена ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография (ЕРХП);
- оглед на коремната кухина чрез тръба, наречена лапароскоп;
- вземане на малко парче от черния дроб за изследване под микроскоп чрез специална игла въведена през кожата;
- вземане на секрет или група клетки от определено място на черния дроб, задстомашната жлеза или другаде с много тънка специална игла под ехографски контрол;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул.

В някои случаи лечението се извършва под ехографски контрол:

- дрениране на течни, некротични или инфектирани колекции с игла;
- разрушаване на тумор чрез игла вкарана през кожата и подаване на импулси от специални апарати или чрез вкарване на алкохол, или други лечебни вещества.

В други случаи лечението се извършва по ендоскопски път по време на ЕРХП – разрязване на гладкия мускул на отвора на дванадесетопръстника, където се изливат жлъчката и панкреасният секрет (сфинктеротомия), изваждане на камъни от жлъчните или панкреасни канали (ендоскопска екстракция) със/без предварителното им раздробяване с кошничка, подобно на лешник от лешникотрошачка (механична литотрипсия); разширяване на стеснени участъци с балони (балонна дилатация) и поставяне на протези (ендоскопско протезиране) или дрениране на жлъчка/панкреасен сок чрез поставяне на тънки пластмасови тръбички в жлъчните или панкреасните канали през носа (назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж); спиране на кървене (ендоскопска хемостаза).

При някои кисти на задстомашната жлеза в близост до стената на стомаха се извършва дрениране чрез игла през ендоскопа или специално поставена тръбичка (протеза).

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашия ОПЛ или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 75.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАНИ ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ (ЦИРОЗА) ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

I81 Тромбоза на порталната вена

Портална (венозна) обструкция

Не включва: флебит на порталната вена (K75.1)

Емболия и тромбоза на други вени

Не включва: венозна емболия и тромбоза:
- мозъчна (I63.6, I67.6)
- коронарна (I21—I25)
- интракраниална и интраспинална, септична или БДУ (G08)
- интракраниална, непиогенна (I67.6)
- интраспинална, непиогенна (G95.1)
- долни крайници (I80.—)
- мезентериална (K55.0)
- портална (I81)
- белодробна (I26.—)
- усложняваща:
  - аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
  - бременност, раждане и послеродов период (O22.—, O87.—)

I82.0 Синдром на Budd-Chiari

Алкохолна болест на черния дроб

K70.3 Алкохолна цироза на черния дроб

K70.4 Алкохолна чернодробна недостатъчност

Токсично увреждане на черния дроб

Включва: лекарствена:
- идиосинкратична (непредсказуема) болест на черния дроб
- токсична (предсказуема) болест на черния дроб

При необходимост от идентифициране на токсичния агент се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
синдром на Budd-Chiari (I82.0)

K71.7 Токсично увреждане на черния дроб с фиброза и цироза на черния дроб

Чернодробна недостатъчност, некласифицирана другаде

Включва: чернодробна:
- кома БДУ
- енцефалопатия БДУ

хепатит:
- остър
- фулминантен
- злокачествен

} НКД, с чернодробна недостатъчност

некроза на черния дроб (клетъчна) с чернодробна недостатъчност
жълта чернодробна атрофия или дистрофия

Не включва: алкохолна чернодробна недостатъчност (K70.4)

чернодробна недостатъчност, усложняваща:

- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
- бременност, раждане и последродов период (O26.6)

жълтеница на плода и новороденото (P55—P59)
вирусен хепатит (B15—B19)
с токсично чернодробно увреждане (K71.1)

K72.0 Остра или подостра чернодробна недостатъчност
K72.1 Хронична чернодробна недостатъчност

Фиброза и цироза на черния дроб

Не включва: алкохолна фиброза на черния дроб (K70.2)
кардиачна склероза на черния дроб (K76.1)
цироза (на черния дроб):
- алкохолна (K70.3)
- вродена (P78.8)

с токсично увреждане на черния дроб (K71.7)

K74.3 Първична билиарна цироза
Хроничен негноен деструктивен холангит
K74.4 Вторична билиарна цироза
K74.5 Билиарна цироза, неуточнена
K74.6 Друга и неуточнена цироза на черния дроб
Цироза (на черния дроб):
- БДУ
- криптогенна
- макронодуларна
- микронодуларна
- смесен тип
- портална
- постнекротична

K75.1 Флебит на вена порте
Пилефлебит
Не включва: пилефлебитен чернодробен абсцес (K75.0)

Други болести на черния дроб

Не включва: алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
амилоидна дегенерация на черния дроб (E85.—)
кистозна болест на черния дроб (вродена) (Q44.6)
тромбоза на чернодробната вена (I82.0)
хепатомегалия БДУ (R16.0)
тромбоза на вена порте (I81)
токсично увреждане на черния дроб (K71.—)

K76.6 Портална хипертония
K76.7 Хепаторенален синдром
Не включва: съпровождащ раждане (O90.4)

Z94.4 Наличие на трансплантиран черен дроб

R18 Асцит
Този код се отчита само като втори код и придружава кода на основната диагноза

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Езофагоскопия

30473-03 Езофагоскопия
Гъвкава езофагоскопия

Не включва: такава с:
- биопсия (30473-04 [861])
- изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD]

30473-02 Панендоскопия през изкуствена стома
Гастроскопия през изкуствена стома
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома
Не включва: дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891])
ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }

Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

Фиброоптична колоноскопия

Колоноскопия през артифициална стома

32090-00 Фиброоптична колоноскопия до цекума

Дълга колоноскопия

Включва: оглед на илеума

Не включва: такава с:
- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

32084-00 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика

Гъвкава сигмоидоскопия

Къса колоноскопия

Не включва: тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911])
такава с:
- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху корем, перитонеум или оментум

30406-00 Абдоминална парацентеза

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58909-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум

Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум

Включва: предварителен общ план

Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58921-00 Друга контрастна клизма

Включва: изследване с въздушен контраст
предварителен общ план

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и
  - мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
    - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук

Ултразвук, съвместно с ендоскопия

30669-00 Еластография

	Ултразвук на корем или таз
55036-00	Ултразвук на корем *Не включва*: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
	Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове
	Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ *Не включва*: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])
55276-00	Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени *Не включва*: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55278-00	Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове *Включва*: дуплекс ултразвук на: • аорта • илиачни съдове • вена кава инферио *Не включва*: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945]
	Магнитно резонансен образ
90901-05	Магнитно резонансна томография на корем
90913-02	Магнитно резонансна томография – холангиография

1932 Изследвания на урината

91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия – по преценка на лекуващия лекар
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на pH на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина– по преценка на лекуващия лекар
91920-17	Изследване за нитрити в урината– по преценка на лекуващия лекар

	Друга електрокардиография [ЕКГ]
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Хематологични изследвания

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол-по преценка на лекуващия лекар
91904-00	Изследване на Лактатдехидрогеназа (LDH) -по преценка на лекуващия лекар
	Морфологични изследвания
91930-07	Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас
91938-00	Цитологично изследване на асцитна течност
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

	Други инцизионни процедури на вени
13757-00	Терапевтична венесекция
	Прилагане на кръв и кръвни продукти
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:

Четири основни диагностични процедури:

- Първата 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;
- Втората включва задължително извършване на целия комплекс от медикодиагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“ с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;
- Третата - 11700-00 - ЕКГ;
- Четвъртата включва задължително извършване на целия комплекс от медикодиагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“ като 91910-20 и 91904-00 не са задължителни и една терапевтична процедура.

- Процедура 91938-00 се извършва задължително като пета процедура при коремна пункция 30406-00 при наличие на асцит.

1. Терапевтичните процедури: 96197-02, 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09 се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

2. Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока (91910-20 и 91904-00 не са задължителни) и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока, с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастронтерология".Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика
5. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия (Ендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия – за лица под 18 години)
6. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория- на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Консумативи за екстракорпорална депурация	НЗОК не заплаща посоченото изделие

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и лечение (независимо от срока на предходното лечение) при пациенти със:

- остро настъпила чернодробна недостатъчност;
- изразена чернодробна/портална енцефалопатия/кома;
- клинико-лабораторни и обективни данни за прогресивна жълтеница;
- всички пациенти с оточно-асцитен синдром (аназарка) или съмнение за рефрактерен асцит, хепаторенален синдром или спонтанен бактериален перитонит - рязко намаляване или спиране на диурезата при болен с асцит;
- олигурия/анурия;
- чернодробно заболяване/цироза с нестабилна хемодинамика, електролитни нарушения, дехидратация, фебрилитет;
- чернодробно заболяване/цироза с бързо настъпили коагулационни нарушения;
- бързо нарастване на серумните аминотрансферази (2 пъти увеличение над референтната граница);
- необходимост от спешни реанимационни мероприятия, корекция на метаболитни и водно-електролитни нарушения, жизненоважни функции, тежък анемичен синдром.

Диагностика и лечение при пациенти със:

- чернодробна цироза и жълтеница или друго нарушение в чернодробните функции, с документирано нарастване на серумните аминотрансферази; цироза клас B и C по Child класификацията;
- всички пациенти с първа поява на асцит;
- чернодробна цироза и асцит, при които не се постига компенсация от проведена амбулаторна терапия, труден за лечение асцит - нарастване на теглото, коремната обиколка и/или дихателния дискомфорт;
- чернодробна цироза и съмнение или белези за чернодробна/портална енцефалопатия;
- новооткрита декомпенсация на чернодробната цироза;
- цироза с усложнения;
- цироза с първичен рак на черния дроб, при който основното лечение е това на чернодробната цироза;
- клинични и лабораторни данни и/или промени в черния дроб при изобразителните изследвания, съмнителни за хронично чернодробно заболяване;
- чернодробно заболяване и жълтеница, нарастване на серумните аминотрансферази или други нарушения в чернодробните функции;
- чернодробно заболяване, при което не се постига задоволителен терапевтичен ефект при амбулаторно проведена терапия;

- декомпенсирана чернодробна цироза включва цироза клас B и C по Child-Pugh класификацията и усложнената цироза - цироза с изразена жълтеница, асцит, енцефалопатия, кръвоизлив от варици на хранопровода, хепаторенален синдром (понастоящем или в миналото).

Класификация на пациентите с чернодробна цироза по Child-Pugh се прилага задължително при определяне на степен на тежест на състоянието към момента на хоспитализация, която се отчита, съгласно „Част III. Данни, попълвани при постъпване на пациент в лечебното заведение Блок "Постъпил в лечебното заведение"" от Направление Бл.МЗ-НЗОК №7.

Степен А, степен В и степен С от класификация на пациентите с чернодробна цироза по Child-Pugh, отговарят съответно на II, III и IV степен на тежест на състоянието при пациенти над 3 години от Направление Бл.МЗ-НЗОК №7.

Класификация на пациентите с чернодробна цироза по Child-Pugh

Child-Pugh класификация	A	B	C
Билирубин mmol/l (mg/dl)	Под 34 (2.0)	35-51 (2.0-3.0)	Над 51(3,0)
Албумин g/l (g/dl)	Над 35(3,5)	35-28(3,5-2,8)	Под 28(2,8)
Протромбинов индекс или Протромбиново време или INR	Над 70% от 1 –4 sec под 1.6	70-40% 4-6 sec 1.6 – 2.0	Под 40 % над 6 sec над 2.0
Асцит	Липсва	Лесно се контролира	Трудно се поддава на контрол
Енцефалопатия	Липсва	дискретна	Изразена
Брой точки	**1**	**2**	**3**

Клас А – общ сбор – 5-6 точки;
Клас В – общ сбор – 7-9 точки;
Клас С – общ сбор – 10-15 точки

Модифициран скор на Child-Pugh за холестатични чернодробни болести (ПБЦ)

Child-Pugh класификация	A	B	C
Билирубин mmol/l	17-67	68-169	Над 170
Албумин g/l	Над 35	35-28	Под 28
Протромбинов индекс %	Над 70%	70-40 %	Под 40 %
Асцит	Липсва	Лесно се контролира	Трудно се поддава на контрол
Енцефалопатия	Липсва	дискретна	Изразена
Брой точки	**1**	**2**	**3**

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. При необходимост от провеждане на КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

Диагнозата е комплексна и включва:

Анамнеза и физикално изследване.

Лабораторни изследвания, съобразени с посочените в блок Основни процедури:

- хематологични показатели - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки;
- биохимични изследвания – АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, общ белтък, албумин, общ и директен билирубин; кръвна захар, креатинин, урея, електролити (K, Na, Cl), газов анализ – при показания и други, например протеинограма, имуноглобулини, автоантитела, Ca, P, АКР, α-фетопротеин, ЛДХ, амилаза, липиди;
- хемостаза (фибриноген, протромбиново време/индекс/INR, АПТТ/ пТПВ/ККВ), фибриноген, други – по индикации;
- урина – общо изследване; при показания - определяне на натриурезата или белтък в 24-часова урина.

Изследване на асцитна течност:

- биохимично – общ белтък, албумин, захар, ЛДХ, холестерол, амилаза;
- брой левкоцити/общ брой клетки, брой сегментоядрени левкоцити (PMN), еритроцити;
- цитологично изследване;
- при показания - оцветяване по Gram или Zeel-Nielsen, микробиологично – аеробна и/или анаеробна култура, гъби.

Урокултура, хемокултура и други микробиологични и паразитологични изследвания- при клинични данни за инфекция.

Креатининов клирънс, осмоларитет на урината или плазмата.

Инструментални изследвания:

- ехография на коремни органи, по възможност и показания - с доплерово изследване;
- езофагогастроскопия или контрастна рентгенография на хранопровода и стомаха (алтернативен метод) или други отдели на ГИТ.

Други инструментални изследвания:

- КТ на коремни органи, мозък, ЕЕГ, МРТ – при индикации.

Други допълнителни инструментални и функционални изследвания - при показания.

Етиологична диагноза – Hbs Ag, Anti HCV, anti HDV и други вирусни маркери, автоантитела, серумно желязо, ЖСК, феритин, церулоплазмин, куприурия, алфа1глобулин, порфирини и други.

Консултации – при индикации.

Провеждане на етиологично и базисно лечение на хроничното чернодробно заболяване (по индикации) – противовирусни средства, кортикостероиди, имуносупресори, D-penicillamin, UDCA, хепатопротектори, витамини, глюкозни разтвори, кръвопускане и други.

Провеждане на лечение на усложненията на чернодробната цироза, ентерално хранене, корекция на клинични и биохимични отклинения, общи реанимационни мероприятия (според консенсусните решения на БНДГЕ).

Портална хипертония - варици на хранопровода, варици на стомаха и хипертензивна гастропатия.

1. При индикации - **първична профилактика** на кръвоизлива от варици на хранопровода – с цел да се предпази или отложи първият епизод на кървене.

Терапия с неселективен бета-блокер до постигане на β-блокада.

2. В случаи на контраиндикация или непонасяне на неселективен бета-блокер, ендоскопското връзково лигиране на вариците на хранопровода е метод на избор.

Вторичната профилактика цели да предотврати повторното кървене от варици на хранопровода.

Тя включва:

1. Първи избор е ендоскопско връзково лигиране на вариците на храноровода. За постигане на успешно унищожаване на вариците болните трябва да бъдат ендоскопирани на всеки 3 месеца в началото и на 6 месечни интервали в последствие.

В случай на рецидив трябва да се лекуват до пълното им изчезване.

2. Ендоскопско склерозиране на вариците.

- до ендоскопско склерозиране на вариците на хранопровода се прибягва когато ЕВЛ не може да се осъществи;
- видът на склерозиращото вещество може да се различава в различните центрове;
- интервалите за лечение не се различават от тези при лигирането на вариците.

3. Неселективен β-блокер с или без ендоскопско лечение на вариците на хранопровода.

- прилага се както комбинация от неселективен β-блокер и ендоскопско лечение на вариците, така и само β – блокер;

- когато се прилага само неселективен β – блокер се препоръчва контрол на HVPG (чернодробен градиент на венозно налагане) с поддържане на неговото ниво под 12 мм Hg.

Лечение на неусложнен асцит - асцит без белези за инфекция на асцитната течност или наличие на хепаторенален синдром.

Включва:

I. Базисна терапия.

Постелен режим – най-добър ефект при болни с нарушена бъбречна функция или лош отговор на диуретичното лечение. Намаление на приема на готварска сол – 3 г/дневно. Намаление на приема на течности – 500 - 1000 мл/дневно. Подобряване на чернодробните функции.

II. Диуретична терапия - стъпаловидно – започва се с ниска доза, която при липса на ефект се повишава през няколко дни, а при необходимост се включва и втори диуретик.

Цел: намаление на телесното тегло с 1000 г дневно, при наличие на периферни отоци – до 2000 дневно.

- калий-съхраняващ диуретик – средство на първи избор; - бримков диуретик. Задължителен контрол на натрий и калий!

Поведение при липса на отговор на терапията:

- търсене на фактори, намаляващи действието на диуретиците;
- терапевтична парацентеза с вливане на 20% Human albumin;
- корекция на електролитен дисбаланс – хипокалиемия, хиперкалиемия, хипонатриемия.

Рефрактерен асцит (асцитът, който не се повлиява или не може да бъде ефективно контролиран, или рецидивира скоро или често след интензивна лекарствена терапия).

Стандартна терапия – парацентеза по показания с едновременно приложение на интравенозен 20% Human albumin в доза 1-2 г/кг тегло.

Спонтанен бактериален перитонит (СБП) е инфекция на перитонеалната кухина (на асцита) при болни с цироза и асцит при липса на явен източник на инфекция, като абдоминален абсцес или чревна перфорация. Диагностични критерии:

- левкоцити > 500/ml асцитна течност, PMN > 250/ ml асцитна течност или 250/mm3; положителен резултат при оцветяване по Грам или положителна култура от асцитна течност;
- симптоми, съмнителни за СБП и ниско количество белтък в асцитната течност (<10g/l);

Лечение:

Незабавно се започва емпирична парентерална антибиотична терапия.

При пациенти с т. нар. некомплициран СБП/нормален серумен креатинин и липса на всеки от следните критерии: 1. стомашно-чревен кръвоизлив; 2. енцефалопатия –II- IV стадий; 3. илеус; 4. септичен шок (може да се започне директно перорална терапия).

Хепаторенален синдром (ХРС) - бързо прогресираща функционална бъбречна недостатъчност или по-продължително влошаване на бъбречната функция.

Поведение при болни с ХРС: проследяват се кръвно налягане и пулс с монитор; сол под 4.0; приема на течности до 1 литър за 24 часа. Корекция на калиемия, АКР.

Спират се нефротоксични медикаменти, вкл. Gentamicini sulfas и НСПВС; при хиперкалиемия - калий-съхраняващи диуретици. Спират се бримковите диуретици при липса на ефект от максимална дозировка.

Хемодиализа се прилага само при болни с уремия или при заплашващи живота критични състояния, като остър белодробен оток.

Медикаментозна терапия

- вазоконстрикторни медикаменти + Human albumin в доза 1 грам/ кг през I-ия ден, след което по 20 - 40 грама дневно;
- инфузията с хуман - албумин се прекратява при нарастване на централното венозно налягане над 18 cm H_2O. Вазоконстрикторният медикамент и хуман - албуминът се прилагат до излизане от ХРС - спадането на серумния креатинин под 133 микромола на литър или максимум за 15 дни;
- при болни с I-ви тип ХРС може да се опита комбинирано приложение на соматостатин и аналози. Тази терапия може да се комбинира с прилагане на 20- 40 грама Хуман - албумин дневно.

Чернодробната енцефалопатия е нарушение във функцията на централната нервна система в резултат от остра или хронична чернодробна недостатъчност. Характеризира се с широк спектър от нервно-психични прояви – от леки промени в съзнанието до дълбока кома, които са потенциално обратими.

Поведение при пациенти с клинично изявена чернодробна цироза (стадий 1 до 4). Активното търсене и лечение на всички преципитиращи фактори, които могат да доведат до развитието на чернодробна енцефалопатия – азотемия, седатива, транквилизатори, аналгетици; гастроинтестинален

кръвоизлив, повишен внос на белтъци, метаболитна алкалоза, инфекция, констипация, тромбоза на порталната вена, оперативни интервенции при циротици, шънтове - спонтанни и оперативни.

Лечение на чернодробната енцефалопатия

Остра енцефалопатия

Диета - ограничение на приема на белтък - 0,5г/кг/ден; пълно изключване на белтъчния внос за 1-3 дни при стомашно-чревен кръвоизлив. Калориен внос – чрез глюкозни вливания постепенно покачване на белтъчния внос, за да се определи поносимостта - цел: 1-1,5 г/кг/дневно. Използват се растителни и млечни белтъци. Храненето се извършва перорално, при невъзможност през назогастрална сонда.

Намаляване на продукцията на амоняк от червата - високи почистващи клизми; лаксативи (перорално или чрез сонда – MgSO4), иригация с течности перорално; намаляване на NH3-продуциращата чревна флора - лактулоза (средство на първи избор) - пер ос или през сонда 100 мл, след което 3х10 - 50 мл или – първа доза 45 мл, след което същата доза на час до поява на изхождане, след това 3х10-50мл; клизма (при кома) - 300 мл в 1 л вода и задържане на разтвора поне 1 час; цел: 2 - 3 кашави изхождания дневно.

Нерезорбируеми антибиотици.

Други терапевтични възможности – бензодиазепинов антагонист (при пациенти с ЧЕ, причинена от бензодиазепини); разклонени аминокиселини (доза до 40 g/d) – при липса на ефект от горните мероприятия и при лоша поносимост към алиментарен внос на белтък; L- Ornithine-L-Aspartate (доза 20 – 40g/d i.v.) – при пациенти без бъбречна недостатъчност и липса на ефект от горните мерки в III-IV стадий ЧЕ.

Рекурентна и хронична чернодробна енцефалопатия

Избягване и превенция на преципитиращите фактори. Хранене – белтъчен внос до1 - 1,5 г/кг/дневно за сметка на растителни и млечни белтъци. Лактулоза – цел 2-3 кашави изхождания дневно.

Антибиотици – само при болни, при които липсва ефект от лактулозата. Необходимо е строго бъбречно, неврологично и отологично мониториране.

L -Ornithine-L-Aspartate (18g/дн р.о) – при липса на ефект от горните мерки, трябва да се следи бъбречната функция.

При всички болни с чернодробна цироза, без данни за явна енцефалопатия, е необходимо извършването на стандартните психометрични тестове. Изследването трябва да се повтаря на всеки 6 месеца.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След лабораторни, ехографски и/или други образни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение,
- документирано подобряване на променените параметри и усложнения при хронично чернодробно заболяване, които е възможно да бъдат повлияни до края на болничния престой;
- благоприятно развитие на клиничната симптоматика: портална хипертония; асцит; енцефалопатия; хепаторенален синдром; иктер.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”.*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, жълтеница и др. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури (“малки операции” без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган с или без използването на контрастно вещество, включително вкарано във вена;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата;вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- рентгенова снимка на жлъчните и панкреасните канали с оцветяване с контрастно вещество (въведено през отвора но дванадесетопръстника, където се излива жлъчката и панкреасния секрет) чрез ендоскоп – наречена ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография (ЕРХП);
- оглед на коремната кухина чрез тръба, наречена лапароскоп;
- вземане на малко парче от черния дроб за изследване под микроскоп чрез специална игла въведена през кожата;
- вземане на секрет или група клетки от определено място на черния дроб, задстомашната жлеза или другаде с много тънка специална игла под ехографски контрол;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул

В някои случаи лечението се извършва под ехографски контрол,

- дрениране на течни, некротични или инфектирани колекции с игла;
- разрушаване на тумор чрез игла вкарана през кожата и подаване на импулси от специални апарати или чрез вкарване на алкохол, или други лечебни вещества.

В други случаи лечението се извършва по ендоскопски път по време на ЕРХП – разрязване на гладкия мускул на отвора на дванадесетопръстника, където се изливат жлъчката и панкреасният секрет (сфинктеротомия), изваждане на камъни от жлъчните или панкреасни канали (ендоскопска екстракция) със/без предварителното им раздробяване с кошничка, подобно на лешник от лешникотрошачка (механична литотрипсия); разширяване на стеснени участъци с балони (балонна дилатация) и поставяне на протези (ендоскопско протезиране) или дрениране на жлъчка/панкреасен сок чрез поставяне на тънки пластмасови тръбички в жлъчните или панкреасните канали през носа (назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж); спиране на кървене (ендоскопска хемостаза).

При някои кисти на задстомашната жлеза в близост до стената на стомаха се извършва дрениране чрез игла през ендоскопа или специално поставена тръбичка (протеза).

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашия общопрактикуващ лекар или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 75.2
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАНИ ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ (ЦИРОЗА) ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ
1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

I81 Тромбоза на порталната вена

Портална (венозна) обструкция

Не включва: флебит на порталната вена (K75.1)

Емболия и тромбоза на други вени

Не включва: венозна емболия и тромбоза:
- мозъчна (I63.6, I67.6)
- коронарна (I21—I25)
- интракраниална и интраспинална, септична или БДУ (G08)
- интракраниална, непиогенна (I67.6)
- интраспинална, непиогенна (G95.1)
- долни крайници (I80.—)
- мезентериална (K55.0)
- портална (I81)
- белодробна (I26.—)
- усложняваща:
  - аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
  - бременност, раждане и послеродов период (O22.—, O87.—)

I82.0 Синдром на Budd-Chiari

Алкохолна болест на черния дроб

K70.3 Алкохолна цироза на черния дроб

K70.4 Алкохолна чернодробна недостатъчност

Токсично увреждане на черния дроб

Включва: лекарствена:
- идиосинкратична (непредсказуема) болест на черния дроб
- токсична (предсказуема) болест на черния дроб

При необходимост от идентифициране на токсичния агент се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
синдром на Budd-Chiari (I82.0)

K71.7 Токсично увреждане на черния дроб с фиброза и цироза на черния дроб

Чернодробна недостатъчност, некласифицирана другаде

Включва: чернодробна:
- кома БДУ
- енцефалопатия БДУ

хепатит:
- остър
- фулминантен
- злокачествен

} НКД, с чернодробна недостатъчност

некроза на черния дроб (клетъчна) с чернодробна недостатъчност
жълта чернодробна атрофия или дистрофия

Не включва: алкохолна чернодробна недостатъчност (K70.4)

чернодробна недостатъчност, усложняваща:

- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
- бременност, раждане и последродов период (O26.6)

жълтеница на плода и новороденото (P55—P59)
вирусен хепатит (B15—B19)
с токсично чернодробно увреждане (K71.1)

K72.0 Остра или подостра чернодробна недостатъчност
K72.1 Хронична чернодробна недостатъчност

Фиброза и цироза на черния дроб

Не включва: алкохолна фиброза на черния дроб (K70.2)
кардиачна склероза на черния дроб (K76.1)
цироза (на черния дроб):
- алкохолна (K70.3)
- вродена (P78.8)

с токсично увреждане на черния дроб (K71.7)

K74.3 Първична билиарна цироза
Хроничен негноен деструктивен холангит
K74.4 Вторична билиарна цироза
K74.5 Билиарна цироза, неуточнена
K74.6 Друга и неуточнена цироза на черния дроб
Цироза (на черния дроб):
- БДУ
- криптогенна
- макронодуларна
- микронодуларна
- смесен тип
- портална
- постнекротична

K75.1 Флебит на вена порте
Пилефлебит
Не включва: пилефлебитен чернодробен абсцес (K75.0)

Други болести на черния дроб

Не включва: алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
амилоидна дегенерация на черния дроб (E85.—)
кистозна болест на черния дроб (вродена) (Q44.6)
тромбоза на чернодробната вена (I82.0)
хепатомегалия БДУ (R16.0)
тромбоза на вена порте (I81)
токсично увреждане на черния дроб (K71.—)

K76.6 Портална хипертония
K76.7 Хепаторенален синдром
Не включва: съпровождащ раждане (O90.4)

Z94.4 Наличие на трансплантиран черен дроб

R18 Асцит
Този код се отчита само като втори код и придружава кода на основната диагноза

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Езофагоскопия

30473-03 Езофагоскопия
Гъвкава езофагоскопия
Не включва: такава с:
• биопсия (30473-04 [861])
• изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD]

30473-02 Панендоскопия през изкуствена стома
Гастроскопия през изкуствена стома
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома
Не включва: дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891])
ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

Фиброоптична колоноскопия

Колоноскопия през артифициална стома

32090-00 Фиброоптична колоноскопия до цекума

Дълга колоноскопия

Включва: оглед на илеума

Не включва: такава с:
- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

32084-00 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика

Гъвкава сигмоидоскопия

Къса колоноскопия

Не включва: тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911])
такава с:
- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху корем, перитонеум или оментум

30406-00 Абдоминална парацентеза

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58909-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум

Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум

Включва: предварителен общ план

Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58921-00 Друга контрастна клизма

Включва: изследване с въздушен контраст
предварителен общ план

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и
  - мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
    - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук

Ултразвук, съвместно с ендоскопия

30669-00 Еластография

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове

Включва: дуплекс ултразвук на:
- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инферио

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945]

Магнитно резонансен образ

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем

90913-02 Магнитно резонансна томография – холангиография

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент

91920-03 Изследване за албумин в урината
Микроалбуминурия – по преценка на лекуващия лекар

91920-05 Изследване за уробилиноген в урината

91920-06 Изследване на pH на урина

91920-07 Изследване за кетотела в урината

91920-08 Изследване на захар в уринна проба

91920-10 Изследване на относително тегло на урина – по преценка на лекуващия лекар

91920-17 Изследване за нитрити в урината – по преценка на лекуващия лекар

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ] – по преценка на лекуващия лекар

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT) 91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-15 Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16 Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин
91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол– по преценка на лекуващия лекар
91904-00 Изследване на Лактатдехидрогеназа (LDH) – по преценка на лекуващия лекар

Морфологични изследвания

91930-07 Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас

91938-00 Цитологично изследване на асцитна течност

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други инцизионни процедури на вени

13757-00 Терапевтична венесекция

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта

Трансфузия на:
• кръвозаместители

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:
Три основни диагностични процедури:

- Първата 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;
- Втората включва задължително извършване на целия комплекс от медикодиагностични изследвания, посочени в блок 1932 „Изследвания на урината“) с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар;

- Трета включва задължително извършване на целия комплекс от медикодиагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и

блок 1924 „Биохимични изследвания“ като 91910-20 и 91904-00 не са задължителни) и една терапевтична процедура.

- Процедура 91938-00 се извършва задължително като четвърта процедура при коремна пункция 30406-00 при наличие на асцит.

Диагностична процедура 11700-00 ЕКГ се извършва по преценка на лекуващия лекар.

1. Терапевтичните процедури: 96197-02, 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09 се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.
2. Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени ендоскопски протокол и/или снимка от друго изобразяващо изследване – за основните процедури, с които се отчита пътеката.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока (91910-20 и 91904-00 не са задължителни) и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока с изключение на тези, които се осъществяват по преценка на лекуващия лекар; и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Детска хирургия, от обхвата на медицинска специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или
Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Видеоендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия (Ендоскопска апаратура за горна и долна ендоскопия – за лица под 18 години)

5. УЗ апарат среден клас, с възможност за Доплер ехографии

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория- на територията на областта
3. Структура по Образна диагностика

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Консумативи за екстракорпорална депурация	НЗОК не заплаща посоченото изделие

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;

или лекари със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и лечение (независимо от срока на предходното лечение) при пациенти със:

- остро настъпила чернодробна недостатъчност;
- изразена чернодробна/портална енцефалопатия/кома;
- клинико-лабораторни и обективни данни за прогресивна жълтеница;
- всички пациенти с оточно-асцитен синдром (аназарка) или съмнение за рефрактерен асцит, хепаторенален синдром или спонтанен бактериален перитонит - рязко намаляване или спиране на диурезата при болен с асцит;
- олигурия/анурия;
- чернодробно заболяване/цироза с нестабилна хемодинамика, електролитни нарушения, дехидратация, фебрилитет;
- чернодробно заболяване/цироза с бързо настъпили коагулационни нарушения;

- бързо нарастване на серумните аминотрансферази (2 пъти увеличение над референтната граница);
- необходимост от спешни реанимационни мероприятия, корекция на метаболитни и водно-електролитни нарушения, жизненоважни функции, тежък анемичен синдром.

Диагностика и лечение при пациенти със:

- чернодробна цироза и жълтеница или друго нарушение в чернодробните функции, с документирано нарастване на серумните аминотрансферази; цироза клас В и С по Child класификацията;
- всички пациенти с първа поява на асцит;
- чернодробна цироза и асцит, при които не се постига компенсация от проведена амбулаторна терапия, труден за лечение асцит - нарастване на теглото, коремната обиколка и/или дихателния дискомфорт;
- чернодробна цироза и съмнение или белези за чернодробна/портална енцефалопатия;
- новооткрита декомпенсация на чернодробната цироза;
- цироза с усложнения;
- цироза с първичен рак на черния дроб, при който основното лечение е това на чернодробната цироза;
- клинични и лабораторни данни и/или промени в черния дроб при изобразителните изследвания, съмнителни за хронично чернодробно заболяване;
- чернодробно заболяване и жълтеница, нарастване на серумните аминотрансферази или други нарушения в чернодробните функции;
- чернодробно заболяване, при което не се постига задоволителен терапевтичен ефект при амбулаторно проведена терапия;
- декомпенсирана чернодробна цироза включва цироза клас В и С по Child-Pugh класификацията и усложнената цироза - цироза с изразена жълтеница, асцит, енцефалопатия, кръвоизлив от варици на хранопровода, хепаторенален синдром (понастоящем или в миналото).

Класификация на пациентите с чернодробна цироза по Child-Pugh

Child-Pugh класификация	**A**	**B**	**C**
Билирубин mmol/l (mg/dl)	Под 34 (2.0)	35-51 (2.0-3.0)	Над 51(3,0)
Албумин g/l (g/dl)	Над 35(3,5)	35-28(3,5-2,8)	Под 28(2,8)
Протромбинов индекс или Протромбиново време или INR	Над 70% от 1 –4 sec под 1.6	70-40% 4-6 sec 1.6 – 2.0	Под 40 % над 6 sec над 2.0
Асцит	Липсва	Лесно се контролира	Трудно се поддава на контрол
Енцефалопатия	Липсва	дискретна	Изразена
Брой точки	**1**	**2**	**3**

Клас А – общ сбор – 5-6 точки;
Клас В – общ сбор – 7-9 точки;
Клас С – общ сбор – 10-15 точки

Модифициран скор на Child-Pugh за холестатични чернодробни болести (ПБЦ)

Child-Pugh класификация	**A**	**B**	**C**
Билирубин mmol/l	17-67	68-169	Над 170
Албумин g/l	Над 35	35-28	Под 28
Протромбинов индекс %	Над 70%	70-40 %	Под 40 %
Асцит	Липсва	Лесно се контролира	Трудно се поддава на контрол

Енцефалопатия	Липсва	дискретна	Изразена
Брой точки	**1**	**2**	**3**

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 48 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. При необходимост от провеждане на КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

Диагнозата е комплексна и включва:

Анамнеза и физикално изследване.

Лабораторни изследвания, съобразени с посочените в блок Основни процедури:

- хематологични показатели - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки;
- биохимични изследвания – АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, общ белтък, албумин, общ и директен билирубин; кръвна захар, креатинин, урея, електролити (K, Na, Cl), газов анализ – при показания и други, например протеинограма, имуноглобулини, автоантитела, Ca, P, АКР, α-фетопротеин, ЛДХ, амилаза, липиди;
- хемостаза (фибриноген, протромбиново време/индекс/INR, АПТТ/ пТПВ/ККВ), фибриноген, други – по индикации;
- урина – общо изследване; при показания - определяне на натриурезата или белтък в 24-часова урина.

Изследване на асцитна течност:

- биохимично – общ белтък, албумин, захар, ЛДХ, холестерол, амилаза;
- брой левкоцити/общ брой клетки, брой сегментоядрени левкоцити (PMN), еритроцити;
- цитологично изследване;
- при показания - оцветяване по Gram или Zeel-Nielsen, микробиологично – аеробна и/или анаеробна култура, гъби.

Урокултура, хемокултура и други микробиологични и паразитологични изследвания- при клинични данни за инфекция.

Креатининов клирънс, осмоларитет на урината или плазмата.

Инструментални изследвания:

- ехография на коремни органи, по възможност и показания - с доплерово изследване;
- езофагогастроскопия или контрастна рентгенография на хранопровода и стомаха (алтернативен метод) или други отдели на ГИТ.

Други инструментални изследвания:

- КТ на коремни органи, мозък, ЕЕГ, МРТ – при индикации.

Други допълнителни инструментални и функционални изследвания - при показания.

Етиологична диагноза – Hbs Ag, Anti HCV, anti HDV и други вирусни маркери, автоантитела, серумно желязо, ЖСК, феритин, церулоплазмин, куприурия, алфа1глобулин, порфирини и други.

Консултации – при индикации.

Провеждане на етиологично и базисно лечение на хроничното чернодробно заболяване (по индикации) – противовирусни средства, кортикостероиди, имуносупресори, D-penicillamin, UDCA, хепатопротектори, витамини, глюкозни разтвори, кръвопускане и други.

Провеждане на лечение на усложненията на чернодробната цироза, ентерално хранене, корекция на клинични и биохимични отклинения, общи реанимационни мероприятия (според консенсусните решения на БНДГЕ).

Портална хипертония - варици на хранопровода, варици на стомаха и хипертензивна гастропатия.

1. При индикации - **първична профилактика** на кръвоизлива от варици на хранопровода – с цел да се предпази или отложи първият епизод на кървене.

Терапия с неселективен бета-блокер до постигане на β-блокада.

2. В случаи на контраиндикация или непонасяне на неселективен бета-блокер, ендоскопското връзково лигиране на вариците на хранопровода е метод на избор.

Вторичната профилактика цели да предотврати повторното кървене от варици на хранопровода.

Тя включва:

1. Първи избор е ендоскопско връзково лигиране на вариците на храноровода. За постигане на успешно унищожаване на вариците болните трябва да бъдат ендоскопирани на всеки 3 месеца в началото и на 6 месечни интервали в последствие.

В случай на рецидив трябва да се лекуват до пълното им изчезване.

2. Ендоскопско склерозиране на вариците.

- до ендоскопско склерозиране на вариците на хранопровода се прибягва когато ЕВЛ не може да се осъществи;
- видът на склерозиращото вещество може да се различава в различните центрове;
- интервалите за лечение не се различават от тези при лигирането на вариците.

3. Неселективен β-блокер с или без ендоскопско лечение на вариците на хранопровода.

- прилага се както комбинация от неселективен β-блокер и ендоскопско лечение на вариците, така и само β – блокер;
- когато се прилага само неселективен β – блокер се препоръчва контрол на HVPG (чернодробен градиент на венозно налагане) с поддържане на неговото ниво под 12 мм Hg.

Лечение на неусложнен асцит - асцит без белези за инфекция на асцитната течност или наличие на хепаторенален синдром.

Включва:

I. Базисна терапия.

Постелен режим – най-добър ефект при болни с нарушена бъбречна функция или лош отговор на диуретичното лечение. Намаление на приема на готварска сол – 3 г/дневно. Намаление на приема на течности – 500 - 1000 мл/дневно. Подобряване на чернодробните функции.

II. Диуретична терапия - стъпаловидно – започва се с ниска доза, която при липса на ефект се повишава през няколко дни, а при необходимост се включва и втори диуретик.

Цел: намаление на телесното тегло с 1000 г дневно, при наличие на периферни отоци – до 2000 дневно.

- калий-съхраняващ диуретик – средство на първи избор; - бримков диуретик. Задължителен контрол на натрий и калий!

Поведение при липса на отговор на терапията:

- търсене на фактори, намаляващи действието на диуретиците;
- терапевтична парацентеза с вливане на 20% Human albumin;
- корекция на електролитен дисбаланс – хипокалиемия, хиперкалиемия, хипонатриемия.

Рефрактерен асцит (асцитът, който не се повлиява или не може да бъде ефективно контролиран, или рецидивира скоро или често след интензивна лекарствена терапия).

Стандартна терапия – парацентеза по показания с едновременно приложение на интравенозен 20% Human albumin в доза 1-2 г/кг тегло.

Спонтанен бактериален перитонит (СБП) е инфекция на перитонеалната кухина (на асцита) при болни с цироза и асцит при липса на явен източник на инфекция, като абдоминален абсцес или чревна перфорация.

Диагностични критерии:

- левкоцити > 500/ml асцитна течност, PMN > 250/ ml асцитна течност или 250/mm3; положителен резултат при оцветяване по Грам или положителна култура от асцитна течност;
- симптоми, съмнителни за СБП и ниско количество белтък в асцитната течност

(<10g/l);

Лечение:

Незабавно се започва емпирична парентерална антибиотична терапия.

При пациенти с т. нар. некомплициран СБП/нормален серумен креатинин и липса на всеки от следните критерии: 1. стомашно-чревен кръвоизлив; 2. енцефалопатия –II-IV стадий; 3. илеус; 4. септичен шок (може да се започне директно перорална терапия).

Хепаторенален синдром (ХРС) - бързо прогресираща функционална бъбречна недостатъчност или по-продължително влошаване на бъбречната функция.

Поведение при болни с ХРС: проследяват се кръвно налягане и пулс с монитор; сол под 4.0; приема на течности до 1 литър за 24 часа. Корекция на калиемия, АКР.

Спират се нефротоксични медикаменти, вкл. Gentamicini sulfas и НСПВС; при хиперкалиемия - калий-съхраняващи диуретици. Спират се бримковите диуретици при липса на ефект от максимална дозировка.

Хемодиализа се прилага само при болни с уремия или при заплашващи живота критични състояния, като остър белодробен оток.

Медикаментозна терапия

- вазоконстрикторни медикаменти + Human albumin в доза 1 грам/ кг през I-ия ден, след което по 20 - 40 грама дневно;
- инфузията с хуман - албумин се прекратява при нарастване на централното венозно налягане над 18 cm H_2O. Вазоконстрикторният медикамент и хуман - албуминът се прилагат до излизане от ХРС - спадането на серумния креатинин под 133 микромола на литър или максимум за 15 дни;
- при болни с I-ви тип ХРС може да се опита комбинирано приложение на соматостатин и аналози. Тази терапия може да се комбинира с прилагане на 20- 40 грама Хуман - албумин дневно.

Чернодробната енцефалопатия е нарушение във функцията на централната нервна система в резултат от остра или хронична чернодробна недостатъчност. Характеризира се с широк спектър от нервно-психични прояви – от леки промени в съзнанието до дълбока кома, които са потенциално обратими.

Поведение при пациенти с клинично изявена чернодробна цироза (стадий 1 до 4). Активното търсене и лечение на всички преципитиращи фактори, които могат да доведат до развитието на чернодробна енцефалопатия – азотемия, седатива, транквилизатори, аналгетици; гастроинтестинален кръвоизлив, повишен внос на белтъци, метаболитна алкалоза, инфекция, констипация, тромбоза на порталната вена, оперативни интервенции при циротици, шънтове - спонтанни и оперативни.

Лечение на чернодробната енцефалопатия Остра енцефалопатия

Диета - ограничение на приема на белтък - 0,5г/кг/ден; пълно изключване на белтъчния внос за 1-3 дни при стомашно-чревен кръвоизлив. Калориен внос – чрез глюкозни вливания постепенно покачване на белтъчния внос, за да се определи поносимостта - цел: 1-1,5 г/кг/дневно. Използват се растителни и млечни белтъци. Храненето се извършва перорално, при невъзможност през назо-гастрална сонда.

Намаляване на продукцията на амоняк от червата - високи почистващи клизми; лаксативи (перорално или чрез сонда – MgSO4), иригация с течности перорално; намаляване на NH3-продуциращата чревна флора - лактулоза (средство на първи избор) - пер ос или през сонда 100 мл, след което 3x10 - 50 мл или – първа доза 45 мл, след което същата доза на час до поява на изхождане, след това 3x10-50мл; клизма (при кома) - 300 мл в 1 л вода и задържане на разтвора поне 1 час; цел: 2 - 3 кашави изхождания дневно.

Нерезорбируеми антибиотици.

Други терапевтични възможности – бензодиазепинов антагонист (при пациенти с ЧЕ, причинена от бензодиазепини); разклонени аминокиселини (доза до 40 g/d) – при липса на ефект от горните мероприятия и при лоша поносимост към алиментарен внос на белтък; L- Ornithine-L-Aspartate (доза 20 – 40g/d i.v.) – при пациенти без бъбречна недостатъчност и липса на ефект от горните мерки в III-IV стадий ЧЕ.

Рекурентна и хронична чернодробна енцефалопатия

Избягване и превенция на преципитиращите фактори. Хранене – белтъчен внос до1 - 1,5 г/кг/дневно за сметка на растителни и млечни белтъци. Лактулоза – цел 2-3 кашави изхождания дневно.

Антибиотици – само при болни, при които липсва ефект от лактулозата. Необходимо е строго бъбречно, неврологично и отологично мониториране.

L -Ornithine-L-Aspartate (18g/дн р.о) – при липса на ефект от горните мерки, трябва да се следи бъбречната функция.

При всички болни с чернодробна цироза, без данни за явна енцефалопатия, е необходимо извършването на стандартните психометрични тестове. Изследването трябва да се повтаря на всеки 6 месеца.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След лабораторни, ехографски и/или други образни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение,
- документирано подобряване на променените параметри и усложнения при хронично чернодробно заболяване, които е възможно да бъдат повлияни до края на болничния престой;
- благоприятно развитие на клиничната симптоматика: портална хипертония; асцит; енцефалопатия; хепаторенален синдром; иктер.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на черния дроб, жлъчните пътища и панкреаса протичат с разнообразни оплаквания: гадене, повръщане, болка или дискомфорт в различни части на корема, жълтеница и др. Вашият личен лекар съвместно със специалиста гастроентеролог ще преценят дали вашите оплаквания са сериозни. Ако е необходимо ще Ви насочат за уточняване на заболяването и лечение в гастроентерологично отделение или клиника.

Когато изследванията, необходими за изясняване на естеството на Вашето заболяване изискват специална подготовка, наблюдение след провеждането им или се комбинират с лечебни процедури ("малки операции" без отваряне на корема), Вашият лекар ще Ви предложи прием в гастроентерологично отделение. Ако той прецени, че общото Ви състояние е увредено или заболяването Ви протича тежко, също ще Ви насочи към болница.

В гастроентерологичното отделение в зависимост от Вашите оплаквания ще бъде проведен комплекс от диагностични процедури:

- вземане на кръв за лабораторни изследвания;
- рентгеново/скениращо изследване на съответния болен орган с или без използването на контрастно вещество, включително вкарано във вена;
- оглед на органите в корема с ехограф;
- оглед на повърхностната обвивка на храносмилателната тръба с огъваема тръба с оптика (ендоскоп) през устата;вземане на малко парче за изследване под микроскоп;
- рентгенова снимка на жлъчните и панкреасните канали с оцветяване с контрастно вещество (въведено през отвора но дванадесетопръстника, където се излива жлъчката и панкреасния секрет) чрез ендоскоп – наречена ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография (ЕРХП);
- оглед на коремната кухина чрез тръба, наречена лапароскоп;
- вземане на малко парче от черния дроб за изследване под микроскоп чрез специална игла въведена през кожата;
- вземане на секрет или група клетки от определено място на черния дроб, задстомашната жлеза или другаде с много тънка специална игла под ехографски контрол;
- други изследвания според преценката на Вашия лекар.

Лечението на Вашето заболяване може да бъде извършено с лекарства приети през устата, вкарани през вената или в мускул

В някои случаи лечението се извършва под ехографски контрол,

- дрениране на течни, некротични или инфектирани колекции с игла;
- разрушаване на тумор чрез игла вкарана през кожата и подаване на импулси от специални апарати или чрез вкарване на алкохол, или други лечебни вещества.

В други случаи лечението се извършва по ендоскопски път по време на ЕРХП – разрязване на гладкия мускул на отвора на дванадесетопръстника, където се изливат жлъчката и панкреасният секрет (сфинктеротомия), изваждане на камъни от жлъчните или панкреасни канали (ендоскопска екстракция) със/без предварителното им раздробяване с кошничка, подобно на лешник от лешникотрошачка (механична литотрипсия); разширяване на стеснени участъци с балони (балонна дилатация) и поставяне на протези (ендоскопско протезиране) или дрениране на жлъчка/панкреасен сок чрез поставяне на тънки пластмасови тръбички в жлъчните или панкреасните канали през носа (назо-билиарен или назо-панкреасен дренаж); спиране на кървене (ендоскопска хемостаза).

При някои кисти на задстомашната жлеза в близост до стената на стомаха се извършва дрениране чрез игла през ендоскопа или специално поставена тръбичка (протеза).

След проведеното лечение може да бъдете насочен за проследяване от Вашия общопрактикуващ лекар или специалиста гастроентеролог, но може да Ви бъде предложено оперативно или друго лечение.

В зависимост от необходимите за Вас изследвания и/или лечебни процедури ще Ви бъде предоставена обширна информация, а за част от тях ще Ви бъде поискано писмено съгласие.

КП № 76.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНИ ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Хроничен вирусен хепатит
B18.0 Хроничен вирусен хепатит B с делта-агент
B18.1 Хроничен вирусен хепатит B без делта-агент
B18.2 Хроничен вирусен хепатит C
B18.8 Друг хроничен вирусен хепатит

Други разстройства на обмяната на въглехидратите
Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

E74.0 Болест на натрупването на гликоген
Сърдечна гликогеноза
Болест на:
- Andersen
- Cori
- Forbes
- Hers
- McArdle
- Pompe
- Tauri
- Von Gierke

Недоимък на чернодробна фосфорилаза

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина
Не включва: дефекти на каталаза и пероксидаза

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия
Вродена еритропоетична порфирия
Еритропоетична протопорфирия
E80.1 Порфирия кутанеа тарда
E80.2 Други порфирии
Наследствена копропорфирия
Порфирия:
- БДУ
- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).
E80.4 Синдром на Gilbert
E80.6 Други разстройства на обмяната на билирубина
Синдром на Dubin-Johnson
Синдром на Rotor

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта
Болест на Menkes (болест на къдравите коси) (болест на стоманените коси)
Болест на Wilson

E83.1 Разстройства на обмяната на желязото
Хемохроматоза

Не включва: Анемия:
- желязонедоимъчна (D50.—)
- сидеробластна (D64.0—D64.3)

Други разстройства на обмяната на веществата

Не включва: хистиоцитоза X (хронична) (D76.0)

E88.0 Разстройства на обмяната на плазмените белтъци, некласифицирани другаде
Недоимък на алфа-1-антитрипсин
Бисалбуминемия

Не включва: разстройство на обмяната на липопротеините (E78.—)
моноклонална гамапатия (D47.2)
поликлонална хипергамаглобулинемия (D89.0)
макроглобулинемия на Waldenstrom (C88.0)

Хроничен хепатит, некласифициран другаде

Не включва: хепатит (хроничен):
- алкохолен (K70.1)
- медикаментозен (K71.—)
- грануломатозен, НКД (K75.3)
- реактивен, неспецифичен (K75.2)
- вирусен (B15—B19)

K73.0 Хроничен персистиращ хепатит
K73.1 Хроничен лобуларен хепатит
K73.2 Хроничен активен хепатит
Лупоиден хепатит, НКД

Алкохолна болест на черния дроб

K70.0 Алкохолна мастна дистрофия на черния дроб
K70.1 Алкохолен хепатит

Токсично увреждане на черния дроб

Включва: лекарствена:
- идиосинкратична (непредсказуема) болест на черния дроб
- токсична (предсказуема) болест на черния дроб

Не включва: алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
синдром на Budd-Chiari (I82.0)

K71.0 Токсично увреждане на черния дроб с холестаза
Холестаза с увреждане на хепатоцитите
“Чиста” холестаза

К71.1 Токсично увреждане на черния дроб с чернодробна некроза
Чернодробна недостатъчност (остра)(хронична), причинена от лекарствени средства
К71.2 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като остър хепатит
К71.3 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като хроничен персистиращ хепатит
К71.4 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като хроничен лобуларен хепатит
К71.5 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като хроничен активен хепатит
Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като лупоиден хепатит
К71.6 Токсично увреждане на черния дроб с картина на хепатит, некласифицирано другаде
К71.8 Токсично увреждане на черния дроб с картина на други нарушения на черния дроб
Токсично увреждане на черния дроб с:
- фокална нодуларна хиперплазия
- чернодробни грануломи
- пелиоза на черния дроб
- венооклузивна болест на черния дроб

К73.8 Други хронични хепатити, некласифицирани другаде
Стеатозен и други хепатити

Фиброза и цироза на черния дроб

Не включва: алкохолна фиброза на черния дроб (К70.2)
кардиачна склероза на черния дроб (К76.1)
цироза (на черния дроб):
- алкохолна (К70.3)
- вродена (Р78.8)

с токсично увреждане на черния дроб (К71.7)

К74.0 Фиброза на черния дроб
К74.3 Първична билиарна цироза
Хроничен негноен деструктивен холангит
К74.4 Вторична билиарна цироза
К74.5 Билиарна цироза, неуточнена
К74.6 Друга и неуточнена цироза на черния дроб
Цироза (на черния дроб):
- БДУ
- криптогенна
- макронодуларна
- микронодуларна
- смесен тип
- портална
- постнекротична

Други възпалителни болести на черния дроб

Не включва: хроничен хепатит, некласифициран другаде (К73.—)
хепатит:
- остър или подостър (К72.0)
- вирусен (В15—В19)

токсично увреждане на черния дроб (К71.—)

К75.2 Неспецифичен реактивен хепатит
К75.3 Грануломатозен хепатит, некласифициран другаде
К75.4 Автоимунен хепатит

Други болести на черния дроб

Не включва: алкохолна болест на черния дроб (К70.—)
амилоидна дегенерация на черния дроб (Е85.—)
кистозна болест на черния дроб (вродена) (Q44.6)
тромбоза на чернодробната вена (I82.0)
хепатомегалия БДУ (R16.0)
тромбоза на вена порте (I81)

токсично увреждане на черния дроб (К71.—)

К76.0 Мастна дегенерация на черния дроб

С отклонения в лабораторните показатели и увреждане на черния дроб

Вродени аномалии на жлъчния мехур, жлъчните пътища и черния дроб

Q44.6 Кистозна болест на черния дроб

Фиброкистозна болест на черния дроб с отклонения в лабораторните показатели и увреж черния дроб

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Езофагоскопия

30473-03 Езофагоскопия
Гъвкава езофагоскопия
Не включва: такава с:
• биопсия (30473-04 [861])
• изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD]

30473-02 Панендоскопия през изкуствена стома
Гастроскопия през изкуствена стома
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома
Не включва: дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891])
ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])

30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху черен дроб

90319-01 Перкутанна аспирация на черен дроб
Не включва: перкутанна чернодробна биопсия (30409-00 [953])
тези за абсцес, хематом или киста (30224-01 [987])

Ексцизионни процедури на черен дроб

30409-00 Перкутанна (затворена) чернодробна биопсия
Затворена иглена чернодробна биопсия
Не включва: трансюгуларна чернодробна биопсия (90298-00 [953])

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и
  - мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
    - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия

30669-00 Еластография

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инфериор и илиачни вени

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове

Включва: дуплекс ултразвук на:
- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инфериор

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945]

Магнитно резонансен образ

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем

90913-02 Магнитно резонансна томография – холангиография

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент

91920-03 Изследване за албумин в урината
Микроалбуминурия – по преценка на лекуващия лекар

91920-05 Изследване за уробилиноген в урината

91920-06 Изследване на pH на урина

91920-07 Изследване за кетотела в урината

91920-08 Изследване на захар в уринна проба

91920-10 Изследване на относително тегло на урина– по преценка на лекуващия лекар

91920-17 Изследване за нитрити в урината– по преценка на лекуващия лекар

91920-19 Друго изследване на урина– по преценка на лекуващия лекар

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1929 Вирусологични изследвания

91922-06 Серологично изследване на антитела срещу хепатит С вирус
Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серо-) типизиране за хроничен хепатит С
Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С

91922-08 Серологично изследване на антитела срещу хепатит В и D вирус
Извършване на в реално време PCR за определяне на HBV-DNA за хроничен хепатит

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин

Морфологични изследвания

91930-07	Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други инцизионни процедури на вени

13757-00 Терапевтична венесекция

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: • кръвозаместители
92064-00	Приложение на друг кръвен продукт Трансфузия на: • кръвни заместители • гранулоцити
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит *Виж допълнителни знаци* Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

	• инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:

Четири основни диагностични процедури, от които три задължителни:

-първата 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;

-втората 11700-00 - ЕКГ;

-третата включва задължително извършване на целия комплекс от медикодиагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и

-четвъртатата включва блок 1924 „Биохимични изследвания“ и една терапевтична процедура.

Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09 се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

Клиника/отделение по инфекциозни болести отчитат преминали случаи само по диагноза **К71.2** „Токсично увреждане на черния дроб, протичащо, като остър хепатит”**.**

Пациенти с диагноза **К73.0; К73.8 и К76.0** се хоспитализират при отклонения в лабораторните показатели, насочващи към прогресия на заболяването, въпреки провежданата амбулаторна терапия или при индикации за извършване на чернодробна биопсия.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока, с изключение на тези по преценка и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология" (за дейностите по т.4, т.9 и т.10 от блок II „Индикации за хоспитализация и лечение“ – „Диагностика и лечение на:“, при лица над 18 години, осъществявани най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастроентерология") **осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност,от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" (само за МКБ-10 код К71.2).** Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по вътрешни болести или Клиника/отделение по инфекциозни болести (**само за код К71.2**)
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
Лаборатория (отделение) по клинична патология

НЗОК не заплаща стойността на лекарствени продукти по Приложение 1 "Лекарствени продукти, предназначени за лечение на заболявания, които се заплащат по реда на Закона за здравното осигуряване" на Позитивен лекарствен списък, за лечение на пациенти с установена (след извършване на съответния тест и вписан резултат в Протокол 1А) употреба на наркотични вещества.

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по гастроентерология – минимум двама;
- за III ниво на компетентност клиника/отделение по гастроентерология: минимален брой специалисти: минимум 6 лекари, от които:
- минимум 4 лекари с призната специалност по гастроентерология,
- минимум 3 с квалификация по конвенционална абдоминална ехография;
- минимум 2 с квалификация по абдоминална Доплер ехография;
- минимум 1 с квалификация по интервенционална абдоминална ехография;
- минимум 3 с квалификация по конвенционална горна и долна гастроинтестинална ендоскопия;
- минимум 2 с квалификация по интервенционална горна и долна гастроинтестинална ендоскопия;
- минимум 1 с квалификация по ЕРХП и свързани интервенционални ендоскопски процедури). или лекари със специалност по инфекциозни болести – минимум шест (само за код К71.2);
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

От работещите в структурата лекари-специалисти - минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и лечение при пациенти с:

- остро настъпили значими промени в клиничните белези, изобразителните изследвания и/или лабораторните показатели, отразяващи чернодробната функция на болен с известно или подозирано хронично чернодробно заболяване;

Диагностика и лечение на:

1. хронични вирусни хепатити: вирусна репликация, генотипизиране на HCV и субтипизиране на HCV генотип 1, оценка на тежестта на чернодробното заболяване и неговите усложнения;
2. пациенти с възникнали остри усложнения при противовирусно или имуносупресивно лечение, които не могат да бъдат овладени в амбулаторни условия;
3. специфично лечение при болест на Уилсън и хемохроматоза;
4. Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти със:
5. комплекс от клинични симптоми, характерни за хронично чернодробно заболяване, лабораторно или инструментално установено отклонение без данни за бърза прогресия – за диагностично уточняване и лечение в болнични условия след приключване на диагностично-лечебния процес в специализираната извънболнична медицинска помощ;
6. известно хронично чернодробно заболяване без усложнения, провеждащи амбулаторно лечение без добър терапевтичен ефект;
7. стартиране, проследяване и оценка на ефективността на:
8. антивирусно лечение на хронични вирусни хепатити и цирози;
9. специфична/патогенетична терапия при редки чернодробни заболявания и авто-имунни заболявания на черния дроб, както и лечение на възникналите усложнения.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва от 24 час до 48 час от постъпването . В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. При необходимост КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията. **Базисни изследвания**

Лабораторни изследвания, съобразени с посочените в блок Основни процедури:

- хематологични показатели - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки;
- биохимични изследвания – АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, общ белтък, албумин, общ и директен билирубин; кръвна захар, креатинин;
- хемостаза (фибриноген, протромбиново време/индекс/INR, АПТТ/ пТПВ/ККВ), фибриноген, други – по индикации; - урина – общо изследване.

При показания – етиологична диагноза – Hbs Ag, Anti HCV, anti HDV, CMV, HIV и други вирусни маркери, автоантитела, имуноглобулини и други имунологични изслудвания, серумно желязо, ЖСК, феритин, церулоплазмин, мед в серума и куприурия, алфа1-глобулин, порфирини, TSH, α-фетопротеин, ЛДХ, ОГТТ и определяне на кръвна захар и инсулин, пикочна киселина, общ холестерол, LHL- и HDL- холестерол, триглицериди и други.

При показания - микробиологични и паразитологични изследвания.

Инструментални изследвания:

- рентгенография на бял дроб и сърце – при показания;
- ЕКГ;
- ехография на коремни органи с доплерово изследване.

Други инструментални и функционални изследвания - при показания.

- езофагогастроскопия (ФГС) или контрастна рентгенография на хранопровода и стомаха (алтернативен метод) или други отдели на ГИТ– при показания; - КТ на коремни органи, мозък, ЕЕГ, МРТ – при показания.

Консултации – при индикации:

- очен преглед за пръстен на Kayser- Flaischer, очно дъно, невролог и други - при индикации;
- при необходимост се провежда консултация с клиничен токсиколог.

ЛЕЧЕНИЕ

Провеждане на етиологично и базисно лечение на хроничното чернодробно заболяване (по индикации) – кортикостероиди, имуносупресори, D-penicillamin, UDCA, хепатопротектори, витамини, глюкозни разтвори, кръвопускане и други; лечение на усложненията.

Провеждане на лечение на усложненията на чернодробното заболяване.

Реанимационни мероприятия, корекция на жизненоважни функции и показатели.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Въз основа на комплекс от проведените изследвания.

– *хроничен вирусен хепатит* – на базата на позитивни серологични маркери за **HBV, HCV** или HDV в съчетание с данните от хистоморфологичното изследване на материал от чернодробна биопсия;

– *хроничен автоимунен хепатит* - на базата на позитивни автоантитела в съчетание с данните от хистоморфологичното изследване на материал от чернодробна биопсия;

– *стеатозен хепатит* – на базата на ехографски белези за стеатоза и биохимични параметри в съчетание с данните от хистоморфологичното изследване на материал от чернодробна биопсия;

– *хронични хепатити с метаболитна етиология* – на базата на доказан метаболитен дефект.

Чернодробната биопсия с морфологично изследване не е задължителна. Провежда се само по индикации и липса на противопоказания за извършване!

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение;
- корекция на променените параметри и усложнения при хронично чернодробно заболяване, които е възможно да бъдат повлияни до края на необходимия болничен престой.
- изготвени препоръки за антивирусно лечение (протокол).

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”.*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ХРОНИЧНИ ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Черният дроб е най-големият орган в човешкото тяло. Разположен е в горната дясна коремна половина, под ребрата. В него се извършва неутрализирането на токсините от кръвта, синтезират се имунни агенти, подпомагащи контрола върху инфекциите, отстраняват се случайно попаднали в кръвта микроорганизми. Синтезира най-важния белтък на кръвта - албумин и други белтъци, които регулират съсирването на кръвта. Образува жлъчка, която подпомага смилането на мазнините и усвояването на мастно-разтворимите витамини. Животът не е възможен без функциониращ черен дроб.

Какво е хроничен хепатит?

Хепатит означава възпаление на черния дроб. Най-честа причина за това са вирусните инфекции, но същия или подобен увреждащ ефект могат да имат метаболитни (засягат обмяната на веществата в организма) и автоимунни заболявания на черния дроб. В повечето случаи острите хепатити оздравяват в рамките на 3 месеца. Възпаление на черния дроб, което продължава повече от 6 месеца, се нарича хроничен хепатит.

Какво е значението на хроничните хепатити?

Хроничният хепатит е прогресиращо заболяване до чернодробна цироза и чернодробен карцином.

Кои са главните причини за хроничен хепатит ?

Най-честа причина са вирусните инфекции - вирус В, С, Д.

Хепатит В се причинява от вирус с висока инфектираща способност. Заразяването се извършва по полов път (при извършване на небезопасен секс); хоризонтално – при постоянен тесен битов контакт с носители на вируса; перинатално - от майката - носител към плода по време на раждането; все по-ограничен е кръвният път на зараза. Обикновено протичането на хроничния хепатит В е безсимптомно или с дискретни неспецифични оплаквания - повишена уморяемост. Лечението с интерферон (подпомага имунната система на организма в борбата й с вируса) или с противовирусни медикаменти (ламивудин), които спират размножаването на вируса, се провежда при активиране на заболяването, преценено по повишения ензим АЛТ и активно размножаване на вируса в организма за период от половин до 1 година. Обичайно лечението е съпроводено с нетежки странични ефекти. При инфектиране в периода на новороденото възможността за хронифициране на хепатит В е много висока – 90-95%. Единствен ефективен и евтин път за предотвратяване на инфекцията и заболяването от хепатит В, е активната имунизация.

Хепатит Д може да възникне при дълготрайно носителство на хепатит В. Увреждането на черния дроб при тази инфекция протича много по-бързо и по-тежко. Лечението с интерферон е без особен ефект, изразява се предимно в забавяне хода на заболяването.

Хепатит С се среща най-често сред инжектиращи се и “смъркащи” наркомани; при татуировки, пробиване уши или други части на тялото. В голям процент от случаите – до 30-40% не може да се намери източника на зараза. По изключение се предава по полов път или от майка на новороденото. Протичането на хроничният хепатит С обикновено е безсимптомно или също с оплаквания от хронична умора. Ходът на заболяването е много бавен. При липса на активност се препоръчва внимателно проследяване. Лечението с интерферон в комбинация с антивирусния препарат рибавирин се провежда при активиране за период най-често от 1 година.

Болестта на Уилсън е наследствено заболяване, причинено от дефект в отделянето на мед чрез жлъчния сок от организма на пациентите. Последва прекомерно натрупване на мед в черния дроб, мозъка, роговицата на очите, ставите, червените кръвни клетки, бъбреците на болните. Засягат се много органи, оплакванията са разнообразни, но най-често са свързани с черния дроб (пожълтяване, тъмна урина, повишена уморяемост, отоци, повишена раздразнителност, продължително кървене от лигавиците) и нервната система (забавен говор, нарушен почерк, застинало лице, треперене на пръстите, нестабилна походка, затруднено гълтане). Лечението се провежда с препарата пеницилламин (купренил), който извлича излишната мед от организма на пациентите. Лечението е за цял живот. За разлика от болестта на Уилсън **хемохроматозата** (прекомерно натрупване на желязо в черния дроб и други органи като задстомашната жлеза, кожа, покривните клетки на червата, сърцето и жлезите с вътрешна секреция, поради повишеното

усвояване на желязото от червата) е рядко заболяване. Единствения сигурен начин за извличане на излишното желязо от организма е системното кръвопускане.

Автоимунният хепатит е рядко заболяване, по-чест при жени (най-често в юношеството или около климакса). Причините за него все още са неизвестни. Предполага се, че неизвестната причина въздейства така на имунната система на организма, че тя започва да атакува и руши собствения черен дроб. Наблюдават се разнообразни симптоми от различни органи и системи, засегнати по същия начин от имунната атака (възпаление на щитовидната жлеза, висока температура, диабет, обриви по тялото). Протичането на автоимунния хепатит е тежко. Лечението се провежда с лекарства, потискащи имунната система – кортикостероиди, имуран до живот. В много случаи то е животоспасяващо. Страничните им ефекти са сериозни, често лечението се спира от пациентите. Необходима е добра колаборация между лекар-пациент.

Друго заболяване, засягащо предимно жени е **първичната билиарна цироза**. В ранните стадии на заболяването имунната система атакува най-малките жлъчни каналчета и протича дълго време само със сърбеж. Постепенно кожата се променя, става твърда и се появява жълтеница. В ранните стадии прогресиращия ход на заболяването може да бъде спрян с урсодезоксихолева киселина.

Останалите хронични чернодробни заболявания са редки.

Най-честата форма на чернодробно увреждане е т.н. стеатоза на черния дроб. Представлява отлагане на масти, а при определени условия прераства в стеатозен хепатит. Застрашени са лицата с диабет, затлъстяване и повишение на серумните липиди. Лечението е насочено преди всичко към корекция на отклоненията на метаболитните промени и подпомагане на функцията на черния дроб.

Необходимо ли е спазване на специална "чернодробна диета"?

В повечето случаи – не. Храненето трябва да бъде добре балансирано, разнообразно, без ограничения и редовно. При болестта на Уилсън се препоръчва избягване на храни, богати на мед (животински дреболии, морски плодове, шоколад, ядки), а при хемохроматоза - тези, богати на желязо (червени на цвят меса).

Каква е прогнозата?

Прогнозата е благоприятна при навременна диагноза и ранно започнато лечение. Протичането на автоимунния хепатит е твърде индивидуално - в част от случаите с бърз преход в чернодробна цироза. В голяма част от случаите е необходимо дългогодишно лечение или лечение до живот.

КП № 76.2
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНИ ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Хроничен вирусен хепатит
B18.0 Хроничен вирусен хепатит B с делта-агент
B18.1 Хроничен вирусен хепатит B без делта-агент
B18.2 Хроничен вирусен хепатит C
B18.8 Друг хроничен вирусен хепатит

Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

E74.0 Болест на натрупването на гликоген
Сърдечна гликогеноза
Болест на:
- Andersen
- Cori
- Forbes
- Hers
- McArdle
- Pompe
- Tauri
- Von Gierke

Недоимък на чернодробна фосфорилаза

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина
Не включва: дефекти на каталаза и пероксидаза

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия
Вродена еритропоетична порфирия
Еритропоетична протопорфирия
E80.1 Порфирия кутанеа тарда
E80.2 Други порфирии
Наследствена копропорфирия
Порфирия:
- БДУ
- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).
E80.4 Синдром на Gilbert
E80.6 Други разстройства на обмяната на билирубина
Синдром на Dubin-Johnson
Синдром на Rotor

Разстройства на минералната обмяна
Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта
Болест на Menkes (болест на къдравите коси) (болест на стоманените коси)
Болест на Wilson

E83.1 Разстройства на обмяната на желязото
Хемохроматоза
Не включва: Анемия:
- желязонедоимъчна (D50.—)
- сидеробластна (D64.0—D64.3)

Други разстройства на обмяната на веществата
Не включва: хистиоцитоза X (хронична) (D76.0)
E88.0 Разстройства на обмяната на плазмените белтъци, некласифицирани другаде
Недоимък на алфа-1-антитрипсин
Бисалбуминемия
Не включва: разстройство на обмяната на липопротеините (E78.—)
моноклонална гамапатия (D47.2)
поликлонална хипергамаглобулинемия (D89.0)
макроглобулинемия на Waldenstrom (C88.0)

Алкохолна болест на черния дроб

K70.0 Алкохолна мастна дистрофия на черния дроб
K70.1 Алкохолен хепатит

Токсично увреждане на черния дроб
Включва: лекарствена:
- идиосинкратична (непредсказуема) болест на черния дроб
- токсична (предсказуема) болест на черния дроб

Не включва: алкохолна болест на черния дроб (K70.—)
синдром на Budd-Chiari (I82.0)

K71.0 Токсично увреждане на черния дроб с холестаза
Холестаза с увреждане на хепатоцитите
"Чиста" холестаза
K71.1 Токсично увреждане на черния дроб с чернодробна некроза
Чернодробна недостатъчност (остра)(хронична), причинена от лекарствени средства
K71.2 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като остър хепатит
K71.3 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като хроничен персистиращ хепатит
K71.4 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като хроничен лобуларен хепатит
K71.5 Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като хроничен активен хепатит
Токсично увреждане на черния дроб, протичащо като лупоиден хепатит
K71.6 Токсично увреждане на черния дроб с картина на хепатит, некласифицирано другаде
K71.8 Токсично увреждане на черния дроб с картина на други нарушения на черния дроб
Токсично увреждане на черния дроб с:
- фокална нодуларна хиперплазия
- чернодробни грануломи
- пелиоза на черния дроб
- венооклузивна болест на черния дроб

Хроничен хепатит, некласифициран другаде
Не включва: хепатит (хроничен):
- алкохолен (K70.1)
- медикаментозен (K71.—)
- грануломатозен, НКД (K75.3)
- реактивен, неспецифичен (K75.2)
- вирусен (B15—B19)

K73.0 Хроничен персистиращ хепатит
K73.1 Хроничен лобуларен хепатит
K73.2 Хроничен активен хепатит
Лупоиден хепатит, НКД

К73.8 Други хронични хепатити, некласифицирани другаде
Стеатозен и други хепатити

Фиброза и цироза на черния дроб

Не включва: алкохолна фиброза на черния дроб (К70.2)
кардиачна склероза на черния дроб (К76.1)
цироза (на черния дроб):
- алкохолна (К70.3)
- вродена (Р78.8)
с токсично увреждане на черния дроб (К71.7)

К74.0 Фиброза на черния дроб
К74.3 Първична билиарна цироза
Хроничен негноен деструктивен холангит
К74.4 Вторична билиарна цироза
К74.5 Билиарна цироза, неуточнена
К74.6 Друга и неуточнена цироза на черния дроб
Цироза (на черния дроб):
- БДУ
- криптогенна
- макронодуларна
- микронодуларна
- смесен тип
- портална
- постнекротична

Други възпалителни болести на черния дроб

Не включва: хроничен хепатит, некласифициран другаде (К73.—)
хепатит:
- остър или подостър (К72.0)
- вирусен (В15—В19)

токсично увреждане на черния дроб (К71.—)

К75.2 Неспецифичен реактивен хепатит
К75.3 Грануломатозен хепатит, некласифициран другаде
К75.4 Автоимунен хепатит

Други болести на черния дроб

Не включва: алкохолна болест на черния дроб (К70.—)
амилоидна дегенерация на черния дроб (Е85.—)
кистозна болест на черния дроб (вродена) (Q44.6)
тромбоза на чернодробната вена (I82.0)
хепатомегалия БДУ (R16.0)
тромбоза на вена порте (I81)
токсично увреждане на черния дроб (К71.—)

К76.0 Мастна дегенерация на черния дроб
С отклонения в лабораторните показатели и увреждане на черния дроб

Вродени аномалии на жлъчния мехур, жлъчните пътища и черния дроб

Q44.6 Кистозна болест на черния дроб
Фиброкистозна болест на черния дроб с отклонения в лабораторните показатели и увреждане на черния дроб

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Езофагоскопия

30473-03 Езофагоскопия
Гъвкава езофагоскопия
Не включва: такава с:
• биопсия (30473-04 [861])
• изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD]

30473-02 Панендоскопия през изкуствена стома
Гастроскопия през изкуствена стома
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] през изкуствена стома
Не включва: дуоденоскопия през изкуствена стома (32095-00 [891])
ендоскопски оглед на тънко черво през изкуствена стома (32095-00 [891])

30473-05 Панендоскопия до илеума
Илеоскопия
Йеюноскопия

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху черен дроб

90319-01 Перкутанна аспирация на черен дроб
Не включва: перкутанна чернодробна биопсия (30409-00 [953])
тези за абсцес, хематом или киста (30224-01 [987])

Ексцизионни процедури на черен дроб

30409-00 Перкутанна (затворена) чернодробна биопсия
Затворена иглена чернодробна биопсия
Не включва: трансюгуларна чернодробна биопсия (90298-00 [953])

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Друг ултразвук

30668-00 Ендоскопски ултразвук
Ултразвук, съвместно с ендоскопия
30669-00 Еластография

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове
Включва: дуплекс ултразвук на:
• аорта
• илиачни съдове
• вена кава инферио

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945]

Магнитно резонансен образ

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем
90913-02 Магнитно резонансна томография – холангиография

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-03 Изследване за албумин в урината
Микроалбуминурия – по преценка на лекуващия лекар
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина– по преценка на лекуващия лекар
91920-17 Изследване за нитрити в урината– по преценка на лекуващия лекар
91920-19 Друго изследване на урина– по преценка на лекуващия лекар

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ] – по преценка на лекуващия лекар
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1929 Вирусологични изследвания

91922-06 Серологично изследване на антитела срещу хепатит С вирус
Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серо-) типизиране за хроничен хепатит С
Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С

91922-08 Серологично изследване на антитела срещу хепатит В и D вирус
Извършване на в реално време PCR за определяне на HBV-DNA за хроничен хепатит

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-15 Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин

Морфологични изследвания

91930-07 Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други инцизионни процедури на вени

13757-00 Терапевтична венесекция

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

1.Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:
три основни диагностични процедури, от които две задължителни:
-първата 55036-00 или 55276-00 или 55278-00;
- втората включва задължително извършване на целия комплекс от медикодиагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и
- третата включва блок 1924 „Биохимични изследвания“ и една терапевтична процедура. Диагностична процедура с код 11700-00 се извършва по преценка на лекуващия лекар.

2. Терапевтичните процедури: 96197-02; 96199-02 и 96199-09 или 96200-09 или 96197-09 се кодират само при минимум тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.

3. При деца до 14 годишна възраст клиничната пътека се отчита с три основни диагностични процедури, от които две са задължителни 55036-00 или 55276-00 или 55278-00 и кодовете, посочени в блок 1923 и блок 1924, и една терапевтична процедура.

Клиника/отделение по инфекциозни болести отчитат преминали случаи само по диагноза **К71.2** „Токсично увреждане на черния дроб, протичащо, като остър хепатит”**.**

Пациенти с диагноза **К73.0; К73.8 и К76.0** се хоспитализират при отклонения в лабораторните показатели, насочващи към прогресия на заболяването, въпреки провежданата амбулаторна терапия или при индикации за извършване на чернодробна биопсия.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока, с изключение на тези по преценка и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Детска хирургия“, от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" (само за МКБ-10 код К71.2). Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по инфекциозни болести (**само за код К71.2**)
2. Анестезиологичен екип
3. Клинична лаборатория

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното

място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Структура по Образна диагностика

НЗОК не заплаща стойността на лекарствени продукти по Приложение 1 "Лекарствени продукти, предназначени за лечение на заболявания, които се заплащат по реда на Закона за здравното осигуряване" на Позитивен лекарствен списък, за лечение на пациенти с установена (след извършване на съответния тест и вписан резултат в Протокол 1А) употреба на наркотични вещества.

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология или лекари със специалност по инфекциозни болести – минимум шест (само за код К71.2); или лекари със специалност по детска хирургия – минимум двама, единият от които може да е със специалност по обща хирургия;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „Абдоминална Доплерова ехография – второ ниво“ и минимум един с квалификация по „Интервенционална гастроинтестинална ендоскопия – второ ниво“. Сертификат, издаден от отдел „Следдипломна квалификация” към Медицински университет или ВМА.

При анамнеза от страна на пациента за алергия и предстояща процедура в условия на анестезия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5 ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и лечение при пациенти с:

- остро настъпили значими промени в клиничните белези, изобразителните изследвания и/или лабораторните показатели, отразяващи чернодробната функция на болен с известно или подозирано хронично чернодробно заболяване;

Диагностика и лечение на:

1. хронични чернодробни заболявания в детската възраст;
2. хронични вирусни хепатити: вирусна репликация, генотипизиране на HCV и субтипизиране на HCV генотип 1, оценка на тежестта на чернодробното заболяване и неговите усложнения;
3. пациенти с възникнали остри усложнения при противовирусно или имуносупресивно лечение, които не могат да бъдат овладени в амбулаторни условия;
4. специфично лечение при болест на Уилсън и хемохроматоза;
5. Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти със:
6. комплекс от клинични симптоми, характерни за хронично чернодробно заболяване, лабораторно или инструментално установено отклонение без данни за бърза прогресия – за диагностично уточняване и лечение в болнични условия след приключване на диагностично-лечебния процес в специализираната извънболнична медицинска помощ;

7. известно хронично чернодробно заболяване без усложнения, провеждащи амбулаторно лечение без добър терапевтичен ефект;

8. стартиране, проследяване и оценка на ефективността на:

9. антивирусно лечение на хронични вирусни хепатити и цирози;

10. специфична/патогенетична терапия при редки чернодробни заболявания и авто-имунни заболявания на черния дроб, както и лечение на възникналите усложнения.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема в първите 24 часа от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва от 24 час до 48 час от постъпването . В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. При необходимост КТ или МРТ се извършват до края на болничния престой. Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията. **Базисни изследвания**

Лабораторни изследвания, съобразени с посочените в блок Основни процедури:

- хематологични показатели - хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, Hct и изчислени съотношения, с диференциално броене на клетки;
- биохимични изследвания – АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, общ белтък, албумин, общ и директен билирубин; кръвна захар, креатинин;
- хемостаза (фибриноген, протромбиново време/индекс/INR, АПТТ/ пТПВ/ККВ), фибриноген, други – по индикации; - урина – общо изследване.

При показания – етиологична диагноза – Hbs Ag, Anti HCV, anti HDV, CMV, HIV и други вирусни маркери, автоантитела, имуноглобулини и други имунологични изслудвания, серумно желязо, ЖСК, феритин, церулоплазмин, мед в серума и куприурия, алфа1-глобулин, порфирини, TSH, α-фетопротеин, ЛДХ, ОГТТ и определяне на кръвна захар и инсулин, пикочна киселина, общ холестерол, LHL- и HDL- холестерол, триглицериди и други.

При показания - микробиологични и паразитологични изследвания.

Инструментални изследвания:

- рентгенография на бял дроб и сърце – при показания;
- ЕКГ – над 9 години;
- ехография на коремни органи с доплерово изследване.

Други инструментални и функционални изследвания - при показания.

- езофагогастроскопия (ФГС) или контрастна рентгенография на хранопровода и стомаха (алтернативен метод) или други отдели на ГИТ– при показания; - КТ на коремни органи, мозък, ЕЕГ, МРТ – при показания.

Консултации – при индикации:

- очен преглед за пръстен на Kayser- Flaischer, очно дъно, невролог и други - при индикации;
- при необходимост се провежда консултация с клиничен токсиколог.

ЛЕЧЕНИЕ

Провеждане на етиологично и базисно лечение на хроничното чернодробно заболяване (по индикации) – кортикостероиди, имуносупресори, D-penicillamin, UDCA, хепатопротектори, витамини, глюкозни разтвори, кръвопускане и други; лечение на усложненията.

Провеждане на лечение на усложненията на чернодробното заболяване.

Реанимационни мероприятия, корекция на жизненоважни функции и показатели.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Въз основа на комплекс от проведените изследвания.

– *хроничен вирусен хепатит* – на базата на позитивни серологични маркери за **HBV, HCV** или HDV в съчетание с данните от хистоморфологичното изследване на материал от чернодробна биопсия;

– *хроничен автоимунен хепатит* - на базата на позитивни автоантитела в съчетание с данните от хистоморфологичното изследване на материал от чернодробна биопсия;

– *стеатозен хепатит* – на базата на ехографски белези за стеатоза и биохимични параметри в съчетание с данните от хистоморфологичното изследване на материал от чернодробна биопсия;

– *хронични хепатити с метаболитна етиология* – на базата на доказан метаболитен дефект.

Чернодробната биопсия с морфологично изследване не е задължителна. Провежда се само по индикации и липса на противопоказания за извършване!

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- осигуряване на коректна диагноза и лечение;
- корекция на променените параметри и усложнения при хронично чернодробно заболяване;
- изготвени препоръки за антивирусно лечение (протокол).

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ХРОНИЧНИ ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Черният дроб е най-големият орган в човешкото тяло. Разположен е в горната дясна коремна половина, под ребрата. В него се извършва неутрализирането на токсините от кръвта, синтезират се имунни агенти, подпомагащи контрола върху инфекциите, отстраняват се случайно попаднали в кръвта микроорганизми. Синтезира най-важния белтък на кръвта - албумин и други белтъци, които регулират съсирването на кръвта. Образува жлъчка, която подпомага смилането на мазнините и усвояването на мастно-разтворимите витамини. Животът не е възможен без функциониращ черен дроб.

Какво е хроничен хепатит?

Хепатит означава възпаление на черния дроб. Най-честа причина за това са вирусните инфекции, но същия или подобен увреждащ ефект могат да имат метаболитни (засягат обмяната на веществата в организма) и автоимунни заболявания на черния дроб. В повечето случаи острите хепатити оздравяват в рамките на 3 месеца. Възпаление на черния дроб, което продължава повече от 6 месеца, се нарича хроничен хепатит.

Какво е значението на хроничните хепатити?

Хроничният хепатит е прогресиращо заболяване до чернодробна цироза и чернодробен карцином.

Кои са главните причини за хроничен хепатит ?

Най-честа причина са вирусните инфекции - вирус В, С, Д.

Хепатит В се причинява от вирус с висока инфектираща способност. Заразяването се извършва по полов път (при извършване на небезопасен секс); хоризонтално – при постоянен тесен битов контакт с носители на вируса; перинатално - от майката - носител към плода по време на раждането; все по-ограничен е кръвният път на зараза. Обикновено протичането на хроничния хепатит В е безсимптомно или с дискретни неспецифични оплаквания - повишена уморяемост. Лечението с интерферон (подпомага имунната система на организма в борбата й с вируса) или с противовирусни медикаменти (ламивудин), които спират размножаването на вируса, се провежда при активиране на заболяването, преценено по повишения ензим АЛТ и активно размножаване на вируса в организма за период от половин до 1 година. Обичайно лечението е съпроводено с нетежки странични ефекти. При инфектиране в периода на новороденото възможността за хронифициране на хепатит В е много висока – 90-95%. Единствен ефективен и евтин път за предотвратяване на инфекцията и заболяването от хепатит В, е активната имунизация.

Хепатит Д може да възникне при дълготрайно носителство на хепатит В. Увреждането на черния дроб при тази инфекция протича много по-бързо и по-тежко. Лечението с интерферон е без особен ефект, изразява се предимно в забавяне хода на заболяването.

Хепатит С се среща най-често сред инжектиращи се и “смъркащи” наркомани; при татуировки, пробиване уши или други части на тялото. В голям процент от случаите – до 30-40% не може да се намери източника на зараза. По изключение се предава по полов път или от майка на новороденото. Протичането на хроничният хепатит С обикновено е безсимптомно или също с оплаквания от хронична умора. Ходът на заболяването е много бавен. При липса на активност се препоръчва внимателно проследяване. Лечението с интерферон в комбинация с антивирусния препарат рибавирин се провежда при активиране за период най-често от 1 година.

Болестта на Уилсън е наследствено заболяване, причинено от дефект в отделянето на мед чрез жлъчния сок от организма на пациентите. Последва прекомерно натрупване на мед в черния дроб, мозъка, роговицата на очите, ставите, червените кръвни клетки, бъбреците на болните. Засягат се много органи, оплакванията са разнообразни, но най-често са свързани с черния дроб (пожълтяване, тъмна урина, повишена уморяемост, отоци, повишена раздразнителност, продължително кървене от лигавиците) и нервната система (забавен говор, нарушен почерк, застинало лице, треперене на пръстите, нестабилна походка, затруднено гълтане). Лечението се провежда с препарата пеницилами н (купренил), който извлича излишната мед от организма на пациентите. Лечението е за цял живот. За разлика от болестта на Уилсън **хемохроматозата** (прекомерно натрупване на желязо в черния дроб и други органи като задстомашната жлеза, кожа, покривните клетки на червата, сърцето и жлезите с вътрешна секреция, поради повишеното усвояване на желязото от червата) е рядко заболяване. Единствения сигурен начин за извличане на излишното желязо от организма е системното кръвопускане.

Автоимунният хепатит е рядко заболяване, по-чест при жени (най-често в юношеството или около климакса). Причините за него все още са неизвестни. Предполага се, че неизвестната причина въздейства така на имунната система на организма, че тя започва да атакува и руши собствения черен дроб. Наблюдават се разнообразни симптоми от различни органи и системи, засегнати по същия начин от имунната атака (възпаление на щитовидната жлеза, висока температура, диабет, обриви по тялото). Протичането на автоимунния хепатит е тежко. Лечението се провежда с лекарства, потискащи имунната система – кортикостероиди, имуран до живот. В много случаи то е животоспасяващо. Страничните им ефекти са сериозни, често лечението се спира от пациентите. Необходима е добра колаборация между лекар-пациент.

Друго заболяване, засягащо предимно жени е **първичната билиарна цироза**. В ранните стадии на заболяването имунната система атакува най-малките жлъчни каналчета и протича дълго време само със сърбеж. Постепенно кожата се променя, става твърда и се появява жълтеница. В ранните стадии прогресиращия ход на заболяването може да бъде спрян с урсодезоксихолева киселина.

Останалите хронични чернодробни заболявания са редки.

Най-честата форма на чернодробно увреждане е т.н. стеатоза на черния дроб. Представлява отлагане на масти, а при определени условия прераства в стеатозен хепатит. Застрашени са лицата с диабет, затлъстяване и повишение на серумните липиди. Лечението е насочено преди всичко към корекция на отклоненията на метаболитните промени и подпомагане на функцията на черния дроб.

Необходимо ли е спазване на специална “чернодробна диета”?

В повечето случаи – не. Храненето трябва да бъде добре балансирано, разнообразно, без ограничения и редовно. При болестта на Уилсън се препоръчва избягване на храни, богати на мед (животински дреболии, морски плодове, шоколад, ядки), а при хемохроматоза - тези, богати на желязо (червени на цвят меса).

Каква е прогнозата?

Прогнозата е благоприятна при навременна диагноза и ранно започнато лечение. Протичането на автоимунния хепатит е твърде индивидуално - в част от случаите с бърз преход в чернодробна цироза. В голяма част от случаите е необходимо дългогодишно лечение или лечение до живот.

КП № 77
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНИ ДИАРИИ С НАЧАЛО В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Други неинфекциозни гастроентерити и колити

К52.8 Други уточнени неинфекциозни гастроентерити и колити
Еозинофилен гастрит или гастроентерит

Нарушена резорбция в червата

Не включва: дължаща се на хирургична намеса върху стомашночревния тракт (К91.2)

К90.0 Цьолиакия
Глутеночувствителна ентеропатия
Идиопатична стеаторея
Нетропично шпру

К90.1 Тропично шпру
Шпру БДУ
Тропична стеаторея

К90.2 Синдром на сляпата бримка, некласифициран другаде
Синдром на сляпата бримка БДУ
Не включва: синдром на сляпата бримка:
- вроден (Q43.8)
- след хирургична намеса (К91.2)

К90.3 Панкреатична стеаторея

К90.4 Нарушена резорбция, причинена от непоносимост, некласифицирана другаде
Нарушена резорбция, причинена от непоносимост към:
- въглехидрати
- масти
- белтък

Не включва: глутеночувствителна ентеропатия (К90.0)
непоносимост към лактоза (Е73.—)

К90.8 Други нарушения на резорбцията в червата
Болест на Whipple (М14.8*)

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, некласифицирани другаде

Не включва: гастройеюнална язва (К28.—)
радиационен:
- колит (К52.0)
- гастроентерит (К52.0)
- проктит (К62.7)

К91.2 Нарушение на резорбцията след хирургична намеса, некласифицирано другаде
Синдром на сляпата бримка след хирургична намеса
Не включва: нарушение на резорбцията:
- остеомалация при възрастни (М83.2)
- остеопороза след хирургични намеси (М81.3)

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Панендоскопия

Включва: двойна балонна ендоскопия

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD]

Панендоскопия с ексцизия

Дуоденоскопия }
Гастроскопия } с ексцизия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD] }
Включва: двойно балонна ентероскопия

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

30473-06 Панендоскопия до илеума с биопсия

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

58915-00 Контрастно изследване на тънки черва
Серийно изследване на тънки черва
Включва: предварителен общ план
Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975])

Фиброоптична колоноскопия

32090-00 Фиброоптична колоноскопия до цекума
Дълга колоноскопия
Включва: оглед на илеума *Не включва*: такава с:

- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

32084-00 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика
Гъвкава сигмоидоскопия
Къса колоноскопия
Не включва: тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911])
такава с:

- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

Фиброоптична колоноскопия с ексцизия

32090-01 Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия
Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии
Дълга колоноскопия с биопсия

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58912-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум с последващо изследване до дебело черво
Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах и дуоденум и последваща до колон

58909-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Включва: предварителен общ план
Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])
радиография на корем (58900-00 [1977])

58915-00 Контрастно изследване на тънки черва
Серийно изследване на тънки черва
Включва: предварителен общ план
Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975])

58921-00 Друга контрастна клизма
Включва: изследване с въздушен контраст
предварителен общ план

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем
Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах
Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Микробиологични изследвания

91937-00 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка

91937-01 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

91919-03 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за бактериална намазка

91919-04 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура

91919-05 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура и чувствителност

1925 Паразитологични изследвания

91932-03 Микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма за паразитология

91932-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и сперма за бактериална намазка

91932-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и сперма за култура

91920-02 Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
антибиограма

91919-09 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология

91937-03 Микроскопско изследване на кръв за паразитология
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92077-00 Друга ректална промивка

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05 Приложение на гама глобулин
Инжектиране или трансфузия на:
- гама глобулин
- имуноглобулин
- Intragam

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация
  - и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени **в блок Кодове на основни процедури.**

1. При отказ на пациента от ендоскопска процедура (което задължително се регистрира писмено и документът се съхранява от лечебното заведение), едната от диагностичните процедури задължително е рентгенографско изследване на гастроинтестиналния тракт.
2. Терапевтичните процедури: 96199-08; 96199-02 и 96199-02 се кодират само при тридневен курс на лечение, като в ИЗ се посочва вида, дозата и курса на лечение.
3. Терапевтична процедура 96199-09, 96200-09 и 96197-09 се кодира като в ИЗ изрично се посочва вида и количеството на приложеното вещество.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастронтерология", от обхвата на медицинска специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана наймалко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по детска гастроентерология или Клиника/отделение по педиатрия
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност педиатрия – минимум четирима, от които поне един със специалност по детска гастроентерология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

От работещите в структурата лекари-специалисти минимум един с квалификация по „конвенционална абдоминална ехография“ и/или „конвенционална горна и долна гастроинтестинална ендоскопия с биопсия – първо ниво“.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на:

- хронична диария, довела до тежка дехидратация - II или III степен (постентеритен синдром, целиакична криза), или при силно изразена малнутриция;
- диария, продължила над 14 дни, характеризираща се с отделянето на 5 до 8 и повече кашави или воднисти изпражнения, в по-голям обем, с неприятна миризма (кисела или зловонна) и наличие на несмлени хранителни частици в тях;
- наличие на малабсорбционен (малдигестия и/или малабсорбция) и консумативен синдром, независимо от степента на изразеност странични чернодробни заболявания в детската възраст.

б)Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до края на първия ден от хоспитализацията. Ехография на коремни органи и ретроперитонеум се извършва до 72 час от постъпването. В случаи на спешност горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 24 часа от постъпването. В случаи извън спешност, горна ендоскопия или контрастна рентгенография се извършват до 3 ден от началото на хоспитализацията при минимален болничен престой. Клиниколабораторни изследвания на патологично променените показатели се извършват по преценка до края на хоспитализацията.

Хроничните диарии са група заболявания с различна етиология. Общото между тях е хроничната диария, която има продължителност над 14 дни. Хроничните диарии най-често са свързани с малабсорбционен синдром, дължащ се на първични или вторични поражения на тънкото или дебелото черво, на хепатобилиарната система или на панкреаса. Окончателната диагноза в повечето случаи е хистоморфологичната находка от тънко или дебело черво.

Диагнозата включва:

Изследванията са съобразени с посочените в блок Основни процедури

1) Анамнеза и физикално изследване, следене на жизненоважни функции.

- Хематологични изследвания – хемоглобин, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, хематокрит, диференциално броене.
- Биохимични изследвания – общ белтък, албумин, кръвна захар, креатинин, урея, йонограма с калций и фосфор, серумно желязо, ЖСК, газов анализ; при показания – АСАТ, АЛАТ, ГГТП, АФ, билирубин с фракции, фибриноген, протромбиново време, протеинограма, имуноглобулини, автоантитела, липиди, холестерол.
- Урина – общо изследване.
- Урокултура и хемокултура - при клинични данни за инфекция.
- Изследване на фецес – микробиологично и паразитологично.
- Функционално изследване на тънко и дебело черво:
- кръвен Д – ксилозен тест;
- обременяване с ди- и монозахариди;
- дихателен водороден тест;
- pH и редуциращи субстанции във фецес;
- копроцитограма;
- масти в изпражненията;
- фекален алфа 1 – антитрипсин.

2) Инструментални изследвания:

- тънкочревна аспирационна биопсия с хистологично изследване – при целиакия, алергична гастроентеропатия, и по показания при постентеритен синдром;
- фиброезофагогастродуоденоскопия с етажни биопсии с хистологично изследване - при болест на Крон;
- фибросигмоидоскопия и/или фиброколоноскопия с множествени биопсии с хистологично изследване – при улцерозен колит, други колити, болест на Крон; - рентгеново-контрастно изследване на стомашно-чревния тракт или иригография - при показания;
- ехография на коремни органи – при показания.

Етиологична диагноза: антиглиадинови, антиендомизиумни антитела и антитела спрямо тъканна трансглутаминаза (целиакия); автоантитела (улцерозен колит, болест на Крон); микробиологично или вирусологично изследване на фецес, дихателен водороден тест (постентеритен синдром); хранителни елиминационно - провокационни тестове (алергия към хранителни протеини).

Други допълнителни изследвания - при показание – преглед на преден очен сегмент, консултация с ревматолог с оглед прояви на артрит (болест на Крон, улцерозен колит).

Лечението на хроничната диария зависи от нейната етиология. Едни от най-често срещаните хронични диарии в детска възраст са:

а) Постентеритен синдром

Диарията се наблюдава през първата година от живота. Обикновено последва остър гастроентерит, продължава повече от 14 дни и по-малко от 2 месеца. В някои случаи може да настъпи и вторична алергия към протеините на кравето мляко. Лечението е диетично – нисколактозно или хидролизирано мляко. По преценка могат да се назначат антимикробни средства и/или еубиотици.

б) Целиакия

Тази диария представлява генетично обусловена постоянна непоносимост на тънкочревната лигавица към глутена на житните храни. Лечението включва безглутенова диета за цял живот. При поставяне на диагнозата по показание може да са необходими – частично парентерално хранене, биопродукти (цялостна кръв, плазма, хуман-албумин), антибиотично лечение. При показания – нисколактозно мляко за първите 3 месеца след диагностициране на заболяването, както и прилагането на поливитамини (А, Д, Е, К, група В), микроелементи (калций, цинк), желязни и микрогранулирани панкреасни препарати. Фолиевата киселина се прилага в поддържаща доза от 5 mg ежедневно през първите 2 години след диагностициране на заболяването.

г) Алергия към протеините на кравето мляко и други хранителни протеини

Алергията към хранителни протеини се осъществява от 2 типа алергични реакции:

тип I (алергия към хранителни протеини – изявява се предимно с екстраинтестинални прояви) и тип IV (непоносимост към хранителни протеини). Последната се характеризира с изменения в тънкочревната лигавица (алергична ентеропатия). Непоносимостта към хранителни протеини се среща главно при кърмачета и деца до 2 -3 годишна възраст. Клинически се изявява със синдром на малабсорбция – безапетитие, хипотрофия, бледост (поради анемия), балониране на корема и хронична диария.

При 90 % от децата с хранителна алергия най-честите алергени са протеините на кравето мляко и соята и по-рядко тези на яйцата, пшеницата, фъстъците, рибата, говеждото и свинското месо; морските продукти, плодовете и зеленчуците. Лечението е главно диетично и се състои в отстраняване на хранителния алерген. Често болните са алергични към една, две или повече храни, които се изключват от диетата. При алергия към протеините на кравето мляко, която е най-често при кърмачета и малки деца, лечението се състои в пълното елиминиране на кравето мляко, млечните продукти, телешкото и говеждо месо. Препоръчват се диетични млека на основата на хидролизиран белтък от краве мляко или колаген. След 6 месечна възраст могат да се предписват и млека на соева основа. Медикаментозното лечение включва прилагането на динатриев кромогликат, както и Н1 – блокери.

При установени отклонения на лабораторни показатели и биоконстанти задължително се извършват контролни изследвания.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

а) постентеритен синдром - въз основа на клиничните и лабораторните данни;
б) целиакия - въз основа на клиничните, лабораторните, имунологичните и патохистологичните данни;
в) улцерозен колит и болест на Крон – въз основа на клиничните, лабораторните, имунологичните и патохистологичните данни, както и резултатите от образната диагностика;
д) алергия към хранителни протеини - въз основа на клиничните симптоми, лабораторните изследвания и елиминационно - провокационните тестове.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и изпълнение на едно или повече от следните условия:

- овладяване на клиничната симптоматика;
- точно определяне на терапевтичната стратегия за продължение на лечението.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Хроничните диарии представляват нарушение в чревната абсорбция на основните хранителни съставки. Основната проява на това нарушение е хроничната диария. Съществуват разлики както в причините, така и в протичането на заболяването. Едни от най-често срещаните хронични диарии са постентеритният синдром, целиакията, хроничен улцерозен колит и болест на Крон и алергия към протеините на кравето мляко и други хранителни протеини.

Постентеритният синдром започва с проявите на остра инфекциозна диария – повишена температура, балониране на корема, колики, повръщане и диария. Ако независимо от приложеното антибактериално лечение и рехидратационно лечение диарията, която е водниста и има кисела миризма, продължи повече от две седмици, най-вероятно възниква диария при постентеритен синдром. Причината е във възникналите вторично ензимни дефицити, които не позволяват разграждането на въглехидратите (лактоза или захароза). Понякога възниква и вторична непоносимост към белтъците на кравето мляко и към други хранителни протеини (соя, яйца, брашно, риба). Лечението е главно диетично. Строгото спазване на диетата – без лактоза и/или захароза или използване на безмлечни храни, гарантира добрият изход на заболяването.

Целиакията е заболяване, изявяващо се най-често с хронична диария, отслабване, голям корем и промени в поведението на детето. При заболяването има вродена непоносимост към един белтък – глутена на житните храни (пшеница, ръж, овес, ечемик). Често в 10-15% от семействата на болното дете има и друг член на семейството с това заболяване, което може да е проявено или да е все още в латентно състояние. Основното лечение на целиакията при поставена чрез серологични тестове и тънкочревна биопсия диагноза, е строгото спазване на безглутенова диета за цял живот. Строгост на безглутеновата диета осигурява нормално пубертетно развитие, качество на живот и нормална репродуктивна способност.

Хроничният улцерозен колит и болестта на Крон са възпалителни чревни заболявания, с автоимунна генеза и все още неизяснени причини. Улцерозният колит и колитът при болестта на Крон протичат с хронична слузно-кървава диария, балониране на корема, повишаване на температурата и отслабване. При болестта на Крон хроничната диария може да се дължи на засягане на крайната част на тънкото черво и хроничната диария наподобява тази при целиакията. Лечението при улцерозният колит и болестта на Крон е сходно – прилагане на кортикостероиди, салазопирин или салофалк, имуран в различни комбинации в зависимост от тежестта на заболяването. Продължителността на лечението е две години или повече. Строгостта на лечението осигурява благоприятният изход на заболявянето.

Алергията към протеините на кравето мляко е най- често срещана в кърмаческа и ранна детска възраст и честотата й варира от 3 до 7 % от децата в европейските страни. Алергичната реакция е генетически обусловена , а предразполагащи фактори за ранната й изява са хранене с краве мляко (адаптирано или квасено) в родилните домове или немотивирано преминаване към смесено или изкуствено хранене. Извън протеините на кравето мляко, макар и по-рядко алергична реакция може да бъде предизвикана и от белтъчините на соята, яйцата, пшеницата, фъстъците, рибата, говеждото и телешкото месо; морските продукти, цитрусовите и мъхестите плодове и от някои зеленчуци. Клиничните симптоми на хранителната алергия (главно към белтъците на кравето мляко) могат да се проявят часове след приема на краве мляко (адаптирано или квасено) или друга храна – алерген или да се забавят със седмици, което затруднява диагнозата. Ранните клинични

прояви включват повръщане, отоци, подуване на коремчето, колики, диария, по-рядко запек. Много често е появата на алергичен кожен обрив по лицето и тялото. Късните клинични прояви са безапетитие, бледност (поради анемия) и хронична диария, която продължава повече от 2 седмици. Лечението е главно диетично и се състои в пълно изключване на съответната храна алерген. Често болните са алергични към една, две или повече храни, които се изключват от диетата. При алергия към протеините на кравето мляко у кърмачета и малки деца лечението се състои в пълното изключване на кравето мляко, млечните продукти, телешкото и говеждото месо. Кравето мляко се замества с хидролизирано или соево мляко.

Какво трябва да се направи за ранното диагностициране на хроничната диария у вашето дете?

При проява на диария продължаваща повече от две седмици (тук се изключва острата инфекциозна диария), при отслабване на детето, при промяна на апетита (понижен, капризен, избирателен) и поведението му, уголемяване на корема, всички тези прояви трябва да будят съмнение за започваща хронична диария.

Необходимо е да се осъществява незабавна консултация с общопрактикуващия лекар, да се изследват пълна кръвна картина и изпражнения за изключване на чревна инфекция. При отрицателен микробиологичен резултат детето се насочва към лекарспециалист по педиатрия от извънболничната помощ или към детска гастроентерологична клиника в болнично лечебно заведение.

КП № 78.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАН ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Инсулинозависим захарен диабет

Включва: захарен диабет
- лабилен
- с начало в млада възраст
- склонен към кетоза
- тип I

Не включва: захарен диабет (при):
- свързан с недохранване (E12.—)
- неонатален (P72.2)
- бременност, раждане и послеродов период (O24.—)

глюкозурия:
- БДУ (R81)
- бъбречна (E74.8)

нарушен глюкозен толеранс
следхирургична хипоинсулинемия (E89.1)

E10.0 Инсулинозависим захарен диабет с кома
Диабетна:
- кома със или без кетоацидоза
- хиперосмоларна кома
- хипогликемична кома

Хипергликемична кома БДУ

E10.1 Инсулинозависим захарен диабет с кетоацидоза
Диабетна:
- ацидоза
- кетоацидоза

без споменаване на кома

E10.2† Инсулинозависим захарен диабет с бъбречни усложнения
Диабетна нефропатия (N08.3*)
Интракапилярна гломерулонефроза (N08.3*)
Синдром на Kimmelstiel-Wilson (N08.3*)

E10.3† Инсулинозависим захарен диабет с очни усложнения
Диабетна:
- катаракта (H28.0*)
- ретинопатия (H36.0*)

E10.4† Инсулинозависим захарен диабет с неврологични усложнения
Диабетна:
- амиотрофия (G73.0*)
- автономна невропатия (G99.0*)
- мононевропатия (G59.0*)
- полиневропатия (G63.2*)
- автономна (G99.0*)

E10.5† Инсулинозависим захарен диабет с периферни съдови усложнения
Диабетна:
- периферна ангиопатия† (I79.2*)

E10.7 Инсулинозависим захарен диабет с множествени усложнения

E10.9 Инсулинозависим захарен диабет без усложнения

Неинсулинозависим захарен диабет

Включва: диабет (захарен)(без затлъстяване)(със затлъстяване):

• с начало в зряла възраст
• некетогенен
• стабилен
• тип II
неинсулинзависим диабет при млади хора

Не включва: захарен диабет (при):
• свързан с недохранване (E12.—)
• неонатален (P70.2)
• бременност, раждане и послеродов период (O24.—)
глюкозурия:
• БДУ (R81)
• бъбречна (E74.8)
нарушен глюкозен толеранс
следхирургична хипоинсулинемия (E89.1)

E11.0 Неинсулинозависим захарен диабет с кома
Диабетна:
• кома със или без кетоацидоза
• хиперосмоларна кома
• хипогликемична кома

E11.1 Неинсулинозависим захарен диабет с кетоацидоза
Диабетна:
• ацидоза
• кетоацидоза

без споменаване на кома

E11.2† Неинсулинозависим захарен диабет с бъбречни усложнения
Диабетна нефропатия (N08.3*)
Интракапилярна гломерулонефроза (N08.3*)
Синдром на Kimmelstiel-Wilson (N08.3*)

E11.3† Неинсулинозависим захарен диабет с очни усложнения Диабетна:
• катаракта (H28.0*)
• ретинопатия (H36.0*)

E11.4† Неинсулинозависим захарен диабет с неврологични усложнения Диабетна:
• амиотрофия (G73.0*)
• автономна невропатия (G99.0*)
• мононевропатия (G59.0*)
• полиневропатия (G63.2*)
• автономна (G99.0*)

E11.5† Неинсулинозависим захарен диабет с периферни съдови усложнения
Диабетна:
• периферна ангиопатия† (I79.2*)

E11.7 Неинсулинозависим захарен диабет с множествени усложнения

E11.9 Неинсулинозависим захарен диабет без усложнения

R 73.0 Отклонения на резултатите от нормата при теста за толерантност при глюкозата
Диабет:
• химичен
• латентен
Нарушена толерантност към глюкозата
Предиабет

Диагнозите **E10.2†, E10.3†, E10.4†, E10.5†, E11.2†, E11.3†, E11.4† и E11.5†** се използват за кодиране само в случаите, когато поводът за хоспитализация и основната диагноза е декомпенсиран захарен диабет, а останалите бъбречни, очни и неврологични заболявания са усложнения, произтичащи от основното заболяване.

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Радиография на долен крайник

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1948 Дуплекс ултразвук на други съдове

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места
Дуплекс ултразвук на съдове БДУ
Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

90908-00 Ултразвук на друго място

1932 Изследвания на урината

Извършват се задължително всяко едно от следните:
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-14 Изследване за белтък в урината
91920-18 Изследване за кетони в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-03 Изследване за албумин в урината. Микроалбуминурия

91920-13 Изследване на амилаза в урината - по преценка
91920-16 Изследване за билирубин в урината – по преценка
91920-17 Изследване за нитрити в урината – по преценка

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1858 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Извършват се някои от следните изследвания:

91910-03 Кръвно-захарен профил
91910-24 Клинично-химични изследвания за гликиран хемоглобин
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1931 Хормонални изследвания

91904-14 Орален глюкозотолерансен тест
91225-04 Глюкагонов тест

Невромускулна електродиагностика

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Консултация или обучение свързани с лична грижа и други ежедневни дейности/независим живот

96067-00 Хранителни/диетични консултации или образование
Не включва: превантивна консултация или обучение (96066-00 [1867])

96072-00 Предписани/самостоятелно избрани медикаменти, консултиране или обучение
Забележка: Медикаментозни консултация или обучение включва съвет за действие/ефект (странични или други) на лекарствата, върху управлението на лекарствения режим и върху изписването на медикаменти. Включва също съвет за предпазване от странични лекарствени ефекти и осигуряване на обучителни материали относно медикаментозното лечение. Този съвет може да бъде даден на клиентите или на други доставчици на услуги.
Не включва: консултация или обучение за системите за доставка на медикаменти (96071-00 [1867])
съвети или обучение при привикване към субстанции (96073-00 [1867])

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
96200-06	Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин
96199-06	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
91225-04	Глюкагонов тест
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които задължително едната включва всички изследвания, посочени в блок 1923 и всички изследвания, посочени в блок 1932 без тези по преценка, и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Включването на лечение с група медицински изделия "Затворени системи с автоматизиран алгоритъм за контрол на гликемията" е чрез ЛКК на съответното лечебно заведение. За целта е необходимо да са изпълнени 5 от 8 критерия, като задължителни са посочените в т. 1, 2 и 8:

№	Критерии за включване група медицински изделия "Затворени системи с автоматизиран алгоритъм за контрол на гликемията"
1.	Потвърдена диагноза захарен диабет тип 1;
2.	Провеждане на интензифицирана инсулинова терапия с поне 4 апликации за денонощие/лечение с инсулинова помпа и опит със сензор за продължително глюкозно мониториране;
3.	Чести и непредвидими, вкл. тежки дневни и/или нощни хипогликемии (време под < 3.9 mmol/l – TBR > 4 %);
4.	Лица под 18-годишна възраст;
5.	Бременност/планирана бременност;
6.	Глюкозна вариабилност (CV>30 %);
7.	Време в таргет (3,9 – 10 ммол/л, TIR) < 70 %;
8.	Липса на изключващи критерии: · Захарен диабет с давност под 6 месеца; · Липса на адекватна комуникация с лекуващия лекар/лекуващия екип и неспазване на изискването за четирикратен контакт с центъра/клиниката, като поне два пъти под формата на КП № 78.1/КП № 78.2 или АПр № 46/АПр № 47; · Пациентът/родителите му не се справят технически в работата със "Затворената система с автоматизиран алгоритъм за контрол на гликемията" и не могат да използват въглехидратно броене. *Липсата на изключващи критерии да се удостоверява с подписите на специалистите (специалност "Ендокринология и болести на обмяната" – код 05, и специалност "Детска ендокринология и болести на обмяната" – код 34) от комисията.

*Системата е индикирана за деца над 7-годишна възраст.

№	Критерии за продължаване на лечението с група медицински изделия "Затворени системи с автоматизиран алгоритъм за контрол на гликемията"
1.	Липса на изключващи критерии: · Захарен диабет с давност под 6 месеца; · Липса на адекватна комуникация с лекуващия лекар/лекуващия екип и неспазване на изискването за четирикратен контакт с центъра/клиниката, като поне два пъти под формата на КП № 78.1/КП № 78.2 или АПр № 46/АПр № 47; · Пациентът/родителите му не се справят технически в работата със "Затворената система с автоматизиран алгоритъм за контрол на гликемията" и не могат да използват въглехидратно броене. *Липсата на изключващи критерии да се удостоверява с подписите на специалистите (специалност "Ендокринология и болести на обмяната" – код 05, и специалност "Детска ендокринология и болести на обмяната" – код 34) от комисията.
2.	Подобрение в метаболитния контрол с постигане на eGMI < 7.0 % и/или HbA1c < 7.0 %.

Към системата безвъзмездно се осигуряват консумативи и сензори за период от 3 месеца. Необходимо е пациентът/родителите на пациента да подпишат декларация за информирано съгласие при изписване на медицинското изделие и да представят служебна бележка от фирмата, предоставяща автоматизираната хибридна помпа, че ги е обучила технически за работа с медицинското изделие.

4. <u>УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Ендокринология и болести на обмяната", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ендокринология и болести на обмяната" Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ендокринология или Клиника/отделение по вътрешни болести
2. Клинична лаборатория I ниво
3. Структура по Образна диагностика, разполагаща с рентгенов апарат.
4. Ехографски апарат

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ

ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Учебен център за обучение на пациенти и родители на деца със захарен диабет

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- двама лекари, от които поне единият е с призната специалност по ендокринология, вторият – с призната специалност по вътрешни болести или ендокринология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Спешна диагностика и лечение на болни със захарен диабет при:

- хипогликемия с персистиращо нарушение в съзнанието, кръвна захар под 3 mmol/l;
- диабетна кетоацидоза – кръвна захар над 14 mmol/l, кетонемия/кетонурия, ацидоза с pH < 7.3, HCO3<15 mmol/l;
- хипергликемични хиперосмоларни състояния – кръвна захар над 35 mmol/l на гладно, серумен осмолалитет над 320 mOsm/kg, ацидемия;

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение при пациенти със захарен диабет за първоначално започване на инсулиново лечение:

- болни с новооткрит тип 1 захарен диабет за започване на инсулиново лечение;
- установени изчерпани инсулинови резерви на пациенти с тип 2 захарен диабет при кръвна захар над 10 mmol/l;

Диагностично уточняване и коригиране на терапевтично поведение при:

- тип 1 (инсулинозависим) неконтролиран диабет при деца под 18 години - при гликиран Hb (Hb A1c) над 8 % или при установена кръвна захар над 8 mmol/l на гладно и/или над 9 mmol/l постпрандиално при кръвнозахарен профил.
- новооткрит тип 2 захарен диабет до 18 годишна възраст;
- декомпенсиран захарен диабет до 18 годишна възраст;
- декомпенсиран захарен диабет при лица над 18 години при гликиран Hb (Hb A1c) над 8% или при установена кръвна захар над 14 mmol/l на гладно и/или 16 mmol/l постпрандиално при амбулаторно проведения кръвнозахарен профил, резултатите се доказват с лабораторен фиш (подписан от лекаря, извършил изследванията и с поставен личен печат), който се прилага към ИЗ;
- декомпенсиран захарен диабет и диабетна нефропатия (високи стойности на АН и креатининов клирънс под 70 мл/мин или креатинин в серума над 135 микро мола /л) и/или диабетна макроангиопатия и/или диабетна ретинопатия и/или диабетна невропатия.

При настъпило остро метаболитно усложнение или животозастрашаващо състояние - хипо или хипергликемична кома, лицето се хоспитализира, независимо от датата на последна дехоспитализация.

Изискване: При прием на пациент с декомпенсиран диабет се представя официален подписан и подпечатан лабораторен фиш (подпис от лабораторния лекар, извършил изследванията) с отразена стойност на кръвната захар на гладно или постпрандиално или стойност на HbA1c.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания извън случаите на спешност се извършва до 24 час след началото на хоспитализацията. Образни изследвания – рентгенологични и ехографски се извършват до 48 часа от постъпването. Мониториране на кръвна захар, контролни клинико – лабораторни и образни изследвания се извършват до края на болничния престой.

ЛЕЧЕНИЕ НА ДИАБЕТНА КЕТОАЦИДОЗА И ХИПЕРГЛИКЕМИЧНА КОМА ПРИ ВЪЗРАСТНИ

Диабетната кетоацидоза налага провеждане на лечение в болнични условия. Необходимо е периодично следене на жизнени показатели, ниво на кръвна захар, калий, АКР, ацетон в урината.

Венозно приложение на разтвори:

Рехидратацията се провежда с различни разтвори, съобразно нивото на кръвната захар.

- при кръвна захар над 35 mmol/l - 0,45% NaCl 500мл;
- при кръвна захар13 -35 mmol/l – 0,9% NaCl 500мл;
- при кръвна захар10 –13 mmol/l - 5% Sol.Glucosae 500мл;
- при кръвна захар 6 –10 mmol/l - 10% Sol.Glucosae 500мл.

Количеството на инжектираните разтвори зависи от общото състояние, състоянието на сърдечно-съдовата система, АН на пациента и др. Препоръчително е вливането на 2л течности през първите 4 часа, след което 2л за следващите 8 часа и след това 1л на 8 часа. При пациенти със сърдечна декомпенсация, количеството на инфузираните течности трябва да бъде под 200 ml/h и в съответсвие с тежестта на сърдечната декомпенсация, като е препоръчително това да се извършва с инфузионна помпа (инфузомат).

Инсулин - прилага се бързодействащ инсулин венозно в доза 4-10 UI/h според нивото на кръвната захар.

Калий - прилага се под контрол на нивото на серумен калий:

- при серумен калий под 3,0 mmol/l – 40 mmol калий (2 амп. KCl);
- при серумен калий 3,0- 4,5 mmol/l – 20 mmol калий (1 амп. KCl);
- при серумен калий 4.5- 5.5 mmol/l – 10 mmol калий (1/2 амп. KCl);
- при серумен калий над 5.5 mmol/l - калий не се прилага.

Бикарбонати - прилагат се само при pH ≤ 6,9. Не се прилагат болусно. Инфузират се 100 ml 8,4% р-р на $NaHCO_3$ с 20 mmol калий (1 амп. KCl) за 30 минути.

Антибиотици. При съпътстваща инфекция е необходимо провеждане на антибиотично лечение (след провеждане на проби за чувствителност), мускулно или венозно. При наличие на антибиограма от хемо-и/или урокултура, съобразно резултата.

Хепарин - прилага се, когато пациентът е в кома или при изразен плазмен хиперосмолалитет (над 350 mOsm/l), в доза 4 x 5000E дневно; подкожно или венозно.

Кислород – при нужда.

При мозъчен оток - манитол (18% 200 ml) за 20 мин; дексаметазон 6 mg/6 h (16-24 mg/24 h); поддържане на кръвната глюкоза между 10 -15 mmol/l (инфузии на глюкоза/инсулин); антиконвулсанти при нужда; седиране при нужда.

ЛЕЧЕНИЕ НА ХИПОГЛИКЕМИЧНА КОМА ПРИ ВЪЗРАСТНИ

Хипогликемичната кома налага лечение в болнично заведение според тежестта на състоянието. Необходимо е периодично следене на хемодинамични показатели, дихателна функция, ниво на кръвната захар, диуреза и др.

Постоянен венозен път: продължителна инфузия според нивото на кръвната захар:

- 20 - 40 % Glucosa– строго i.v;
- 1 mg Glucagon - i.v, при невъзможност i.m или s.c;
- глюкозни разтвори (5 -10 g/h глюкоза);
- глюкозно-инсулинови разтвори (8 g/h глюкоза с 2 – 4 UI бързодействащ инсулин);
- обемът на вливанията се съобразява с хемодинамиката, мозъчния и бъбречния статус.

При клинични данни за мозъчен оток:

- mannitol (18%, 200ml) за 20 min, дексаметазон 6 mg/6h (16 - 24 mg/24h) поддържане на кръвната глюкоза между 10 –15 mmol/l;
- антиконвулсанти и седиране при нужда;

Продължаване на подновеното подкожно инсулиново лечение с коригирани дози.

Вливане на водно-електролитни разтвори, съобразно йонограмата, хематокрита и др.

Баланс на течности.

Инжектиране на хепарин при показание.

Подаване на кислород при показание.

Назначаване на хранителен режим.

Индивидуално обучение на пациента за хипогликемията.

Обсъждане с пациента на терапевтичния план след изписването от болницата.

ЛЕЧЕНИЕ НА НОВООТКРИТ ДИАБЕТ ПРИ ВЪЗРАСТНИ

През първите един - два дни от хоспитализацията лечението се провежда с бързодействащ инсулин, инжектиран подкожно преди всяко хранене според нивото на измерената кръвна захар, и интермедиерен инсулин вечер преди сън.

След проверка на получения ефект чрез кръвнозахарни профили дозата се адаптира до постигане на най-добър резултат- кръвна захар между 4,5 и 7,0 mmol/l. В следващите дни се назначава постоянна инсулинова дозировка, като се вземат под внимание колебанията в гликемията в денонощието чрез 6-8 кратни кръвнозахарни профили (поне две постпрандиални гликемии и 1-2 нощни гликемии). Трайният инсулинов режим се определя индивидуално, съобразно колебанията на кръвната захар, особеностите на дневния режим на болния в дома, възможностите му за самостоятелно инжектиране на инсулина и др. **Избира се между:**

- *Интензифицирано инсулиново лечение* с четирикратно инжектиране на инсулин:

трикратно бързодействащ инсулин преди главните хранения и интермедиерен инсулин сутрин и вечер или дългодействащ инсулин веднъж дневно (вечер или сутрин).

- *Конвенционален режим* с интермедиерен инсулин или смесен (бързодействащ и интермедиерен инсулин) два пъти дневно; кръвнозахарните профили се правят през ден, за да се коригират дозите на инсулина с оглед постигане на стабилна гликемия в границите на добрия контрол; в този период се провежда обучение на болния за техниката на инжектиране на инсулина и за самоконтрола на гликемията в дома, за хранителния режим и мерките, които трябва да се вземат при евентуална хипогликемия или кетоацидоза.

ЛЕЧЕНИЕ НА ХИПЕРОСМОЛАРНА КОМА

Лечението започва с 20 до 30 Е бързодействащ инсулин, който се инжектира бавно венозно за 4-5 минути, разреден в 20 мл изотоничен разтвор на натриев хлорид (0,9%). Веднага след това се продължава с венозна капкова инфузия на инсулин със скорост 6 до 10 Е/час.

Оводняването на болния се извършва с изотоничен разтвор на натриев хлорид (0,9 %), като в първите два часа могат да се влеят от 500 до 1000 мл на час в зависимост от състоянието на сърдечно-съдовата система. След това се продължава с вливане на 500 мл на час. При болни със сърдечни заболявания, носещи риск от остра левокамерна недостатъчност, оводняването се провежда с по- малко течности на час.

При хипокалиемия се провежда калиево заместване чрез прибавяне на калиев хлорид в капковата инфузия в доза както при диабетна кетоацидоза.

За профилактика на възможни тромбози венозно се включва Heparin по 5000 Е на всеки 6 часа.

След спадане на осмолалитета под 300 mOsm/kg се преминава на лечение с инсулин на 6 часа, съобразно актуалната кръвна захар. **Отклонения:**

При серумен натрий над 150 ммол/л (хипернатриемия) оводняването се извършва с хипотоничен разтвор на натриев хлорид (0,45%), като физиологичен разтвор се разрежда със стерилна дестилирана вода в съотношение 1:1.

Ако след 6-часова инфузия на изотоничен разтвор на натриев хлорид, серумният осмолалитет остава над 35 ммол/л, се преминава към оводняване с хипотоничен разтвор на натриев хлорид (0,45 %) -вж.т.1.

Ако кръвната захар след двучасова инфузия не се понижи с 30 %, дозата на инсулина на час се увеличава до два пъти.

При спадане на кръвната захар под 13 ммол/л и все още висока натриемия вместо изотоничен разтвор на натриев хлорид се използва 5% глюкозен серум.

При клинични прояви на мозъчен оток се провежда лечение с Hydrocortison, а при понижение на осмолалитета под 300 mOsm/kg -с Mannitol.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Според клиничната картина, резултата от кръвнозахарния профил и другите лабораторни и инструментални изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация

Болният се изписва при:

- стабилизиране на състоянието (клинично и биохимично);
- компенсиране на високите нива на кръвна захар - постигане на кръвна захар на гладно под 12 ммол/л;
- корекция на кетоацидозата – изчистване на кетотелата;
- корекция на електролитите;
- уточнена диагноза и уточнено домашно лечение;
- проведено обучение за самоконтрол и самолечение в дома.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Захарният диабет е заболяване, при което организмът не произвежда инсулин или пък образуваният инсулин не действа ефективно. Инсулинът се произвежда от задстомашната жлеза – панкреас. Голяма част от храната съдържа въглехидрати, които в червата се превръщат в глюкоза. Тя е вид захар, която дава енергия на организма. Инсулинът е необходим за изгаряне на глюкозата в тъканите, при което се отделя енергия, необходима за нормалното функциониране на клетките. Без инсулин глюкозата не може да се разгражда, натрупва се в кръвта, а организмът страда от недостиг на енергия.

Има два типа диабет:

Захарен диабет тип 1 – при този тип не се произвежда инсулин или произведеният е крайно недостатъчен. Това налага нужният инсулин да се внася в организма с помощта на инжекции. Диабет тип 1 се среща най- често при деца и млади хора, но се наблюдава и при възрастни.

Захарен диабет тип 2 – при този тип диабет произведеният инсулин не може да понижи достатъчно кръвната захар в организма, поради намаленото изгаряне на глюкозата в клетките. В повечето случаи това се дължи на натрупване на голямо количество мазнини в организма (наднормено тегло). Лечението се състои в диетичен режим, нормализиране на теглото, физическа активност и прием на таблетки за понижаване на кръвната захар.

Симптоми:

При диабет тип 1 началото на болестта най - често е внезапно. Болните се оплакват от често уриниране, жажда, сухота в устата, безсилие, лесна умора, отслабване на тегло, по-чести инфекции, влошено зрение.

При диабет тип 2 началото е незабележимо и симптомите невинаги са добре изразени. Често болните са със затлъстяване, имат сърбеж по половите органи, обща отпадналост и уринират по няколко пъти през нощта. Често болестта остава неоткрита дълго време и едва поява на някакво усложнение става повод за поставяне на диагнозата.

Лечение: захарният диабет е хронично заболяване, което изисква непрекъснато лечение за поддържане на добър контрол на кръвната захар и за предотвратяване на диабетните усложнения. Това изисква спазване на диетичен режим с изключване на рафинирана захар, сладкиши, подсладени напитки и мед от храната. Препоръчва се консумация на повече зеленчуци и плодове и по-малко мазнини, поддържане на нормално тегло и повишена физическа активност. Тип 1 се лекува с инсулинови инжекции, а тип 2 -с таблетки.

Болните трябва да следят периодично кръвната си захар, за да се прецени ефективността на лечението.

КП № 78.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕКОМПЕНСИРАН ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Инсулинозависим захарен диабет

Включва: захарен диабет
- лабилен
- с начало в млада възраст
- склонен към кетоза
- тип I

Не включва: захарен диабет (при):
- свързан с недохранване (E12.—)
- неонатален (P72.2)
- бременност, раждане и послеродов период (O24.—)

глюкозурия:
- БДУ (R81)
- бъбречна (E74.8)

E10.0 Инсулинозависим захарен диабет с кома

Диабетна:
- кома със или без кетоацидоза
- хиперосмоларна кома
- хипогликемична кома

Хипергликемична кома БДУ

E10.1 Инсулинозависим захарен диабет с кетоацидоза

Диабетна:
- ацидоза
- кетоацидоза

без споменаване на

E10.2† Инсулинозависим захарен диабет с бъбречни усложнения

Диабетна нефропатия (N08.3*)
Интракапилярна гломерулонефроза (N08.3*)
Синдром на Kimmelstiel-Wilson (N08.3*)

E10.3† Инсулинозависим захарен диабет с очни усложнения

Диабетна:
- катаракта (H28.0*)
- ретинопатия (H36.0*)

E10.4† Инсулинозависим захарен диабет с неврологични усложнения

Диабетна:
- амиотрофия (G73.0*)
- автономна невропатия (G99.0*)
- мононевропатия (G59.0*)
- полиневропатия (G63.2*)
- автономна (G99.0*)

E10.5† Инсулинозависим захарен диабет с периферни съдови усложнения

Диабетна:
- периферна ангиопатия† (I79.2*)

E10.7 Инсулинозависим захарен диабет с множествени усложнения

E10.9 Инсулинозависим захарен диабет без усложнения

Неинсулинозависим захарен диабет

Включва: диабет (захарен)(без затлъстяване)(със затлъстяване):
- с начало в зряла възраст

• некетогенен
• стабилен
• тип II
неинсулинзависим диабет при млади хора

Не включва: захарен диабет (при):
• свързан с недохранване (E12.—)
• неонатален (P70.2)
• бременност, раждане и послеродов период (O24.—)
глюкозурия:
• БДУ (R81)
• бъбречна (E74.8)
нарушен глюкозен толеранс
следхирургична хипоинсулинемия (E89.1)

E11.0 Неинсулинозависим захарен диабет с кома
Диабетна:
• кома със или без кетоацидоза
• хиперосмоларна кома
• хипогликемична кома

E11.1 Неинсулинозависим захарен диабет с кетоацидоза
Диабетна:
• ацидоза
• кетоацидоза

без споменаване на

E11.2† Неинсулинозависим захарен диабет с бъбречни усложнения
Диабетна нефропатия (N08.3*)
Интракапилярна гломерулонефроза (N08.3*)
Синдром на Kimmelstiel-Wilson (N08.3*)

E11.3† Неинсулинозависим захарен диабет с очни усложнения
Диабетна:
• катаракта (H28.0*)
• ретинопатия (H36.0*)

E11.4† Неинсулинозависим захарен диабет с неврологични усложнения
Диабетна:
• амиотрофия (G73.0*)
• автономна невропатия (G99.0*)
• мононевропатия (G59.0*)
• полиневропатия (G63.2*)
• автономна (G99.0*)

E11.5† Неинсулинозависим захарен диабет с периферни съдови усложнения
Диабетна:
• периферна ангиопатия† (I79.2*)

E11.7 Неинсулинозависим захарен диабет с множествени усложнения

E11.9 Неинсулинозависим захарен диабет без усложнения

<u>Повишено съдържание на глюкоза в кръвта</u>

Не включва: захарен диабет (E10—E14)
в периода на бременността, раждането и послеродовия период (O24.—)
неонатални нарушения (P70.0—P70.2)
следхирургична хипоинсулинемия (E89.1

R73.0 Отклонения на резултатите от нормата при теста за толерантност при глюкозата
Диабет:
• химичен
• латентен
Нарушена толерантност към глюкозата
Предиабет

Диагнозите **E10.2†, E10.3†, E10.4†, E10.5†, E11.2†, E11.3†, E11.4† и E11.5†** се използват за кодиране само в случаите, когато поводът за хоспитализация и основната диагноза е декомпенсиран

захарен диабет, а останалите бъбречни, очни и неврологични заболявания са усложнения, произтичащи от основното заболяване.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на други съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места
Дуплекс ултразвук на съдове БДУ
Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

Ултразвук на други места

90908-00 Ултразвук на друго място

1932 Изследвания на урина

Извършват се някои от следните:
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-14 Изследване за белтък в урината
91920-16 Изследване за билирубин в урината
91920-17 Изследване за нитрити в урината
91920-18 Изследване за кетони в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-03 Изследване за албумин в урината. Микроалбуминурия

по преценка се извършват и:
91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
антибиограма
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-13 Изследване на амилаза в урината

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Извършват се някои от следните:
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди
91910-24 Клинично-химични изследвания за гликиран хемоглобин
По преценка:
91915-00 Други имунологични изследвания
91925-00 Изследване на хормон fT4
91925-01 Изследване на хормон TSH

1931 Хормонални изследвания

91904-14 Орален глюкозотолерансен тест
91225-04 Глюкагонов тест

Невромускулна електродиагностика

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Консултация или обучение свързани с лична грижа и други ежедневни дейности/независим живот

96067-00 Хранителни/диетични консултации или образование
Не включва: превантивна консултация или обучение (96066-00 [1867])

96072-00 Предписани/самостоятелно избрани медикаменти, консултиране или обучение
Забележка: Медикаментозни консултация или обучение включва съвет за действие/ефект (странични или други) на лекарствата, върху управлението на лекарствения режим и върху изписването на медикаменти. Включва също съвет за предпазване от странични лекарствени ефекти и осигуряване на обучителни материали относно медикаментозното лечение. Този съвет може да бъде даден на клиентите или на други доставчици на услуги.

Не включва: консултация или обучение за системите за доставка на медикаменти (96071-00 [1867])
съвети или обучение при привикване към субстанции (96073-00 [1867])

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
96200-06	Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин
96199-06	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
91225-04	Глюкагонов тест
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични, от които едната включва задължително всички изследвания от блок 1924, без тези по преценка и всички изследвания от блок 1932,без тези по преценка и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Включването на лечение с група медицински изделия „Затворени системи с автоматизиран алгоритъм за контрол на гликемията“ е чрез ЛКК на съответното лечебно заведение.

За целта е необходимо да са изпълнени 5 от 8 критерия, като задължителни са посочените в т. 1, 2 и 8:

№	Критерии за включване група медицински изделия „Затворени системи с автоматизиран алгоритъм за контрол на гликемията“
1.	Потвърдена диагноза захарен диабет тип 1;
2.	Провеждане на интензифицирана инсулинова терапия с поне 4 апликации

	за денонощие/лечение с инсулинова помпа и опит със сензор за продължително глюкозно мониториране;
3.	Чести и непредвидими, вкл. тежки дневни и/или нощни хипогликемии (време под < 3.9 mmol/l – TBR > 4 %);
4.	Лица под 18-годишна възраст;
5.	Бременност/планирана бременност;
6.	Глюкозна вариабилност (CV>30 %);
7.	Време в таргет (3,9 – 10 ммол/л, TIR) < 70 %;
8.	Липса на изключващи критерии: · Захарен диабет с давност под 6 месеца; · Липса на адекватна комуникация с лекуващия лекар/лекуващия екип и неспазване на изискването за четирикратен контакт с центъра/клиниката, като поне два пъти под формата на КП № 78.1/КП № 78.2 или АПр № 46/АПр № 47; · Пациентът/родителите му не се справят технически в работата със „Затворената система с автоматизиран алгоритъм за контрол на гликемията“ и не могат да използват въглехидратно броене. *Липсата на изключващи критерии да се удостоверява с подписите на специалистите (специалност „Ендокринология и болести на обмяната“ – код 05, и специалност „Детска ендокринология и болести на обмяната“ – код 34) от комисията.

*Системата е индикирана за деца над 2-годишна възраст.

№	Критерии за продължаване на лечението с група медицински изделия „Затворени системи с автоматизиран алгоритъм за контрол на гликемията“
1.	Липса на изключващи критерии: · Захарен диабет с давност под 6 месеца; · Липса на адекватна комуникация с лекуващия лекар/лекуващия екип и неспазване на изискването за четирикратен контакт с центъра/клиниката, като поне два пъти под формата на КП № 78.1/КП № 78.2 или АПр № 46/АПр № 47; · Пациентът/родителите му не се справят технически в работата със „Затворената система с автоматизиран алгоритъм за контрол на гликемията“ и не могат да използват въглехидратно броене. *Липсата на изключващи критерии да се удостоверява с подписите на специалистите (специалност „Ендокринология и болести на обмяната“ – код 05, и специалност „Детска ендокринология и болести на обмяната“ – код 34) от комисията.
2.	Подобрение в метаболитния контрол с постигане на eGMI < 7.0 % и/или HbA1c < 7.0 %.

Към системата безвъзмездно се осигуряват консумативи и сензори за период от 3 месеца.

Необходимо е пациентът/родителите на пациента да подпишат декларация за информирано съгласие при изписване на медицинското изделие и да представят служебна бележка от фирмата, предоставяща автоматизираната хибридна помпа, че ги е обучила технически за работа с медицинското изделие.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска ендокринология", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната” и първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска ендокринология или Клиника/отделение по педиатрия
2. Клинична лаборатория I ниво
3. Структура по образна диагностика, разполагаща с рентгенов апарат
4. Ехографски апарат

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Учебен център за обучение на пациенти и родители на деца със захарен диабет

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност по детска ендокринология или лекар със специалност по педиатрия с опит в областта на ендокринологията (опит се доказва след представяне на сертификат за проведено обучение от Клиника по детска ендокринология);
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Спешна диагностика и лечение на болни със захарен диабет при:

- болни от захарен диабет с персистиращо нарушение в съзнанието, кръвна захар под 3 mmol/l (установена от ОПЛ, спешна помощ или приемен кабинет);
- диабетна кетоацидоза
- болни с хиперосмоларитет – кръвна захар над 35 mmol/l на гладно или серумен осмолалитет над 320 mOsm/kg;

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение при пациенти със захарен диабет за първоначално започване на инсулиново лечение:

- болни с новооткрит тип 1 захарен диабет за започване на инсулиново лечение;
- болни с тип 2 захарен диабет с изчерпани инсулинови резерви за започване на инсулиново лечение при кръвна захар над 10.0 mmol/l;

Диагностично уточняване и коригиране на терапевтично поведение при:

- болни с тип 1 (инсулинозависим) неконтролиран диабет – при гликиран Hb (Hb A1c) над 8% или при установена кръвна захар над 8 mmol/l на гладно и/или над 9 mmol/l постпрандиално при кръвнозахарен профил.
- болни с новооткрит тип 2 захарен диабет до 18 годишна възраст;
- декомпенсиран захарен диабет до 18 годишна възраст;
- болни с декомпенсиран захарен диабет, високи стойности на АН и креатининов клирънс под 70 мл/мин или креатинин в серума над 135 микро мола /л;

При настъпило остро метаболитно усложнение или животозастрашаващо състояние - хипо или хипергликемична кома, лицето се хоспитализира, независимо от датата на последна дехоспитализация.

Изискване: При прием на пациент с декомпенсиран диабет се представя официален подписан и подпечатан лабораторен фиш (подпис от лабораторния лекар, извършил изследванията) с отразена стойност на кръвната захар на гладно или постпрандиално или стойност на HbA1c**.**

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания извън случаите на спешност се извършва до 24 час след началото на хоспитализацията. Образни изследвания – рентгенологични и/или ехографски се извършват до края на болничния престой. Мониторирането на кръвна захар се извършва ежедневно, контролни клиниколабораторни и образни изследвания се извършват до края на болничния престой.

ЛЕЧЕНИЕ НА ДИАБЕТНА КЕТОАЦИДОЗА И ХИПЕРГЛИКЕМИЧНА КОМА ПРИ ДЕЦА

Рехидратация

- провежда се само с физиологичен разтвор (0,9% NaCl) по 100 ml/kg т.м;
- първите два часа - 20% от нужните течности;
- следващите 6 часа - 30% от нужните течности;
- следващите 16 часа - останалите 50%.

Инсулиново лечение

- интензифицирано венозно - по 0,1 UI/kg.т.м./h бързодействащ човешки инсулин, разтворен във физиологичен разтвор;
- венозният инсулин се изключва при пълно нормализиране на параметрите на КАС, като 30 минути преди това се инжектира подкожен бързодействащ човешки инсулин в доза, съобразена с възрастта на детето, теглото и часа на денонощието. Постепенно се преминава на трикратен или четирикратен инсулинов режим.

Подпомагане корекцията на метаболитната ацидоза

Само при pH под 7,0 с количество $NaHCO_3$, изчислено по формулата:

$$NaHCO_3 = \frac{T \times 0,3 \times (BE - 5)}{2}$$

Не повече от 80 ml еднократно, разреден с 0,9% NaCl 1:2; 1:3; за 40 - 60 минути; никога като първа течност за рехидратация и не по-рано от 30-та минута от началото на лечението.

Корекция на калиевия дефицит

- начало - след втория час, ако няма диуреза, детето се катетеризира; липсата на диуреза не винаги е противопоказание за включване на калий;
- доза 2-4 mEq/kg т.м. венозно, концентрация 4-8 mEq/100ml инфузионна течност (физиологичен разтвор, глюкоза или коктейли от двата разтвора);
- през следващите 3 дни корекцията продължава през устата в доза 100 mg/kg т.м. в три или четири приема в денонощието.

Мониториране - кръвна глюкоза на всеки час; скорост на спадане не повече от 5.5 mmol/l/h и концентрация не по-ниска от 8-10mmol/h. КАС на 2 часа до нормализиране на параметрите. Урина за ацетон на всяка порция.

Максимално ранно захранване с антикетогенна храна.

Лечение на придружаващо заболяване (напр. инфекция).

ЛЕЧЕНИЕ НА ХИПОГЛИКЕМИЧНА КОМА ПРИ ДЕЦА

Лечение:

Glucagon - 1 mg (при деца над 8 г. възр.) и 0,5 mg (под 8 години) s.c. Дозата може да се повтори след 30 минути (при необходимост).

Glucosa 40% -20% – i.v. в доза 1ml/kg т.м. струйно за 1 - 3 минути, след което се оставя поддържаща инфузия 10% р-р на Glucosa непрекъснато, в количество, равно на въглехидратите за определен интервал от време и съобразено с нивото на кръвната глюкоза. Последната се поддържа в граници около 15 mmol/l (с глюкозна инфузия).

Всяко следващо действие се определя от състоянието на детето. При проясняване на съзнанието и възможност за приемане на вода и храна, детето се нахранва. Ако хипогликемията е била продължителна и симптомите на мозъчен едем са налице, последователно се прилага:

- Mannitol – 0,5 – 1,0 g/kg 18% р-р, струйно, за 5-10 минути;
- Human albumin - 1 g/kg 20% р-р, за 30 - 60 минути;
- Dexametazon - 2 mg/kg венозно;
- Furosemid - 2-4 mg/kg венозно.

Някои от медикаментите могат да се използват втори път.

При липса на ефект и засягане на жизнено важните центрове се пристъпва към интубация и апаратна вентилация. През цялото време до излизане от комата 10% разтвор на Glucosa тече непрекъснато.

ЛЕЧЕНИЕ НА НОВООТКРИТ ДИАБЕТ ПРИ ДЕЦА

Лечение:

Инсулинови препарати.

У нас всички пациенти с новооткрит тип 1 захарен диабет се лекуват само с биосинтетични човешки инсулини. В детската възраст се използват само бързодействащи инсулинови препарати и такива с интермедиерно действие.

- ***Бързодействащи инсулинови препарати.***
- ***Интермедиерни инсулини.***
- ***Смесени инсулинови препарати*** (бързодействащ + интермедиерен в различно съотношение).
- ***Инсулинови аналози*** **- бързодействащи и/или дългодействащи аналози само по индикации, определени от специалист по детска ендокринология.**

Инсулинова доза и режими

При новооткрит диабет, както и във всички следващи фази от клиничната еволюция на диабета, не съществуват строги канонизирани критерии за инсулиновата доза и режим. Те са строго индивидуални, често се променят и зависят от възрастта на детето, телесната маса, състоянието на метаболитния контрол (ниво на кръвната захар, ацетонурия), съпътстващи или интеркурентни заболявания.

- При новооткрит диабет в **кърмаческа възраст** инсулинът се дозира:

- по 0,5 – 0,7 UI/kg т.м. в трикратен режим **или** четирикратен режим

- Във възрастта **2 - 7 години** инсулиновата доза е 0,7 – 0,9 UI/kg т.м. и посочените инсулинови режими.
- При деца **над 8-годишна възраст** инсулиновата доза е 1,0 UI/kg т.м. в същите инсулинови режими.
- В **пубертетната възраст** инсулиновата доза може да достигне до 1,5 UI/kg т.м. Над тази доза се приема наличието на инсулинова резистентност.

ЛЕЧЕНИЕ НА НЕКОНТРОЛИРАН ЗАХАРЕН ДИАБЕТ ПРИ ДЕЦА

Диагностичните и терапевтичните процедури са идентични с тези, включени в протокола за лечение на новооткрит захарен диабет при деца**.**

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Според клиничната картина, резултата от кръвнозахарния профил и другите лабораторни и инструментални изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация

Болният се изписва при:

- стабилизиране на състоянието (клинично и биохимично);
- компенсиране на високите нива на кръвна захар;
- корекция на кетоацидозата;
- корекция на електролитите;
- уточнена диагноза и уточнено домашно лечение;
- проведено обучение за самоконтрол и самолечение в дома.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Захарният диабет е заболяване, при което организмът не произвежда инсулин или пък образуваният инсулин не действа ефективно. Инсулинът се произвежда от задстомашната жлеза – панкреас. Голяма част от храната съдържа въглехидрати, които в червата се превръщат в глюкоза. Тя е вид захар, която дава енергия на организма. Инсулинът е необходим за изгаряне на глюкозата в тъканите, при което се отделя енергия, необходима за нормалното функциониране на клетките. Без инсулин глюкозата не може да се разгражда, натрупва се в кръвта, а организмът страда от недостиг на енергия.

Има два типа диабет:

Захарен диабет тип 1 – при този тип не се произвежда инсулин или произведеният е крайно недостатъчен. Това налага нужният инсулин да се внася в организма с помощта на инжекции. Диабет тип 1 се среща най - често при деца и млади хора, но се наблюдава и при възрастни.

Захарен диабет тип 2 – при този тип диабет произведеният инсулин не може да понижи достатъчно кръвната захар в организма, поради намаленото изгаряне на глюкозата в клетките. В повечето случаи това се дължи на натрупване на голямо количество мазнини в организма (наднормено тегло). Лечението се състои в диетичен режим, нормализиране на теглото, физическа активност и прием на таблетки за понижаване на кръвната захар.

Симптоми:

При диабет тип 1 началото на болестта най - често е внезапно. Болните се оплакват от често уриниране, жажда, сухота в устата, безсилие, лесна умора, отслабване на тегло, по-чести инфекции, влошено зрение.

При диабет тип 2 началото е незабележимо и симптомите невинаги са добре изразени. Често болните са със затлъстяване, имат сърбеж по половите органи, обща отпадналост и уринират по няколко пъти през нощта. Често болестта остава неоткрита дълго време и едва поява на някакво усложнение става повод за поставяне на диагнозата.

Лечение: захарният диабет е хронично заболяване, което изисква непрекъснато лечение за поддържане на добър контрол на кръвната захар и за предотвратяване на диабетните усложнения. Това изисква спазване на диетичен режим с изключване на рафинирана захар, сладкиши, подсладени напитки и мед от храната. Препоръчва се консумация на повече зеленчуци и плодове и по-малко мазнини, поддържане на нормално тегло и повишена физическа активност. Тип 1 се лекува с инсулинови инжекции, а тип 2 -с таблетки.

Болните трябва да следят периодично кръвната си захар, за да се прецени ефективността на лечението.

КП № 79.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

C73 Злокачествено новообразуване на щитовидната жлеза

Други видове хипотиреоидизъм

Не включва: хипотиреодизъм, свързан с йоден недоимък (E00—E02)
хипотиреоидизъм след медицинска намеса (E89.0)

E03.0 Вроден хипотиреоидизъм с дифузна гуша
E03.1 Вроден хипотиреоидизъм без гуша
E03.2 Хипотиреоидизъм , дължащ се на лекарства и други екзогенни вещества
E03.3 Постинфекциозен хипотиреоидизъм
E03.5 Микседемна кома
E03.8 Други уточнени видове хипотиреоидизъм
E03.9 Хипотиреоидизъм, неуточнен
Микседем БДУ

Други видове нетоксична гуша

Не включва: вродена гуша:
- БДУ
- дифузна (E03.0)
- паренхиматозна

гуша, свързана с йоден недоимък (E00—E02)

E04.1 Нетоксичен единичен възел на щитовидната жлеза
Колоиден възел (кистозен)(тиреоиден)
Нетоксичен единичен възел
Тиреоиден (кистозен) възел БДУ
E04.2 Нетоксична полинодозна гуша
Кистозна гуша БДУ
Полинодозна (кистозна) гуша БДУ

Тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм]

Не включва: хроничен тиреоидит с преходна тиреотоксикоза (E06.2)
неонатална тиреотоксикоза (P72.1)

E05.0 Тиреотоксикоза с дифузна гуша
Екзофталмична или токсична гуша БДУ
Болест на Graves
Токсична дифузна гуша
E05.1 Тиреотоксикоза с токсичен единичен тиреоиден възел
Тиреотоксикоза с токсична едновъзлеста гуша
E05.2 Тиреотоксикоза с токсична полинодозна гуша
Токсична възлеста гуша БДУ
E05.3 Тиреотоксикоза от ектопична тиреоидна тъкан
E05.4 Тиреотоксикоза, изкуствено предизвикана (factitia)
E05.5 Тиреотоксична криза или кома
E05.8 Други видове тиреотоксикоза
Хиперсекреция на тиреостимулиращ хормон
При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).
E05.9 Тиреотоксикоза, неуточнена
Хипертиреоидизъм БДУ

Тиреотоксична болест на сърцето† (I43.8*)

Тиреоидит

Не включва: тиреоидит след раждане (O90.5) **E06.0**

Остър тиреоидит

Тиреоидит:

- пиогенен
- гноен

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

E06.1 Подостър тиреоидит

Тиреоидит:

- на de Quervain
- гигантоклетъчен
- грануломатозен
- негноен

Не включва: автоимунен тиреоидит (E06.3)

E06.2 Хроничен тиреоидит с преходна тиреотоксикоза

Не включва: автоимунен тиреоидит ((E06.3)

E06.3 Автоимунен тиреоидит

Тиреоидит на Hashimoto
Хашитоксикоза (преходна)
Лимфоаденоматозна гуша
Лимфоцитарен тиреоидит
Лимфоматозна гуша

E06.4 Медикаментозен тиреоидит

При необходимост от идентифициране на лекарствения препарат се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Други болести на щитовидната жлеза

E07.0 Хиперсекреция на калцитонин

С-клетъчна хиперплазия на щитовидната жлеза
Хиперсекреция на тиреокалцитонин

E07.8 Други уточнени болести на щитовидната жлеза

Дефект на тироксин-свързващия глобулин
Кръвоизлив | в щитовидната жлеза
Инфаркт |
Синдром на болест с еутиреоидизъм

Ендокринни и метаболитни разстройства, възникнали след медицински процедури, некласифицирани другаде

E89.0 Следпроцедурен хипотиреоидизъм

Хипотиреоидизъм след облъчване
Следоперативен хипотиреоидизъм

Увреждания на слъзния апарат и орбитата при болести, класифицирани другаде

H06.2* Екзофталм при нарушение на функцията на щитовидната жлеза (E05.—†)

O9O.5 Послеродов тиреоидит

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на шия

Включва: ларинкс фаринкс
слюнчена жлеза горен
хранопровод
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
такава за шиен гръбнак (виж блок [1959])
такава при сканиране на глава, корем и таз (56801-00, 56807-00 [1961])

56101-00 Компютърна томография меки тъкани на шията

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на орбита (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56013-00 Компютърна томография на орбита

Друга рентгенография

90903-00 Рентгенография на мека тъкан, некласифицирана другаде

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

1940 Ултразвук на глава или шия

Извършва се и се отчита задължително:

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Магнитно резонансен образ

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91925-00 Изследване на хормон fT4
91925-01 Изследване на хормон TSH
и/или
91915-00 Други имунологични изследвания
и/или
91919-19 Имунохистохимични изследвания
и/или
91225-03 Функционален тест с хормони
По преценка изследване на хормон Калцитонин

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук
Не включва: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

Прилагане на терапевтична доза на незапечатан радиоизотоп

16009-00 Прилагане на лечебна доза 131 – йод

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])

	• имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741]) *Забележка*: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди *Не включва*: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди *Не включва*: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изисквания: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени и отчетени три диагностични процедури, от които задължително едната е ултразвук на шия (55032-00), втората е от посочените в блок 1923 задължителни: 91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC, 91925-00, Изследване на хормон fT91925-01 Изследване на хормон TSH, третата е от Приложение №21 или от таблицата с основни процедури, посочена в тази клинична пътека, както и една терапевтична процедура, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Ендокринология и болести на обмяната", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ендокринология и болести на обмяната".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната”.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ендокринология или Клиника/отделение по вътрешни болести II или III ниво
2. Клинична лаборатория II ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидна жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари, от които поне двама са с призната специалност по ендокринология, поне двама – с квалификация за ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА:

- болни с тежка тиреотоксикоза и заплашваща тиреотоксична криза;
- хипотиреоидизъм с усложнения (сърдечна недостатъчност, перикарден или друг излив, ТАО, миастенна симптоматика, съпътстващ хипопаратиреоидизъм – постаблативен, идиопатичен);
- хипертиреоидизъм с усложнения (левкопения, алергия към тиреостатици, токсичен медикаментозен хепатит, сърдечна недостатъчност, ТАО, миастенна симптоматика).

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА:

- среднотежка, тежка и усложнена тиреотоксикоза до и след започване на тиреостатично лечение;
- тежка тиреоидасоциирана офталмопатия(ТАО) – III в, IV б, V и VI класове;
- ТАО от клас >2б (NOSPECS – ETA) и активност;
- ТАО след телегаматерапия;
- ТАО след 131 йод терапия и след хирургично лечение на щитовидната жлеза;
- новооткрит, неуточнен или вроден хипотиреоидизъм;

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение при пациенти с:

- клиника за компресия в шийната област;
- съмнение за тиреоидит, кръвоизлив в тиреоидна киста;

- неуточнена пареза на възвратен нерв;
- неуточнена бързонарастваща струма, възлеста гуша и други състояния и заболявания на щитовидната жлеза.
- доказани заболявания на щитовидната жлеза при пациенти, които провеждат лечение в извънболничната помощ и при които провежданото лечение не дава задоволителен ефект по преценка на лекаря ендокринолог, провеждащ лечението.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания, извън случаите на спешност се извършва до 48 часа от началото на хоспитализацията. Ехография се извършва до 72 часа от постъпването на пациента.

ЛЕЧЕНИЕ

- **медикаментозно:** тиреостатици, кортикостероиди;
- **фонофореза с глюкокортикоиден унгвент;**
- **симптоматично лечение на усложненията:** кортикостероиди, кардиотоници, диуретици, антиаритмични средства, антихипертензивни, антибиотици, инсулин.

Лечение на болни с ТАО

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза и очния статус се провежда тридневен венозен пулс с кортикостероид. След около 2 месеца се прави контролен преглед и според активността на заболяването се преценява нуждата от пореден курс пулс-терапия. Понякога клиничният ход на заболяването налага провеждането на 4 – 6 (при нужда повече) лечебни курса. Всяка хоспитализация за пулстерапия трябва да се отчита като нова клинична пътека.

Лечение на болни с хипертиреоидизъм с усложнения – левкопения, алергия, токсичен хепатит

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус, съпътстващите консервативното лечение усложнения (посочени погоре) се преоценява провежданото до момента лечение и се включва кортикостероид венозно с последваща амбулаторно терапия пер ос, колони-стимулиращ фактор, антибиотици, витамини, луголов разтвор, бета-блокери, хепатопротективни средства, антиалергични средства.

Лечение на болни с хипертиреоидизъм със сърдечно-съдови усложнения (ритъмни или проводни нарушения, сърдечна недостатъчност, артериална хипертония)

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус и съпътстващите сърдечно-съдови усложнения (посочени по-горе) се преоценява провежданото до момента лечение и се включва кардиотоник – парентерално или пер ос; диуретик – парентерално или пер ос; антиаритмично средство – парентерално или пер ос; антихипертензивно средство – парентерално или пер ос.

Лечение на болни с хипотиреоидизъм със сърдечно-съдови усложнения (ритъмни или проводни нарушения, сърдечна недостатъчност, артериална хипертония)

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус и съпътстващите сърдечно-съдови усложнения (посочени по-горе) се преоценява провежданото до момента лечение и се включва кардиотоник – парентерално или пер ос; диуретик – парентерално или пер ос; антиаритмично средство – парентерално или пер ос; антихипертензивно средство – парентерално или пер ос.

Поведение при злокачествени образувания на щитовидната жлеза

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза болният се насочва за радикално оперативно лечение.

Поведение при доброкачествени образувания на щитовидната жлеза

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза се определя терапевтичното поведение и болният се насочва за: - оперативно лечение;

- 131 Йод лечение;
- алкохолизация – перкутанно инжектиране на абсолютен алкохол в доброкачествено новообразуване на щитовидната жлеза;
- аспирация на съдържимото от киста на щитовидната жлеза;
- активно наблюдение и диспансеризация от ендокринолог при редовен ехографски контрол.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната находка, резултатите от клинико-лабораторните показатели.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинично и биохимично);
- уточнена диагноза и уточнено домашно лечение;
- анализирани резултати от изследване на тиреоидни хормони (fT4 и TSH);
- анализирани резултати от ехография на щитовидна жлеза;
- проведена терапевтична схема за венозни инфузии с кортикостероиди по повод на ТАО;
- проведено симптоматично лечение на усложненията при тиреоидни заболявания;
- проведена фонофореза с глюкокортикоиден унгвент.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Базедовата болест е заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията е повишена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с подобен тип заболявания на щитовидната жлеза. Заболяването обичайно се лекува с тиреостатик около 18-24 месеца при строг регулярен контрол от специалиста - ендокринолог, при който се диспансеризира. Изследвания се провеждат изходно, на около 20-30 дни до нормализиране на хормоните и при достигане на поддържащата доза на тиреостатика, а след това на 2-3 месеца за целия срок на лечение. Ехография на щитовидната жлеза се провежда изходно и в динамика. При част от болните има алергия към тиреостатика, намаление в броя на левкоцитите в кръвта, токсичен хепатит и други усложнения, които налагат допълнителни хоспитализации, изследвания и съответно лечение. При част от болните се провежда оперативно лечение или лечение със 131-йод, за които се провежда допълнителна подготовка.

Хашитоксикоза е заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията е повишена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с подобен тип заболявания на щитовидната жлеза. Заболяването се лекува за различен срок от време при строг и чест контрол от специалиста-ендокринолог, при който се диспансеризира. Изследвания се провеждат изходно, на около 20-30 дни до нормализиране на хормоните и при достигане на поддържаща доза на тиреостатика, а след това на 2-3 месеца за целия срок на лечение. Ехография на щитовидната жлеза се прави изходно и в динамика. При част от болните има алергия към тиреостатика, намаление в броя на левкоцитите в кръвта, токсичен хепатит и други усложнения, които налагат допълнителни хоспитализации, изследвания и съответно лечение. При част от болните се провежда оперативно лечение или лечение със 131-йод, за които се провежда допълнителна подготовка.

Тиреоидит на Хашимото е хронично заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията на щитовидната жлеза може да бъде нормална, намалена или повишена. В част от случаите във

фамилията има и други кръвни роднини с подобен тип заболявания на щитовидната жлеза. Заболяването се следи регулярно от специалиста-ендокринолог поне 2 пъти годишно с проследяване на тиреоидните хормони и тиреоидните Ат, както и ехография на щитовидната жлеза – изходно и в динамика. При част от болните се налага включване на лечение с таблетки при определени условия. При част от болните се налага провеждане на оперативно лечение.

Възлеста гуша е заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията на щитовидната жлеза може да бъде нормална, повишена или намалена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с възли на щитовидната жлеза. Заболяването се следи регулярно от специалиста-ендокринолог 1-2 пъти годишно с проследяване на тиреоидните хормони, ехография за проследяване на структурните промени в щитовидната жлеза и в някои случаи тиреосцинтиграфия. При част от болните се налага включване на лечение с таблетки при определени условия. При част от болните при точно определени показания се налага провеждане на оперативно лечение.

Подостър тиреоидит е заболяване на щитовидната жлеза, което често е свързано с прекарана инфекция. Функцията на щитовидната жлеза може да бъде временно повишена, по-късно намалена и впоследствие отново нормална. Заболяването се следи регулярно от специалиста-ендокринолог на около 30 дни няколко месеца до овладяване на възпалителния процес. За диагностициране на заболяването се изследват кръвната картина, СУЕ, тиреоидни хормони, 131-йод каптация и ехография на щитовидната жлеза. Лечението се провежда с таблетки при динамичен контрол от ендокринолога. Рядко се оперира.

КП № 79.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

C73 Злокачествено новообразувание на щитовидната жлеза

Други видове хипотиреоидизъм
Не включва: хипотиреодизъм, свързан с йоден недоимък (E00—E02)
хипотиреоидизъм след медицинска намеса (E89.0)

E03.0 Вроден хипотиреоидизъм с дифузна гуша
E03.1 Вроден хипотиреоидизъм без гуша
E03.2 Хипотиреоидизъм , дължащ се на лекарства и други екзогенни вещества
E03.3 Постинфекциозен хипотиреоидизъм
E03.5 Микседемна кома
E03.8 Други уточнени видове хипотиреоидизъм
E03.9 Хипотиреоидизъм, неуточнен
Микседем БДУ

Други видове нетоксична гуша
Не включва: вродена гуша:
- БДУ
- дифузна (E03.0)
- паренхиматозна

гуша, свързана с йоден недоимък (E00—E02)

E04.1 Нетоксичен единичен възел на щитовидната жлеза
Колоиден възел (кистозен)(тиреоиден)
Нетоксичен единичен възел
Тиреоиден (кистозен) възел БДУ
E04.2 Нетоксична полинодозна гуша
Кистозна гуша БДУ
Полинодозна (кистозна) гуша БДУ

Тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм]
Не включва: хроничен тиреоидит с преходна тиреотоксикоза (E06.2)
неонатална тиреотоксикоза (P72.1)

E05.0 Тиреотоксикоза с дифузна гуша
Екзофталмична или токсична гуша БДУ
Болест на Graves
Токсична дифузна гуша
E05.1 Тиреотоксикоза с токсичен единичен тиреоиден възел
Тиреотоксикоза с токсична едновъзлеста гуша
E05.2 Тиреотоксикоза с токсична полинодозна гуша
Токсична възлеста гуша БДУ
E05.3 Тиреотоксикоза от ектопична тиреоидна тъкан
E05.4 Тиреотоксикоза, изкуствено предизвикана (factitia)
E05.5 Тиреотоксична криза или кома
E05.8 Други видове тиреотоксикоза
Хиперсекреция на тиреостимулиращ хормон
При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).
E05.9 Тиреотоксикоза, неуточнена

Хипертиреоидизъм БДУ
Тиреотоксична болест на сърцето† (I43.8*)

Тиреоидит

Не включва: тиреоидит след раждане (O90.5)

E06.0 Остър тиреоидит

Тиреоидит:
- пиогенен
- гноен

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

E06.1 Подостър тиреоидит

Тиреоидит:
- на de Quervain
- гигантоклетъчен
- грануломатозен
- негноен

Не включва: автоимунен тиреоидит (E06.3)

E06.2 Хроничен тиреоидит с преходна тиреотоксикоза

Не включва: автоимунен тиреоидит ((E06.3)

E06.3 Автоимунен тиреоидит

Тиреоидит на Hashimoto
Хашитоксикоза (преходна)
Лимфоаденоматозна гуша
Лимфоцитарен тиреоидит
Лимфоматозна гуша

E06.4 Медикаментозен тиреоидит

При необходимост от идентифициране на лекарствения препарат се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Други болести на щитовидната жлеза

E07.0 Хиперсекреция на калцитонин

С-клетъчна хиперплазия на щитовидната жлеза
Хиперсекреция на тиреокалцитонин

E07.8 Други уточнени болести на щитовидната жлеза

Дефект на тироксин-свързващия глобулин
Кръвоизлив | в щитовидната жлеза
Инфаркт |
Синдром на болест с еутиреоидизъм

Ендокринни и метаболитни разстройства, възникнали след медицински процедури, некласифицирани другаде

E89.0 Следпроцедурен хипотиреоидизъм

Хипотиреоидизъм след облъчване
Следоперативен хипотиреоидизъм

Увреждания на слъзния апарат и орбитата при болести, класифицирани другаде

H06.2* Екзофталм при нарушение на функцията на щитовидната жлеза (E05.—†)

O9O.5 Послеродов тиреоидит

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на шия

Включва: ларинкс
фаринкс
слюнчена жлеза
горен хранопровод
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
такава за шиен гръбнак (виж блок [1959])
такава при сканиране на глава, корем и таз (56801-00, 56807-00 [1961])

56101-00 Компютърна томография меки тъкани на шията

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на орбита (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56013-00 Компютърна томография на орбита

Друга рентгенография

90903-00 Рентгенография на мека тъкан, некласифицирана другаде

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

Ултразвук на глава или шия

55030-00 Ултразвук на орбитално съдържание-
Ултразвук на око (двупланово) (еднопланово)

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Магнитно резонансен образ

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ] - по преценка
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91925-00 Изследване на хормон fT4
91925-01 Изследване на хормон TSH
и/или
91915-00 Други имунологични изследвания
и/или
91919-19 Имунохистохимични изследвания
и/или
91225-03 Функционален тест с хормони

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук
Не включва: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

Прилагане на терапевтична доза на незапечатан радиоизотоп

16009-00 Прилагане на лечебна доза 131 – йод

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изисквания:

Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени и отчетени **три** диагностични процедури, от които задължително едната е ултразвук на шия (55032-00), втората е от посочените в блок 1923 задължителни: 91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC, 91925-00, Изследване на хормон fT91925-01 Изследване на хормон TSH, третата е от Приложение № 21 или от таблицата с основни процедури, посочена в тази клинична пътека, както и **една** терапевтична процедура, посочени в таблица Кодове на основни процедури.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска ендокринология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска ендокринология
2. Клинична лаборатория II ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидна жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност по детска ендокринология и болести на обмяната и квалификация по ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА:

- болни с тежка тиреотоксикоза и заплашваща тиреотоксична криза;
- хипотиреоидизъм с усложнения (сърдечна недостатъчност, перикарден или друг излив, ТАО, миастенна симптоматика, съпътстващ хипопаратиреоидизъм – постаблативен, идиопатичен);
- хипертиреоидизъм с усложнения (левкопения, алергия към тиреостатици, токсичен медикаментозен хепатит, сърдечна недостатъчност, ТАО, миастенна симптоматика).

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА:

- заболявания на щитовидната жлеза в детска възраст;
- среднотежка, тежка и усложнена тиреотоксикоза до и след започване на тиреостатично лечение;
- тежка тиреоидасоциирана офталмопатия(ТАО) – III в, IV б, V и VI класове;
- ТАО от клас >2б (NOSPECS – ЕТА) и активност;
- ТАО след телегаматерапия;
- ТАО след 131 йод терапия и след хирургично лечение на щитовидната жлеза;
- новооткрит, неуточнен или вроден хипотиреоидизъм;

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение при пациенти с:

- клиника за компресия в шийната област;
- съмнение за тиреоидит, кръвоизлив в тиреоидна киста;
- неуточнена пареза на възвратен нерв;
- неуточнена бързонарастваща струма, възлеста гуша и други състояния и заболявания на щитовидната жлеза.
- доказани заболявания на щитовидната жлеза при пациенти, които провеждат лечение в извънболничната помощ и при които провежданото лечение не дава задоволителен ефект по преценка на лекаря ендокринолог, провеждащ лечението.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания, извън случаите на спешност се извършва до 48 часа от началото на хоспитализацията. Ехография се извършват до 72 часа от постъпването на пациента.

ЛЕЧЕНИЕ

- **медикаментозно:** тиреостатици, кортикостероиди;
- **фонофореза с глюкокортикоиден унгвент;**
- **симптоматично лечение на усложненията:** кортикостероиди, кардиотоници, диуретици, антиаритмични средства, антихипертензивни, антибиотици, инсулин.

Лечение на болни с ТАО

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза и очния статус се провежда тридневен венозен пулс с кортикостероид. След около 2 месеца се прави контролен преглед и според активността на заболяването се преценява нуждата от пореден курс пулс-терапия. Понякога клиничният ход на заболяването налага провеждането на 4 – 6 (при нужда повече) лечебни курса. Всяка хоспитализация за пулстерапия трябва да се отчита като нова клинична пътека.

Лечение на болни с хипертиреоидизъм с усложнения – левкопения, алергия, токсичен хепатит

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус, съпътстващите консервативното лечение усложнения (посочени по-горе) се преоценява провежданото до момента лечение и се включва кортикостероид венозно с последваща амбулаторно терапия пер ос, колони-стимулиращ фактор, антибиотици, витамини, луголов разтвор, бета-блокери, хепатопротективни средства, антиалергични средства.

Лечение на болни с хипертиреоидизъм със сърдечно-съдови усложнения (ритъмни или проводни нарушения, сърдечна недостатъчност, артериална хипертония)

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус и съпътстващите сърдечно-съдови усложнения (посочени по-горе) се преоценява провежданото до момента лечение и се включва кардиотоник – парентерално или пер ос; диуретик – парентерално или пер ос; антиаритмично средство – парентерално или пер ос; антихипертензивно средство – парентерално или пер ос.

Лечение на болни с хипотиреоидизъм със сърдечно-съдови усложнения (ритъмни или проводни нарушения, сърдечна недостатъчност, артериална хипертония)

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза, очния статус и съпътстващите сърдечно-съдови усложнения (посочени по-горе) се преоценява провежданото

до момента лечение и се включва кардиотоник – парентерално или пер ос; диуретик – парентерално или пер ос; антиаритмично средство – парентерално или пер ос; антихипертензивно средство – парентерално или пер ос.

Поведение при злокачествени образувания на щитовидната жлеза

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза болният се насочва за радикално оперативно лечение.

Поведение при доброкачествени образувания на щитовидната жлеза

След уточняване на функционалното и морфологично състояние на щитовидната жлеза се определя терапевтичното поведение и болният се насочва за:

- оперативно лечение;
- 131 Йод лечение;
- алкохолизация – перкутанно инжектиране на абсолютен алкохол в доброкачествено новообразуване на щитовидната жлеза;
- аспирация на съдържимото от киста на щитовидната жлеза;
- активно наблюдение и диспансеризация от ендокринолог при редовен ехографски контрол.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно клиничната находка, резултатите от клинико-лабораторните показатели.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинично и биохимично);
- уточнена диагноза и уточнено домашно лечение;
- анализирани резултати от изследване на тиреоидни хормони (fT4 и TSH);
- анализирани резултати от ехография на щитовидна жлеза;
- проведена терапевтична схема за венозни инфузии с кортикостероиди по повод на ТАО;
- проведено симптоматично лечение на усложненията при тиреоидни заболявания;
- проведена фонофореза с глюкокортикоиден унгвент.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Базедовата болест е заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията е повишена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с подобен тип заболявания на щитовидната жлеза. Заболяването обичайно се лекува с тиреостатик около 18-24 месеца при строг регулярен контрол от специалиста - ендокринолог, при който се диспансеризира. Изследвания се провеждат изходно, на около 20-30 дни до нормализиране на хормоните и при достигане на поддържащата доза на тиреостатика, а след това на 2-3 месеца за целия срок на лечение. Ехография на щитовидната жлеза се провежда изходно и в динамика. При част от болните има алергия към тиреостатика, намаление в броя на левкоцитите в кръвта, токсичен хепатит и други усложнения, които налагат допълнителни хоспитализации, изследвания и съответно лечение. При част от болните се провежда оперативно лечение или лечение със 131-йод, за които се провежда допълнителна подготовка.

Хашитоксикоза е заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията е повишена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с подобен тип заболявания на щитовидната жлеза. Заболяването се лекува за различен срок от време при строг и чест контрол от специалиста-ендокринолог, при който се диспансеризира. Изследвания се провеждат изходно, на около 20-30 дни до нормализиране на хормоните и при достигане на поддържаща доза на тиреостатика, а след това на 2-3 месеца за целия срок на лечение. Ехография на щитовидната жлеза се прави изходно и в динамика. При част от болните има алергия към тиреостатика, намаление в броя на левкоцитите в кръвта, токсичен хепатит и други усложнения, които налагат допълнителни хоспитализации, изследвания и съответно лечение. При част от болните се провежда оперативно лечение или лечение със 131-йод, за които се провежда допълнителна подготовка.

Тиреоидит на Хашимото е хронично заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията на щитовидната жлеза може да бъде нормална, намалена или повишена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с подобен тип заболявания на щитовидната жлеза. Заболяването се следи регулярно от специалиста-ендокринолог поне 2 пъти годишно с проследяване на тиреоидните хормони и тиреоидните Ат, както и ехография на щитовидната жлеза – изходно и в динамика. При част от болните се налага включване на лечение с таблетки при определени условия. При част от болните се налага провеждане на оперативно лечение.

Възлеста гуша е заболяване на щитовидната жлеза, при което функцията на щитовидната жлеза може да бъде нормална, повишена или намалена. В част от случаите във фамилията има и други кръвни роднини с възли на щитовидната жлеза. Заболяването се следи регулярно от специалиста-ендокринолог 1-2 пъти годишно с проследяване на тиреоидните хормони, ехография за проследяване на структурните промени в щитовидната жлеза и в някои случаи тиреосцинтиграфия. При част от болните се налага включване на лечение с таблетки при определени условия. При част от болните при точно определени показания се налага провеждане на оперативно лечение.

Подостър тиреоидит е заболяване на щитовидната жлеза, което често е свързано с прекарана инфекция. Функцията на щитовидната жлеза може да бъде временно повишена, по-късно намалена и впоследствие отново нормална. Заболяването се следи регулярно от специалиста-ендокринолог на около 30 дни няколко месеца до овладяване на възпалителния процес. За диагностициране на заболяването се изследват кръвната картина, СУЕ, тиреоидни хормони, 131-йод каптация и ехография на щитовидната жлеза. Лечението се провежда с таблетки при динамичен контрол от ендокринолога. Рядко се оперира.

КП № 80.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХИПОФИЗАТА И НАДБЪБРЕКА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

A18.7† Туберкулоза на надбъбреците (E35.1*)
Болест на Addison с туберкулозна етиология

A39.1 Синдром на Waterhouse-Friderichsen

Злокачествено новообразуване на надбъбречната жлеза

C74.0 Кора (кортекс) на надбъбречната жлеза

C74.1 Медула на надбъбречната жлеза

C74.9 Надбъбречна жлеза, неуточнена част

Злокачествено новообразуване на други ендокринни жлези и сродни структури

Не включва: надбъбречна жлеза (C74.—)
ендокринна част на панкреаса (C25.4)
яйчник (C56)
тестис (C62.—)
тимус (C37)
щитовидна жлеза (C73)

C75.1 Хипофиза

C75.2 Краниофарингеален канал

C75.3 Епифизна (пинеална) жлеза

C75.4 Каротидни телца

C75.5 Аортно телце и други параганглии

C75.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза, друга

Забележка: Ако локализациите на множествените лезии са известни, те трябва да бъдат кодирани поотделно.

Доброкачествено новообразуване на други и неуточнени ендокринни жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27)
тестис (D29.2)
тимус (D15.0)

D35.0 Надбъбречна жлеза

D35.2 Хипофиза

D35.3 Краниофарингеален канал

D35.4 Епифизна (пинеална) жлеза

D35.5 Каротидно телце

D35.6 Аортно телце и други параганглии

D35.7 Други уточнени ендокринни жлези

D35.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза

Новообразувание с неопределен или неизвестен характер на ендокринните жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D37.7)
яйчник (D39.1)
тестис (D40.1)
тимус (D38.4)

D44.1 Надбъбречна жлеза

D44.3 Хипофиза

D44.4 Краниофарингеален канал

D44.5 Епифизна (пинеална) жлеза

D44.6 Каротидно телце

D44.7 Аортно телце и други параганглии

D44.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза
Множествена ендокринна аденоматоза

Хиперфункция на хипофизата

Не включва: синдром на Cushing (E24.—)
синдром на Nelson (E24.1)
хиперсекреция на:
- ACTH, несвързана със синдром на Cushing (E27.0)
- хипофизарен ACTH (E24.0)
- тироид-стимулиращ хормон TSH (E05.8)

E22.0 Акромегалия и хипофизарен гигантизъм
Артропатия, свързана с акромегалия† (M14.5*)
Хиперсекреция на растежен хормон
Не включва: конституционален:
- гигантизъм (E34.4)
- висок ръст (E34.4)

хиперсекреция на рилизинг-хормон на растежния хормон (GHRH) (E16.8)

E22.1 Хиперпролактинемия
При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало хиперпролактинемия, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E22.2 Синдром на неадекватна секреция на антидиуретичен хормон

E22.8 Други хиперфункции на хипофизата
Преждевременен пубертет с централен произход

Хипофункция и други разстройства на хипофизата

Включва: изброените състояния, предизвикани от заболявания на хипофизата и хипоталамуса

E23.0 Хипопитуитаризъм
Фертилен евнухоиден синдром
Хипогонадотропен хипогонадизъм
Идиопатичен дефицит на растежния хормон
Изолиран дефицит от:
- гонадотропен хормон
- растежен хормон
- други хормони на хипофизата

Синдром на Kallmann
Нанизъм на Lorain-Levi
Некроза на хипофизната жлеза (след раждане)
Панхипопитуитаризъм
Хипофизарни:
- кахексия
- недостатъчност БДУ
- нанизъм

Синдром на Sheehan
Болест на Simmonds

E23.1 Медикаментозен хипопитуитаризъм

E23.2 Безвкусен диабет
Не включва: нефрогенен безвкусен диабет (N25.1)

E23.3 Хипоталамична дисфункция, некласифицирана другаде
Не включва: синдром на Prader-Willi (Q87.1)
синдром на Russell-Silver (Q87.1)

E23.6 Други болести на хипофизата
Абсцес на хипофизата
Адипозогенитална дистрофия

E23.7 Болест на хипофизата, неуточнена

Синдром на Cushing

E24.0 Синдром на Cushing с хипофизарен произход
Хиперсекреция на хипофизарен АСТН
Хиперадренокортицизъм с хипофизарен произход

E24.1 Синдром на Nelson

E24.2 Медикаментозно предизвикан синдром на Cushing

E24.3 Ектопичен АСТН синдром

E24.8 Други състояния с Cushing синдром

Адреногенитални разстройства

Включва: адреногенитални синдроми, вирилизация или феминизация, придобити или обусловени от хиперплазия на надбъбреците, която възниква вследствие на вродени ензимни дефекти в синтеза на хормоните
женски:
- адренален псевдохермафродитизъм
- хетеросексуален преждевременен псевдопубертет

мъжки:
- изосексуален преждевременен псевдопубертет
- преждевременна макрогенитосомия
- преждевременно полово узряване с хиперплазия на надбъбреците вирилизация (при жени)

E25.0 Вродени адреногенитални разстройства, свързани с ензимен дефицит
Вродена надбъбречна хиперплазия
Дефицит на 21-хидроксилаза
Вродена надбъбречна хиперплазия със загуба на соли

E25.8 Други адреногенитални разстройства

E25.9 Адреногенитално разстройство, неуточнено

Хипералдостеронизъм

E26.0 Първичен хипералдостеронизъм
Синдром на Conn
Първичен алдостеронизъм, дължащ се на надбъбречна хиперплазия (двустранна)

E26.1 Вторичен хипералдостеронизъм

E26.8 Други форми на хипералдостеронизъм
Включва и синдром на Bartter

Други разстройства на надбъбречните жлези

E27.0 Други видове хиперсекреция на кората на надбъбреците
Хиперсекреция на АСТН, несвързана с болестта на Cushing

Преждевременно аденархе
Не включва: синдром на Cushing (E24.—)

E27.1 Първична недостатъчност на кората на надбъбреците
Болест на Addison
Автоимунен адреналит

E27.2 Адисонова криза

E27.3 Медикаментозно обусловена адренокортикална недостатъчност

E27.4 Други видове и неуточнена адренокортикална недостатъчност
Адренални:
- кръвоизлив
- инфаркт

Недостатъчност на надбъбречната кора БДУ
Хипоалдостеронизъм
Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)
Синдром на Waterhouse-Friderichsen (A39.1)

E27.5 Адреномедуларна хиперфункция
Адреномедуларна хиперплазия
Катехоламинова хиперсекреция

E27.8 Други уточнени нарушения на надбъбреците

Дисфункция на яйчниците
Не включва: изолиран гонадотропен дефицит (E23.0)
недостатъчност на яйчниците след медицински процедури (E89.4)

E28.0 Хиперестрогения

E28.1 Хиперандрогения
Хиперсекреция на овариални андрогени

E28.2 Синдром на поликистоза на яйчниците
Склерокистозен овариален синдром
Синдром на Stein-Leventhal

E28.3 Първична яйчникова недостатъчност

E28.8 Овариални дисфункции
Овариална хиперфункция БДУ

Дисфункция на тестисите
Не включва: синдром на андрогенна резистентност (E34.5)
азооспермия или олигоспермия БДУ (N46)
изолиран гонадотропен дефицит (E23.0)
синдром на Klinefelter (Q98.0—Q98.2,Q98.4)
хипофункция на тестисите след медицински процедури (E89.5)
тестикуларна феминизация (синдром) (E34.5)

E29.0 Тестикуларна хиперфункция
Хиперсекреция на тестикуларни хормони

E29.1 Тестикуларна хипофункция
Дефект в биосинтезата на тестикуларния андроген БДУ
5-α-редуктазен дефицит (с мъжки псевдохермафродитизъм)
Тестикуларен хипогонадизъм БДУ

E30.0 Закъснял пубертет

E30.1 Преждевременен пубертет

E30.8 Други нарушения на пубертета

Полигландуларна дисфункция
Не включва: атаксия-телеангиектазия [Louis-Bar] (G11.3)
миотонична дистрофия [Steinert] (G71.1)

псевдохипопаратиреоидизъм (E20.1)

E31.0 Автоимунна полигландуларна недостатъчност
Синдром на Schmidt

E31.1 Полигландуларна хиперфункция
Не включва: множествена ендокринна аденоматоза (D44.8)

E31.8 Друга полигландуларна дисфункция

Други ендокринни разстройства
Не включва: псевдохипопаратиреоидизъм (E20.1)

E34.0 Карциноиден синдром
Забележка: При необходимост от идентифициране на функционална активност, свързана с карциноиден тумор, може да се използва допълнителен код.

E34.1 Други състояния на хиперсекреция на чревни хормони

E34.2 Ектопична хормонална секреция, некласифицирана другаде

E34.3 Нанизъм, некласифициран другаде
Нанизъм:
- БДУ
- конституционален
- тип Laron
- психосоциален

Не включва: прогерия (E34.8)
синдром на Russsell-Silver (Q87.1)
къси крайници с имунодефицит (D82.2)
нанизъм:
- ахондропластичен (Q77.4)
- хипохондропластичен (Q77.4)
- при специфични дисморфични синдроми — код на синдрома (виж Азбучния указател)
- алиментарен (E45)
- хипофизен (E23.0)
- ренален (N25.0)

E34.4 Конституционално висок ръст

E34.5 Синдром на андрогенна резистентност
Мъжки псевдохермафродитизъм с андрогенна резистентност
Разстройство на периферния хормонален рецептор
Синдром на Reifenstein
Тестикуларна феминизация (синдром)

E34.8 Други уточнени ендокринни разстройства
Дисфункция на пинеалната жлеза
Прогерия

Разстройства на еднокринните жлези при болести, класифицирани другаде

E35.1* Разстройства на надбъбреците при болести, класифицирани другаде
Адисонова болест с туберкулозна етиология (A18.7†)
Синдром на Waterhouse-Friderichsen (менингококов) (A39.1†))

Ендокринни и метаболитни разстройства, възникнали след медицински процедури, некласифицирани другаде

E89.3 Следпроцедурен хипопитуитаризъм
Хипопитуитаризъм след облъчване

Хипертрихоза
Включва: свръхокосмяване
Не включва: вродена хипертрихоза (Q84.2)
персистиращо лануго (Q84.2)

E89.4 **Следпроцедурно разстройство на функциите на яйчниците**
E89.5 **Следпроцедурна тестикуларна хипофункция**
E89.6 **Следпроцедурна адренокортикална(-медуларна) хипофункция**
E89.8 **Други ендокринни и метаболитни разстройства след медицински процедури**
L68.0 **Хирзутизъм**

Нарушения, които са резултат от увредена функция на бъбречните тубули
Не включва: метаболитни нарушения, класифицирани в E70—E90

N25.1 **Бъбречен инсипиден диабет**

N62 **Хипертрофия на млечната жлеза**

Q78 **Други остеохондродисплазии**
Q85.0 **Неврофиброматоза (доброкачествена)**
Болест на von Recklinghausen
Q85.8 **Други факоматози, некласифицирани другаде**
Синдром на:
- Peutz-Jeghers
- Sturge-Weber(-Dimitri)
- Von Hippel-Lindau

Не включва: синдром на Meckel-Gruber (Q61.9)

Q87.1 **Синдроми на вродени аномалии, свързани предимно с нисък ръст**
Q87.3 **Синдроми на вродени аномалии, които се характеризират предимно с развитие на висок ръст [гигантизъм]**
Синдром на:
- Beckwith-Wiedemann
- Sotos
- Weaver

Q87.4 **Синдром на Marfan**
Q87.5 **Други синдроми на вродени аномалии с други скелетни аномалии**
Q87.8 **Други уточнени синдроми на вродени аномалии, некласифицирани другаде**
Синдром на:
- Alport
- Laurence-Moon(-Barder)-Biedl
- Zellweger

Q95.0 **Балансирана транслокация и инсерция при нормален индивид**
Q95.1 **Хромозомна инверсия при нормален индивид**
Q95.2 **Балансирани преустройства на автозомите при анормален индивид**
Q95.3 **Балансирано преустройство, включващо автозома и полова хромозома при анормален индивид**
Q95.8 **Други балансирани преустройства и структурни маркери**
Синдром на Turner
Не включва: синдром на Noonan (Q87.1)
Q96.0 **Кариотип 45,X**
Q96.1 **Кариотип 46,X iso (Xq)**
Q96.2 **Кариотип 46,X със структурно абнормална полова хромозома, различна от iso (Xq)**
Q96.3 **Мозаицизъм, 45,X/46, XX или XY**
Q96.4 **Мозаицизъм, 45,X/друга клетъчна линия (линии) с абнормална полова хромозома**
Q96.8 **Други варианти на синдрома на Turner**
Q97.0 **Кариотип 47,XXX**
Q97.1 **Жена с повече от три X хромозоми**
Q97.2 **Мозаицизъм, клетъчни линии с различен брой на X хромозомите**
Q97.3 **Жена с кариотип 46,XY**
Q97.8 **Други уточнени аберации на половите хромозоми с женски фенотип**
Q98.0 **Синдром на Klinefelter с кариотип 47,XXY**

Q98.1 Синдром на Klinefelter, мъж с повече от две Х хромозоми
Q98.2 Синдром на Klinefelter, мъж с кариотип 46,XX
Q98.3 Други варианти на мъжки фенотип при кариотип 46,XX
Q98.5 Кариотип 47,XYY
Q98.6 Мъж със структурно анормални полови хромозоми
Q98.7 Мъж с мозаицизъм на полови хромозоми
Q98.8 Други уточнени аберации на половите хромозоми с мъжки фенотип
Q99.0 Химера 46,XX/46,XY

Други хромозомни аберации, некласифицирани другаде

Q99.1 46,XX с истински хермафродитизъм
46,XX с ивицести гонади
46,XY с ивицести гонади
Чиста гонадна дисгенезия
Q99.2 Чуплива Х хромозома
Синдром на чупливата Х хромозома
Q99.8 Други уточнени хромозомни аберации

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Компютърна томография на корем и таз

Включва: кост бъбрек, уретер и мехур
меки тъкани
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
тази при сканиране на гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])

56501-00 Компютърна томография на корем и таз

56507-00 Компютърна томография на корем и таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на корем и таз без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
и
- мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
- таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

1983 Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

1940 Ултразвук на глава и шия

Извършва се и се отчита задължително:

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

1932 Изследвания на урината

Включва някои от следните:
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-12 Химично изследване на урина
91920-14 Изследване за белтък в урината
91226-04 Изследване на 24 часова диуреза за креатинин
91226-05 Изследване на 24 часова диуреза за калий
91226-06 Изследване на 24 часова диуреза за калций
91226-07 Изследване на 24 часова диуреза за фосфор
91226-08 Изследване на 24 часова диуреза за белтък
91226-09 Изследване на 24 часова диуреза за кортизол
91226-10 Изследване на 24 часова диуреза за уринен осмоларитет
91226-11 Функционална проба с жадуване
91226-12 Функционална проба с NaCl
91226-13 Функционална проба с антидиуретин

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор
Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода

11708-00 Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92183-06 Микроскопско изследване на проба от ендокринна жлеза за хистология

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва някои от следните:
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
или
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
и
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
и
91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати

и
91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди
или
91210-00 Изследване на плазмен осмоларитет
или
13842-01 Измерване на артериални кръвни газове
или
По преценка:
91925-03 Изследване на хормон LH
91925-04 Изследване на хормон FSH
91925-05 Изследване на хормон Prolactin
91925-00 Изследване на хормон fT4
91925-01 Изследване на хормон TSH
91925-16 Изследване на Ренин
91925-18 Изследване на Прокалцитонин (PCT)
91925-06 Изследване на хормон Estradiol
91925-07 Изследване на хормон Testosteron
91925-08 Изследване на хормон Progesteron
91225-02 Изследване на кортизолов ритъм
91925-19 Други хормонални изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: При кодове №№ **C75.(1-8), D35.(0-8), D44.(0-8), E22.0, E24.0, E26.0, E27.5, E34.0 и E34.2** клиничната пътека се счита за завършена, ако са проведени три основни диагностични процедури:

А) образно изследване:

При кодове **C75.(1-8)** – МРТ на хипофиза

При кодове **D35.(0-8)** – КТ или МРТ

При кодове **D44.(0-8**) – КТ или МРТ

При код **E22.0** – рутинно рентгеново изследване или КТ или МРТ.

При код **E24.0** – МРТ

При код **E26.0** - КТ или МРТ

При код **E27.5** - КТ или МРТ

При код **E34.0** - КТ или МРТ

При код **E34.2** - КТ или МРТ Б) от блок 1923 и една терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

КТ и МРТ изследване, направено извън лечебното заведение за болнична медицинска помощ до 3 месеца преди датата на постъпване, да се счита за актуално образно изследване за завършване на клиничната пътека.

В случаите, при които има извършено образно изследване КТ или МРТ с давност до 1 година от настоящата хоспитализация, вместо тези изследвания може да се осъществи - диагностичен ултразвук на глава и шия. Датата на предишното изследване - КТ или МРТ (с давност до 1 г.) се доказва със съответната медицинска документация (или копие от нея), която се прикрепва към ИЗ. Тези случаи вместо с кодовете на КТ или МРТ (или рутинно рентгеново изследване при E22.0) се отчитат с диагностичен ултразвук на глава и шия.

При необходимост пациентът се насочва към хирургична клиника за радикално оперативно лечение или към клиника/отделение по лъчелечение.

В останалите случаи клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични, от които задължително посочена в блок 1932 и блок 1923 и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Ендокринология и болести на обмяната", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ендокринология и болести на обмяната".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ендокринология или Клиника по хипоталамо-хипофизарни, надбъбречни и гонадни заболявания
2. Клинична лаборатория II или III ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидната жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория/отделение по клинична патология
3. Лаборатория по имунология
4. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари с призната специалност по ендокринология, поне двама – с квалификация за ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА:

- Адисонова криза;

• ВНХ (вродена надбъбречна хиперплазия) солгубеща форма – криза;

Диагностика и лечение, в т. ч. субституираща терапия при:

• състояния след оперативна намеса в областта на хипофизата (краниофарингеом, аденом на хипофизата или други туморни формации) - за субституираща терапия;

• липса на хипофизарни структури, водеща до тежко нарушение на хормоналния баланс в организма и състояния, застрашаващи живота на пациента - за субституираща терапия;

• пациенти с високи стойности на АН и съмнение за феохромоцитом или syndrome Cushing и първичен алдостеронизъм и други форми на минерало-кортикоидна хипертония.

• установена необходимост от непрекъснато болнично наблюдение и лечение в хода на амбулаторна процедура;

• необходимост от уточняване и/или корекция на провежданото амбулаторно лечение на хронични заболявания в детската възраст по искане на лекаря, провеждащ наблюдението в извънболничната помощ;

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания, извън случаите на спешност се извършва до 48 час след началото на хоспитализацията. Образни изследвания – рентгенологични и ехографски се извършват до 72 часа от постъпването. Контролни клинико – лабораторни и образни изследвания се извършват до края на болничния престой.

Лечение на панхипопитуитаризъм

Съответна хормонална субституция – растежен хормон, тиреоидни хормони и гонадотропини/полови стероиди, при необходимост и глюкокортикоиди.

Лечение на ВНХ сол-губеща форма – криза и Адисонова криза

Венозно вливане на солеви разтвори и кортикостероиди, минералкортикоиди.

Лечение на безвкусен диабет

Заместителна терапия с АДХ

Лечение на надбъбречна недостатъчност

Глюкокортикоиди

Минералкортикоиди

Лечение на хипертонични кризи при феохромоцитом

Алфа-блокери

Централни алфа 2 агонисти

Натриев нитропрусид

Лечение на АХ при първичен алдостеронизъм и други минералокортикоидни хипертонии

Антагонисти на алдостерона

Калий-задържащи диуретици

Лечение на АХ при ендокринни заболявания

Лечение на основното заболяване

АСЕ инхибитори

АТ2 рецепторни антагонисти

Калциеви антагонисти

Диуретици

Бета-блокери

Алфа-блокери

Централни алфа 2 агонисти

Агонисти на имидазолиновите рецептори

Тумори на хипофиза и надбъбреци

След диагностичното уточняване болните се насочват своевременно за хирургично лечение като при необходимост се започва хормонално лечение. След период от 1 до 3 месеца от операцията, се извършва оценка на състоянието и евентуално се започва хормонозаместващо лечение.

Поликистозни яйчници

Според конкретния случай се извършва със:

- противозачатъчни средства;
- антиандрогени и противозачатъчни средства;

- гонадотропини;
- други стимулатори на овулацията;

В много случаи успоредно с горните или самостоятелно се назначават сенсибилизиращи към инсулина средства.

Стерилитет у мъжа

След диагностично уточняване и отстраняване на причината (медикаменти, радиационна нокса, химически и други въздействия) се прибягва до консервативно лечение на възпалението, медикаментозно, вкл. хормонално стимулиране на сперматогенезата и/или се насочва за оперативно лечение.

Тумори на гонадите

След диагностично уточняване се насочват за хирургично лечение, след което се определя хормонозаместващото лечение.

Гонадна дисгенезия

След поставяне на диагнозата се назначава и контролира хормонозаместващото лечение с периферни полови хормони и/или РХ, както и симптоматично лечение (антихипертензивно и др.)

Синдроми на нечувствителност към андрогените и други форми на псевдохермафродитизъм

Уточнява се диагнозата и полът, насочва се за оперативна корекция, се определя и контролира хормонозаместващото лечение и ефекта от него.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно с клиничната находка, резултатите от лабораторните, инструментални изследвания и цитологичното изследване (когато такова е показано).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- уточнена диагноза;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Хипофизата е един от основните ендокринни органи при човека. Тя произвежда хормони

- химични съединения с регулаторна функция - които оказват влияние върху основни функции на организма. Хормоните на хипофизата могат да се разделят на такива, произвеждани от предния дял и такива, произвеждани от задния дял на жлезата.

Аденохипофизни хормони (преден дял на хипофизата):

Соматотропния хормон играе централна роля в растежа на организма, поради което е известен и като растежен хормон. Той е белтък, изграден от 190 аминокиселини и има относителна молекулна маса 21500 далтона. Основното действие на соматотропния хормон в периода на растежа се изразява в удължаване на скелета и увеличаване размера на мускулите. Освен това той стимулира синтеза на белтък във всички клетки, намалява използването на въглехидратите и мастите от тъканите и засилва мобилизирането им за енергийните нужди на организма. Намалената секреция на соматотропен хормон в детска възраст води до изоставане в растежа, а увеличената секреция води до гигантизъм. Увеличеното производство на хормона при възрастни води до развитие на гигантизъм.

Адренокортикотропния хормон е белтък изграден от 39 аминокиселини. Физиологичното му действие се свежда до активиране на синтеза и секрецията на надбъбречните кортикоидни хормони и по-специално на гликокортикоидите и андрогенните. При липса на адренокортикотропен хормон се развива атрофия на слоевете на надбъбречната жлеза.

Пролактинът е белтъчен хормон изграден от 138 аминокиселини. Предизвиква млечна секреция у жената след раждането. При мъжете функцията му не е напълно изяснена.

Фоликулостимулиращия хормон е гликопротеин. Стимулира овогенезата (развитието на яйцеклетката) в яйчниците при жената и сперматогенезата в мъжките тестиси. Под действието му Граафовия фоликул узрява и започва производство на естрогени.

Лутеинизиращия хормон е гликопротеин подтиква разпукването на Граафовия фоликул в яйчника и стимулира тестостероновата секреция в тестисите.

Тиреотропният хормон също е гликопротеин. Блокирането му води до атрофия на щитовидната жлеза и намалена продукция на тиреоидни хормони. Той регулира, от една страна включването на йод в състава на щитовидните хормони, а, от друга – попадането на тироксина в кръвта.

Неврохипофизни хормони (заден дял на хипофизата):

- антидиуретичен хормон - има две основни действия – регулира обратната резорбция на вода в крайните и събирателни бъбречни каналчета и свива кръвоносните съдове. Отделянето му зависи от осмотичното налягане на кръвната плазма и от промени в обема на извънклетъчната среда. Информацията за тези параметри постъпва посредством осморецептори и обемни рецептори. При липса антидиуретичен хормон, водата, която достига крайните бъбречни каналчета не може да се реабсорбира като по такъв начин се отделя много урина и организма губи вода (полиурия) до 12-17 литра на 24 ч. Това нарушение е известно като безвкусен (воден) диабет.

- окситоцин - повишава възбудимостта на маточната мускулатура в края на бременността, като подобрява ритмичните контракции и улеснява раждането. Секрецията на окситоцин се стимулира от разширяването на канала на маточната шийка в хода на раждането, от дразненето на гръдното зърно по време на сукане и дразненето на клитора и външните гениталии на жената. Синтетичния окситоцин се използва в акушеро-гинекологичната практика като мощно средство за успешно завършване на раждането при слаба родова дейност на матката, което е свързано с опасност както за плода, така и за майката.

От надбъбречната жлеза са изолирани повече от 30 активни вещества, от които дефинитивни хормони са само няколко. Най-голямо физиологично значение имат:

- алдостерон – минералкортикоид;
- кортизол и кортикостерон – гликокортикоиди;
- дехидроепиандростерон и естрадиол – полови хормони.

Алдостеронът, като най-важен представител на минералкортикоидите, както и другите хормони от тази група регулират електролитния метаболизъм в организма. Основната му функция се изразява в регулиране на натриевата и калиевата хомеостаза в организма. Той стимулира обратна резорбция на натрия в крайните и събирателните и каналчета на нефроните в бъбреците, в изходните каналчета на слюнчените и потните жлези и в стомашната лигавица. Едновременно с това увеличава секрецията на калий в урината потта и слюнката. По този начин се поддържа оптималното количество вода в организма, съответно се поддържа ударния обем на сърцето и артериалното налягане, както и алкално-киселинното равновесие.

Гликокортикоидите кортизол и кортикостерон са тясно свързани с регулацията на въглехидратната, мастната, белтъчната и водната обмяна. Под влияние на кортизола се наблюдава засилена гликогенеза и гликонеогенеза в черния дроб, потискане на използването на глюкоза в тъканите и улеснената и резорбция в храносмилателния тракт. Той намалява белтъчния резерв в клетките, увеличава нивото на аминокиселините в кръвната плазма – катаболизира тъканните белтъци. Кортизолът предизвиква разграждане на мастите (липолиза) увеличава свободните мастни киселини в кръвната плазма и повишава използването им като енергиен източник.

Надбъбречните полови хормони са свързани с гениталната сфера. Те имат отношение към маскулинизацията (андрогени) и феминизацията (естрогени) на индивида (развитието на мъжки, съответно женски полови белези). Както у мъжа така и у жената се произвеждат и двата надбъбречни полови хормона, само че секрецията на този вид, който е свързан с оформянето на противоположния пол, е незначителна.

КП № 80.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХИПОФИЗАТА И НАДБЪБРЕКА ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Злокачествено новообразуване на надбъбречната жлеза

C74.0 Кора (кортекс) на надбъбречната жлеза

C74.1 Медула на надбъбречната жлеза

C74.9 Надбъбречна жлеза, неуточнена част

Злокачествено новообразуване на други ендокринни жлези и сродни сруктури

Не включва: надбъбречна жлеза (C74.—)
ендокринна част на панкреаса (C25.4)
яйчник (C56)
тестис(C62.—)
тимус (C37)
щитовидна жлеза (C73)

C75.1 Хипофиза

C75.2 Краниофарингеален канал

C75.3 Епифизна (пинеална) жлеза

C75.4 Каротидни телца

C75.5 Аортно телце и други параганглии

C75.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза, неуточнена

Забележка: Ако локализациите на множествените лезии са известни, те трябва да бъдат кодирани поотделно.

Доброкачествено новообразуване на други и неуточнени ендокринни жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27)
тестис (D29.2)
тимус (D15.0)

D35.0 Надбъбречна жлеза

D35.2 Хипофиза

D35.3 Краниофарингеален канал

D35.4 Епифизна (пинеална) жлеза

D35.5 Каротидно телце

D35.6 Аортно телце и други параганглии

D35.7 Други уточнени ендокринни жлези

D35.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза

Новообразуване с неопределен или неизвестен характер на ендокринните жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D37.7)
яйчник (D39.1)
тестис (D40.1)
тимус (D38.4)

D44.1 Надбъбречна жлеза

D44.3 Хипофиза

D44.4 Краниофарингеален канал

D44.5 Епифизна (пинеална) жлеза

D44.6 Каротидно телце

D44.7 Аортно телце и други параганглии

D44.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза
Множествена ендокринна аденоматоза

Хиперфункция на хипофизата

Не включва: синдром на Cushing (E24.—)
синдром на Nelson (E24.1)
хиперсекреция на:
- ACTH, несвързана със синдром на Cushing (E27.0)
- хипофизарен ACTH (E24.0)
- тироид-стимулиращ хормон TSH (E05.8)

E22.0 Акромегалия и хипофизарен гигантизъм
Артропатия, свързана с акромегалия† (M14.5*)
Хиперсекреция на растежен хормон
Гигантизъм
Не включва: конституционален:
- висок ръст (E34.4)

хиперсекреция на рилизинг-хормон на растежния хормон (GHRH) (E16.8)

E22.1 Хиперпролактинемия

E22.2 Синдром на неадекватна секреция на антидиуретичен хормон

E22.8 Други хиперфункции на хипофизата
Преждевременен пубертет с централен произход

Хипофункция и други разстройства на хипофизата

Включва: изброените състояния, предизвикани от заболявания на хипофизата и хипоталамуса

E23.0 Хипопитуитаризъм
Фертилен евнухоиден синдром
Хипогонадотропен хипогонадизъм
Идиопатичен дефицит на растежния хормон
Изолиран дефицит от:
- гонадотропен хормон
- растежен хормон
- други хормони на хипофизата

Синдром на Kallmann
Нанизъм на Lorain-Levi
Некроза на хипофизната жлеза (след раждане)
Панхипопитуитаризъм
Хипофизарни:
- кахексия
- недостатъчност БДУ
- нанизъм

Синдром на Sheehan
Болест на Simmonds

E23.1 Медикаментозен хипопитуитаризъм

E23.2 Безвкусен диабет
Не включва: нефрогенен безвкусен диабет (N25.1)

E23.3 Хипоталамична дисфункция, некласифицирана другаде
Не включва: синдром на Prader-Willi (Q87.1)
синдром на Russell-Silver (Q87.1)

E23.6 Други болести на хипофизата
Абсцес на хипофизата
Адипозогенитална дистрофия

Синдром на Cushing

E24.0 Синдром на Cushing с хипофизарен произход
Хиперсекреция на хипофизарен АСТН
Хиперадренокортицизъм с хипофизарен произход

E24.1 Синдром на Nelson

E24.2 Медикаментозно предизвикан синдром на Cushing

E24.3 Ектопичен АСТН синдром

E24.8 Други състояния с Cushing синдром

Адреногенитални разстройства

Включва: адреногенитални синдроми, вирилизация или феминизация, придобити или обусловени от хиперплазия на надбъбреците, която възниква вследствие на вродени ензимни дефекти в синтеза на хормоните
женски:
- адренален псевдохермафродитизъм
- хетеросексуален преждевременен псевдопубертет

мъжки:
- изосексуален преждевременен псевдопубертет
- преждевременна макрогенитосомия
- преждевременно полово узряване с хиперплазия на надбъбреците вирилизация (при жени)

E25.0 Вродени адреногенитални разстройства, свързани с ензимен дефицит
Вродена надбъбречна хиперплазия
Дефицит на 21-хидроксилаза
Вродена надбъбречна хиперплазия със загуба на соли

E25.8 Други адреногенитални разстройства
Идиопатично адреногенитално разстройство

E25.9 Адреногенитално разстройство, неуточнено
Адреногенитален синдром БДУ

Хипералдостеронизъм

E26.0 Първичен хипералдостеронизъм
Синдром на Conn
Първичен алдостеронизъм, дължащ се на надбъбречна хиперплазия (двустранна)

E26.1 Вторичен хипералдостеронизъм

E26.8 Други форми на хипералдостеронизъм
Синдром на Bartter

Други разстройства на надбъбречните жлези

E27.0 Други видове хиперсекреция на кората на надбъбреците
Хиперсекреция на АСТН, несвързана с болестта на Cushing
Преждевременно аденархе
Не включва: синдром на Cushing (E24.—)

E27.1 Първична недостатъчност на кората на надбъбреците
Болест на Addison
Автоимунен адреналит
Не включва: амилоидоза (E85.—)
болест на Addison при туберкулоза (A18.7)

синдром на Waterhouse-Friderichsen (A39.1)

E27.2 Адисонова криза
Адренална криза
Адренокортикална криза

E27.3 Медикаментозно обусловена адренокортикална недостатъчност

E27.4 Други видове и неуточнена адренокортикална недостатъчност
Адренални:
кръвоизлив
инфаркт
Недостатъчност на надбъбречната кора БДУ
Хипоалдостеронизъм
Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)
Синдром на Waterhouse-Friderichsen (A39.1)

E27.5 Адреномедуларна хиперфункция
Адреномедуларна хиперплазия
Катехоламинова хиперсекреция

E27.8 Други уточнени нарушения на надбъбреците
Нарушение на кортизол-свързващия глобулин

Дисфункция на яйчниците

Не включва: изолиран гонадотропен дефицит (E23.0)
недостатъчност на яйчниците след медицински процедури (E89.4)

E28.0 Хиперестрогения
E28.1 Хиперандрогения. Хиперсекреция на овариални андрогени
E28.2 Синдром на поликистоза на яйчниците
Склерокистозен овариален синдром
Синдром на Stein-Leventhal
E28.3 Първична яйчникова недостатъчност
E28.8 Овариални дисфункции
Овариална хиперфункция БДУ

Дисфункция на тестисите

Не включва: синдром на андрогенна резистентност (E34.5)
азооспермия или олигоспермия БДУ (N46)
изолиран гонадотропен дефицит (E23.0)
синдром на Klinefelter (Q98.0—Q98.2,Q98.4)
хипофункция на тестисите след медицински процедури (E89.5)
тестикуларна феминизация (синдром) (E34.5)

E29.0 Тестикуларна хиперфункция
Хиперсекреция на тестикуларни хормони

E29.1 Тестикуларна хипофункция
Дефект в биосинтезата на тестикуларния андроген БДУ
5-α-редуктазен дефицит (с мъжки псевдохермафродитизъм)
Тестикуларен хипогонадизъм БДУ

Нарушения в пубертета, некласифицирани другаде

E30.0 Закъснял пубертет
Конституционално закъсняване на пубертета
Закъсняване на половото развитие

E30.1 Преждевременен пубертет

Не включва: синдром на Albright (-McCune)(-Sternberg) (Q78.1)
централно обусловен преждевременен пубертет (E22.8)
вродена надбъбречна хиперплазия (E25.0)
женски хетеросексуален преждевременен псевдопубертет(E25.—)
мъжки изосексуален преждевременен псевдопубертет

E30.8 Други нарушения на пубертета
Преждевременно телархе

Полигландуларна дисфункция

Не включва: атаксия-телеангиектазия [Louis-Bar] (G11.3)
миотонична дистрофия [Steinert] (G71.1)
псевдохипопаратиреоидизъм (E20.1)

E31.0 Автоимунна полигландуларна недостатъчност
Синдром на Schmidt

E31.1 Полигландуларна хиперфункция
Не включва: множествена ендокринна аденоматоза (D44.8)

E31.8 Друга полигландуларна дисфункция

Други ендокринни разстройства

Не включва: псевдохипопаратиреоидизъм (E20.1)

E34.0 Карциноиден синдром
Забележка: При необходимост от идентифициране на функционална активност, свързана с карциноиден тумор, може да се използва допълнителен код.

E34.1 Други състояния на хиперсекреция на чревни хормони

E34.2 Ектопична хормонална секреция, некласифицирана другаде

E34.3 Нанизъм, некласифициран другаде
Нанизъм:
- БДУ
- конституционален
- тип Laron
- психосоциален

Не включва: прогерия (E34.8)
синдром на Russsell-Silver (Q87.1)
къси крайници с имунодефицит (D82.2)
нанизъм:
- ахондропластичен (Q77.4)
- хипохондропластичен (Q77.4)
- при специфични дисморфични синдроми — код на синдрома (виж Азбучния указател)
- алиментарен (E45)
- хипофизен (E23.0)
- ренален (N25.0)

E34.4 Конституционално висок ръст
Конституционален гигантизъм

E34.5 Синдром на андрогенна резистентност
Мъжки псевдохермафродитизъм с андрогенна резистентност
Разстройство на периферния хормонален рецептор
Синдром на Reifenstein
Тестикуларна феминизация (синдром)

E34.8 Други уточнени ендокринни разстройства
Дисфункция на пинеалната жлеза
Прогерия

Ендокринни и метаболитни разстройства, възникнали след медицински процедури, некласифицирани другаде

E89.3 Следпроцедурен хипопитуитаризъм
Хипопитуитаризъм след облъчване

E89.4 Следпроцедурно разстройство на функциите на яйчниците

E89.5 Следпроцедурна тестикуларна хипофункция

E89.6 Следпроцедурна адренокортикална(-медуларна) хипофункция

E89.8 Други ендокринни и метаболитни разстройства след медицински процедури

Нарушения, които са резултат от увредена функция на бъбречните тубули

Не включва: метаболитни нарушения, класифицирани в E70—E90

N25.1 Бъбречен инсипиден диабет

N62 Хипертрофия на млечната жлеза
Гинекомастия
Хипертрофия на млечната жлеза:
БДУ
масивна пубертетна

Q78 Други остеохондродисплазии

Q85.0 Неврофиброматоза (доброкачествена)
Болест на von Recklinghausen

Q85.8 Други факоматози, некласифицирани другаде
Синдром на:
- Peutz-Jeghers
- Sturge-Weber(-Dimitri)
- Von Hippel-Lindau

Не включва: синдром на Meckel-Gruber (Q61.9)

Други уточнени синдроми на вродени аномалии, засягащи няколко системи

Q87.1 Синдром на Noonan

Q87.3 Синдроми на вродени аномалии, които се характеризират предимно с развитие на висок ръст [гигантизъм]
Синдром на:
- Beckwith-Wiedemann
- Sotos
- Weaver

Q87.4 Синдром на Marfan

Q87.5 Други синдроми на вродени аномалии с други скелетни аномалии

Q87.8 Други уточнени синдроми на вродени аномалии, некласифицирани другаде
Синдром на:
- Alport
- Laurence-Moon(-Barder)-Biedl
- Zellweger

Q95.0 Балансирана транслокация и инсерция при нормален индивид

Q95.1 Хромозомна инверсия при нормален индивид

Q95.2 Балансирани преустройства на автозомите при анормален индивид

Q95.3 Балансирано преустройство, включващо автозома и полова хромозома при анормален индивид

Q95.8 Други балансирани преустройства и структурни маркери

Синдром на Turner

Q96.0 Кариотип 45,X

Q96.1 Кариотип 46,X iso (Xq)

Q96.2 Кариотип 46,X със структурно абнормална полова хромозома, различна от iso (Xq)

Q96.3 Мозаицизъм, 45,X/46, XX или XY

Q96.4 Мозаицизъм, 45,X/друга клетъчна линия (линии) с абнормална полова хромозома

Q96.8 Други варианти на синдрома на Turner

Q97.0 Кариотип 47,XXX

Q97.1 Жена с повече от три X хромозоми

Q97.2 Мозаицизъм, клетъчни линии с различен брой на X хромозомите

Q97.3 Жена с кариотип 46,XY

Q97.8 Други уточнени аберации на половите хромозоми с женски фенотип

Q98.0 Синдром на Klinefelter с кариотип 47,XXY

Q98.1 Синдром на Klinefelter, мъж с повече от две Х хромозоми

Q98.2 Синдром на Klinefelter, мъж с кариотип 46,XX
Q98.3 Други варианти на мъжки фенотип при кариотип 46,XX
Q98.5 Кариотип 47,XYY
Q98.6 Мъж със структурно анормални полови хромозоми
Q98.7 Мъж с мозаицизъм на полови хромозоми
Q98.8 Други уточнени аберации на половите хромозоми с мъжки фенотип
Q99.0 Химера 46,XX/46,XY

Други хромозомни аберации, некласифицирани другаде

Q99.1 46,XX с истински хермафродитизъм
46,XX с ивицести гонади
46,XY с ивицести гонади
Чиста гонадна дисгенезия
Q99.2 Чуплива Х хромозома
Синдром на чупливата Х хромозома
Q99.8 Други уточнени хромозомни аберации

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
и
- мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
- таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

1940 Ултразвук на глава или шия

Извършва се задължително:

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Ядрено магнитен резонансен образ на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-08 Ядрено магнитен резонанс на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

1932 Изследвания на урината

Включва на кои от следните:

91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината или
91920-12 Химично изследване на урина и
91226-04 Изследване на 24 часова диуреза за креатинин и
91226-05 Изследване на 24 часова диуреза за калий и
91226-06 Изследване на 24 часова диуреза за калций и
91226-07 Изследване на 24 часова диуреза за фосфор и
91226-08 Изследване на 24 часова диуреза за белтък и
91226-09 Изследване на 24 часова диуреза за кортизол и
91226-10 Изследване на 24 часова диуреза за уринен осмоларитет или
91226-11 Функционална проба с жадуване и
91226-12 Функционална проба с NaCl и
91226-13 Функционална проба с антидиуретин

Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор
Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода

11708-00 Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис

Други диагностични тестове, измервания или изследвани

92183-06 Микроскопско изследване на проба от ендокринна жлеза за хистология

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Някои от следните:

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
или
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
и
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
и
91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати
и
91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди
или
91210-00 Изследване на плазмен осмоларитет
или
13842-01 Измерване на артериални кръвни газове
или
91918-39 Изследване на други туморни маркери

По преценка:

91925-03	Изследване на хормон LH
91925-04	Изследване на хормон FSH
91925-05	Изследване на хормон Prolactin
91925-00	Изследване на хормон fT4
91925-01	Изследване на хормон TSH
91925-16	Изследване на Ренин
91925-18	Изследване на Прокалцитонин (PCT)
91925-06	Изследване на хормон Estradiol
91925-07	Изследване на хормон Testosteron
91925-08	Изследване на хормон Progesteron
91225-02	Изследване на кортизолов ритъм
91925-19	Други хормонални изследвания

1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система	
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
*96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
*96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: При кодове №№ **C75.(1-8), D35.(0-8), D44.(0-8), E22.0, E24.0, E26.0, E27.5, E34.0 и E34.2** клиничната пътека се счита за завършена, ако са проведени **три** основни диагностични процедури – една диагностична е образно изследване, втора диагностична процедура - посочените в блок 1923 и трета диагностична процедура – посочените в блок 1932, и една терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**.

Задължително насочване към хирургична клиника за радикално оперативно лечение или към клиника/отделение по лъчелечение.

В останалите случаи клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска ендокринология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", както и от обхвата на медицинската специалност „Ендокринология и болести на обмяната“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната“. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната” и трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска ендокринология или Клиника/отделение по ендокринология
2. Клинична лаборатория II или III ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия.
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидната жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико - диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- един лекар със специалност детска ендокринология и болести на обмяната, и да притежава квалификация по ехография на щитовидна жлеза или
- в клиника/отделение по ендокринология трето ниво- четирима лекари с призната специалност по ендокринология, поне двама с квалификация по ехография на щитовидна жлеза
- лекар със специалност клинична лаборатория.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1 СПЕШНА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА:

- Адисонова криза;
- ВНХ сол-губеща форма – криза;

1.2 Диагностика и лечение, в т. ч. субституираща терапия при:

- състояния след оперативна намеса в областта на хипофизата (краниофарингеом, аденом на хипофизата или други туморни формации) - за субституираща терапия;
- липса на хипофизарни структури, водеща до тежко нарушение на хормоналния баланс в организма и състояния, застрашаващи живота на пациента - за субституираща терапия;
- пациенти с високи стойности на АН и съмнение за феохромоцитом или syndrome Cushing и първичен алдостеронизъм и други форми на минерало-кортикоидна хипертония.
- установена необходимост от непрекъснато болнично наблюдение и лечение в хода на амбулаторна процедура;
- необходимост от уточняване и/или корекция на провежданото амбулаторно лечение на хронични заболявания в детската възраст по искане на лекаря, провеждащ наблюдението в извънболничната помощ.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания, извън случаите на спешност, се извършва до 48 час след началото на хоспитализацията. Образни изследвания – рентгенологични и ехографски, се извършват до 72 часа от постъпването. Контролни клинико - лабораторни и образни изследвания се извършват до края на болничния престой.

Лечение на хипофизарен нанизъм и нисък ръст при синдром на Turner

Полови хормони при Turner

Лечение на панхипопитуитаризъм

Съответна хормонална субституция – растежен хормон, тиреоидни хормони и гонадотропини/полови стероиди, при необходимост и глюкокортикоиди.

Лечение на ВНХ сол-губеща форма – криза и Адисонова криза

Венозно вливане на солеви разтвори и кортикостероиди, минералкортикоиди.

Лечение на безвкусен диабет

Заместителна терапия с АДХ

Лечение на надбъбречна недостатъчност

Глюкокортикоиди

Минералкортикоиди

Лечение на хипертонични кризи при феохромоцитом

Алфа-блокери

Централни алфа 2 агонисти

Натриев нитропрусид

Лечение на АХ при първичен алдостеронизъм и други минералокортикоидни хипертонии

Антагонисти на алдостерона

Калий-задържащи диуретици

Лечение на АХ при ендокринни заболявания

Лечение на основното заболяване

АСЕ инхибитори

АТ2 рецепторни антагонисти

Калциеви антагонисти

Диуретици

Бета-блокери

Алфа-блокери

Централни алфа 2 агонисти

Агонисти на имидазолиновите рецептори

Тумори на хипофиза и надбъбреци

След диагностичното уточняване болните се насочват своевременно за хирургично лечение като при необходимост се започва хормонално лечение. След период от 1 до 3–месеца от операцията, се извършва оценка на състоянието и евентуално се започва хормонозаместващо лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съобразно с клиничната находка, резултатите от лабораторните, инструментални изследвания и цитологичното изследване (когато такова е показано).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- диагностично уточняване;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Хипофизата е един от основните ендокринни органи при човека. Тя произвежда хормони - химични съединения с регулаторна функция - които оказват влияние върху основни функции на организма. Хормоните на хипофизата могат да се разделят на такива, произвеждани от предния дял и такива, произвеждани от задния дял на жлезата.

Аденохипофизни хормони (преден дял на хипофизата):

Соматотропния хормон играе централна роля в растежа на организма, поради което е известен и като растежен хормон. Той е белтък, изграден от 190 аминокиселини и има относителна молекулна маса 21500 далтона. Основното действие на соматотропния хормон в периода на растежа се изразява в удължаване на скелета и увеличаване размера на мускулите. Освен това той стимулира синтеза на белтък във всички клетки, намалява използването на въглехидратите и мастите от тъканите и засилва мобилизирането им за енергийните нужди на организма. Намалената секреция на соматотропен хормон в детска възраст води до изоставане в растежа, а увеличената секреция води до гигантизъм. Увеличеното производство на хормона при възрастни води до развитие на гигантизъм.

Адренокортикотропния хормон е белтък изграден от 39 аминокиселини. Физиологичното му действие се свежда до активиране на синтеза и секрецията на надбъбречните кортикоидни хормони и по-специално на гликокортикоидите и андрогенните. При липса на адренокортикотропен хормон се развива атрофия на слоевете на надбъбречната жлеза.

Пролактинът е белтъчен хормон изграден от 138 аминокиселини. Предизвиква млечна секреция у жената след раждането. При мъжете функцията му не е напълно изяснена.

Фоликулостимулиращия хормон е гликопротеин. Стимулира овогенезата (развитието на яйцеклетката) в яйчниците при жената и сперматогенезата в мъжките тестиси. Под действието му Граафовия фоликул узрява и започва производство на естрогени.

Лутеинизиращия хормон е гликопротеин подтиква разпукването на Граафовия фоликул в яйчника и стимулира тестостероновата секреция в тестисите.

Тиреотропният хормон също е гликопротеин. Блокирането му води до атрофия на щитовидната жлеза и намалена продукция на тиреоидни хормони. Той регулира, от една страна включването на йод в състава на щитовидните хормони, а, от друга – попадането на тироксина в кръвта.

Неврохипофизни хормони (заден дял на хипофизата):

- антидиуретичен хормон - има две основни действия – регулира обратната резорбция на вода в крайните и събирателни бъбречни каналчета и свива кръвоносните съдове. Отделянето му зависи от осмотичното налягане на кръвната плазма и от промени в обема на извънклетъчната среда. Информацията за тези параметри постъпва посредством осморецептори и обемни рецептори. При липса антидиуретичен хормон, водата, която достига крайните бъбречни каналчета не може да се реабсорбира като по такъв начин се отделя много урина и организма губи вода (полиурия) до 12-17 литра на 24 ч. Това нарушение е известно като безвкусен (воден) диабет.
- окситоцин - повишава възбудимостта на маточната мускулатура в края на бременността, като подобрява ритмичните контракции и улеснява раждането. Секрецията на окситоцин се стимулира от разширяването на канала на маточната шийка в хода на раждането, от дразненето на гръдното зърно по време на сукане и дразненето на клитора и външните гениталии на жената. Синтетичния окситоцин се използва в акушеро-гинекологичната практика като мощно средство за успешно завършване на раждането при слаба родова дейност на матката, което е свързано с опасност както за плода, така и за майката.

От надбъбречната жлеза са изолирани повече от 30 активни вещества, от които дефинитивни хормони са само няколко. Най-голямо физиологично значение имат:

- алдостерон – минералкортикоид;
- кортизол и кортикостерон – гликокортикоиди;
- дехидроепиандростерон и естрадиол – полови хормони.

Алдостеронът, като най-важен представител на минералкортикоидите, както и другите хормони от тази група регулират електролитния метаболизъм в организма. Основната му функция се изразява в регулиране на натриевата и калиевата хомеостаза в организма. Той стимулира обратна резорбция на натрия в крайните и събирателните и каналчета на нефроните в бъбреците, в изходните каналчета на слюнчените и потните жлези и в стомашната лигавица. Едновременно с това увеличава секрецията на калий в урината потта и слюнката. По този начин се поддържа оптималното количество вода в организма, съответно се поддържа ударния обем на сърцето и артериалното налягане, както и алкално-киселинното равновесие.

Гликокортикоидите кортизол и кортикостерон са тясно свързани с регулацията на въглехидратната, мастната, белтъчната и водната обмяна. Под влияние на кортизола се наблюдава засилена гликогенеза и гликонеогенеза в черния дроб, потискане на използването на глюкоза в тъканите и улеснената и резорбция в храносмилателния тракт. Той намалява белтъчния резерв в клетките, увеличава нивото на аминокиселините в кръвната плазма – катаболизира тъканните белтъци. Кортизолът предизвиква разграждане на мастите (липолиза) увеличава свободните мастни киселини в кръвната плазма и повишава използването им като енергиен източник.

Надбъбречните полови хормони са свързани с гениталната сфера. Те имат отношение към маскулинизацията (андрогени) и феминизацията (естрогени) на индивида (развитието на мъжки, съответно женски полови белези). Както у мъжа така и у жената се произвеждат и двата надбъбречни полови хормона, само че секрецията на този вид, който е свързан с оформянето на противоположния пол, е незначителна.

КП № 81.1 ЛЕЧЕНИЕ НА КОСТНИ МЕТАБОЛИТНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И НАРУШЕНИЯ НА КАЛЦИЕВО-ФОСФОРНАТА ОБМЯНА ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Злокачествено новообразуване на други ендокринни жлези и сродни структури
Не включва: надбъбречна жлеза (C74.—)
ендокринна част на панкреаса (C25.4)
яйчник (C56)
тестис (C62.—)
тимус (C37)
щитовидна жлеза (C73)

C75.0 Паращитовидна жлеза

Доброкачествено новообразуване на други и неуточнени ендокринни жлези
Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27)
тестис (D29.2)
тимус (D15.0)

D35.1 Паращитовидна жлеза

Хипопаратиреоидизъм
Не включва: синдром на Di George (D82.1)
хипопаратиреоидизъм след медицински процедури (E89.2)
тетания БДУ (R29.0)
ранзиторен хипопаратиреоидизъм на новородено (P71.4)

E20.0 Идиопатичен хипопаратиреоидизъм

E20.1 Псевдохипопаратиреоидизъм

E20.8 Други форми на хипопаратиреоидизъм

E20.9 Хипопаратиреоидизъм, неуточнен
Паратиреоидна тетания

Хиперпаратиреоидизъм и други разстройства на паращитовидните жлези
Не включва: остеомалация:
- при възрастни (M83.—)
- в детска и юношеска възраст (E55.0)

E21.0 Първичен хиперпаратиреоидизъм
Хиперплазия на паращитовидните жлези
Генерализиран фиброкистозен остеит (болест на von Recklinghausen)

E21.1 Вторичен хиперпаратиреоидизъм, некласифициран другаде
Не включва: вторичен хиперпаратиреоидизъм от ренален произход (N25.8)

E21.2 Други форми на хиперпаратиреоидизъм
Не включва: семейна хипокалциурична хиперкалциемия (E83.5)

E21.4 Други уточнени разстройства на паращитовидните жлези

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E55.0 Рахит, активен

E67.3 Хипервитаминоза D

E83.3 Разстройства на обмяната на фосфора
Недоимък на кисела фосфатаза
Фамилна хипофосфатемия
Хипофосфатазия
Витамин D-резистентни:
- остеомалация
- рахит

Не включва: остеомалация при възрастни (M83.—)
остеопороза (M80—M81)

E83.5 Разстройства на обмяната на калция
Фамилна хипокалциурична хиперкалциемия
Идиопатична хиперкалциурия
Не включва: хондрокалциноза (M11.1—M11.2)
хиперпаратиреоидизъм (E21.0—E21.3)

Ендокринни и метаболитни разстройства, възникнали след медицински процедури, некласифицирани другаде

E89.2 Хипопаратиреоидизъм след медицински процедури

Нарушения, които са резултат от увредена функция на бъбречните тубули

N25.8 Други нарушения, които са резултат от увредена функция на бъбречните тубули
Синдром на Lightwood-Albright
Бъбречнотубулна ацидоза БДУ
Вторичен хиперпаратиреоидизъм с бъбречен произход

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на щитовидна или паращитовидна жлеза

30094-10 Тънкоиглена биопсия [перкутанна] на щитовидна жлеза

30075-02 Биопсия на паратироидни жлези

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

Рентгенография на гръбначен стълб, ≥ 2 отдела

Включва: функционални гледни точки такава от 2, 3 или 4 от следните гръбначни отдела:
- цервикален
- лумбосакрален
- сакрококцигеален
- торакален

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

57715-00 Рентгенография на таз
Радиография на тазов вход

Не включва: радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става
Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

1940 Ултразвук на глава и шия

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Изследване на кости

12306-00 Костна денситометрия с помощта на двойно енергийна рентгенова абсорбциометрия
Костна денситометрия с използване на двойно енергийна x-ray абсорбциометрия
Забележка: Изпълнена за диагноза:
- и мониторинг на костна плътност
- при ниска костна плътност

12309-00 Костна денситометрия с помощта на количествена компютърна томография
Изследване на костна плътност с помощта на количествена компютърна томография
Забележка: Изпълнена за диагноза:
- и мониторинг на костна плътност
- на ниска костна плътност

1932 Изследвания на урина

91226-14 Изследване за калциурия в урината
91226-15 Изследване за фосфатурия в урината
91226-20 Изследване на индекс на гломерулна филтрация в урината
по преценка:
91226-16 Изследване за глюкозурия в урината
91226-17 Изследване за аминоацидурия в урината
91226-18 Изследване на pH в 24 часова диуреза

96007-02 Изследване на урина за проба на Зимницки

1924 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните:
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91925-12 Изследване на PTH
91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
91910-39 Клинично-химични изследвания за магнезий

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92183-06 Микроскопско изследване на проба от ендокринна жлеза за хистология

92186-07 Друго морфологично изследване на проба от лимфен възел и лимфа

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури по прилагане, поставяне или премахване върху тироидна или паратироидна жлеза

90047-00 Аспирация на тироидна жлеза
Перкутанен [игленa] дренаж на щитовидна жлеза
Не включва: аспирационна биопсия на щитовидна жлеза (30094-10 [112])
дренаж чрез инцизия (90047-01 [111])
постоперативна аспирация на щитовидна жлеза (90047-02 [111])

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени **четири** основни диагностични процедури, едната от които включва задължително всички изследвания, посочени в блок 1924, втора диагностична процедура – посочена в блок 1940 ултразвук на шия (55032-00), трета и четвърта от посочените в **Блок основни диагностични** процедури на тази клинична пътека и **една** основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Ендокринология и болести на обмяната", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ендокринология и болести на обмяната".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната”.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ендокринология
2. Клинична лаборатория II или III ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с трансдюсер с възможност за изследване на щитовидна жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по клинична имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4.Лаборатория по микробиология на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с призната специалност по ендокринология, поне двама – с квалификация за ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение на болни със:

- болни с хипокалциемия и тежка клинична симптоматика (крампи, гърчове);
- болни с хиперкалциемия и тежка клинична симптоматика;
- компресивни синдроми на шията и горния медиастинум.
- установена необходимост от непрекъснато болнично наблюдение, диагностика и лечение при проведена амбулаторна процедура.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 48 час от началото на хоспитализацията. КТ и МРТ – до 3 ден от постъпването. Радиоизотопни изследвания, двойна

едноенергийна рентгенова абсорбциометрия или рентгеново денситометрия се извършват до 3 ден от постъпването. Образни изследваниия, ехография и/или биопсия на паращитовидна жлеза – до 72 часа от постъпването. Контролни клинико – лабораторни и образни изследвания се провеждат до края на болничния престой.

Лечение на хипокалциемията:

Лечение на острата хипокалциемия: изисква хоспитализация на болния и поставянето му на мониторен контрол. Започва се с i.v. вливане на 10% Ca gluconicum (бавно). Ако острата хипокалцемия се задържа, се налага да се повтори инфузия с 10% Ca gluconicum. След 6-8ч. към терапията се включва вит. Д или негови активни метаболити. Следва лечение като при хронична хипокалцемия. Предпочитат се активни метаболити на вит. Д, тъй като имат по-бързо действие и по-кратък период на полуразпад. При липсата им се включва вит. $Д_3$. Остри състояния – основно се разчита на инфузия на Са. Витамин Д и неговите активни метаболити реално нямат значение при лечението на острата хипокалциемия.

Лечение на хроничната хипокалциемия: цел на лечението е да се поддържа ниво на Ca > 2,2 mmol/l. Дават се калциеви препарати p.os плюс вит Д или негови активни метаболити. Следи се ниво на серумен Ca, P , AP и калциурията по време на лечението. В лечението на хроничната хипокалциемия основно значение има наред с витамин Д и активните му метаболити, пероралните калциеви добавки. При хипопаратиреоидизъм при възраст над 18 години млечният белтък трябва максимално да се ограничи в храната, тъй като води до хиперфосфатемия с калциеви отлагания в тъканите (при здрав бъбрек паратхормонът е основният фосфатуричен хормон в организма).

Лечение на хиперкалциемична криза: съобразно тежестта и клиничната изява се адаптира скоростта на инфузия с физиологичен серум и диуретик i.v. (при нужда). Според етиологията на хиперкалциемията се допълва с медикаментозно лечение: калцитонин i.v. бавно капково, глюкокортикоиди венозно, евентуално митрамицин. Електролитният дефицит се допълва съобразно нуждите. При коматозно състояние се осигурява балансът на течности, електролити, калории и пр. Следят се показателите на водно-солевата обмяна и алкално-киселинното равновесие, както и други показатели според етиологията.

Хиперпаратиреоидизъм – диагностичният протокол включва доказване на неподтискащ се паратхормон, локализиране на аденома/аденомите и уточняването му като първичен, вторичен или третичен. Терапевтичният протокол включва лечение на хиперкалциемичната криза или лечение на хроничната хиперкалциемия с диета, калцитонин - парентерално или назално, дехидрокортизон, евентуално перорално коригиране на водносолевия дефицит. След подготовката се превежда за операция.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Според клиничната картина, резултатите от апаратните и лабораторни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- уточнена диагноза;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

-*"История на заболяването";*

- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Паращитовидните жлези в повечето случаи са представени от четири отделни телца – две горни и две долни, разположени върху задната повърхност на страничните дялове на щитовидната жлеза. По форма те са удължени и приплеснати – достигат дължина до 6мм, ширина 3-4 мм. Паращитовидните жлези показват сравнително чести вариации по отношение на своя брой и разположение – броят им може да достигне до 7-8, могат да бъдат разположени около трахеята или във вътрешността на щитовидната жлеза.

Всяка жлеза е покрита със съединителнотъканна капсула, от която във вътрешността се вдават фини прегради.

Паращитовидните жлези произвеждат хормон, който има важно значение за регулирането на калциевата обмяна - паратхормон.

При намалена функция на жлезата (хипофункция) – концентрацията на калциевите соли в кръвта намалява и настъпва свръхвъзбудимост на нервната система, което се изразява в мускулни спазми – тетания.

При увеличена функция на жлезата (хиперфункция) – е налице повишаване на концентрацията на калциеви соли в кръвта, което се съпровожда с обезкалцяване на костите – остеопороза.

В организма паратхормонът има три основни функции:

- регулира съдържанието на калций и фосфор в костите;
- регулира резорбцията на калций и фосфор в стомашно-чревния тракт;
- регулира реабсорбцията на калций в бъбреците.

При увеличена секреция на паратхормон от паращитовидните жлези (хиперфункция) се наблюдава намаление на калциевото съдържание и промени в структурата на костите и зъбите. Костите обедняват на калций, в тях се появяват кухини (процес, известен като остеопороза), стават лесно чупливи, в кръвната плазма се повишава концентрацията на калций, във връзка с което се повишава и съсирваемостта на кръвта.

Увеличената секреция на паратхормон причинява бързо отделяне на фосфатни йони през бъбреците, като същевременно предизвиква обратна калциева резорбция. В червата се стимулира обратната резорбция на калций.

При намалено производство на паратхормон (хипофункция на жлезите) костната резорбция е потисната и в костите се наблюдава калциеви отлагания (екзостози). Резорбцията на калций в червата е намалена, а отделянето му с урината – увеличено. В резултат на това концентрацията на калция в кръвта намалява, повишава се нервномускулната възбудимост, могат да настъпят гърчове – състояние известно като тетания.

Един втори хормон, тясно свързан с калциевата обмяна е калцитонинът. Образува се в щитовидната жлеза. Неговият ефект е обратен на този на паратхормона – потискане на костната резорбция. Между двете регулаторни системи – калций-паратхормон и калцийкалцитонин съществува тясна корелация, чрез тях се поддържа стабилно нивото на калций в кръвната плазма.

КП № 81.2 ЛЕЧЕНИЕ НА КОСТНИ МЕТАБОЛИТНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И НАРУШЕНИЯ НА КАЛЦИЕВО-ФОСФОРНАТА ОБМЯНА ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Злокачествено новообразуване на други ендокринни жлези и сродни структури

Не включва: надбъбречна жлеза (C74.—)
ендокринна част на панкреаса (C25.4)
яйчник (C56)
тестис (C62.—)
тимус (C37)
щитовидна жлеза (C73)

C75.0 Паращитовидна жлеза

Доброкачествено новообразуване на други и неуточнени ендокринни жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27)
тестис (D29.2)
тимус (D15.0)

D35.1 Паращитовидна жлеза

Хипопаратиреоидизъм

Не включва: синдром на Di George (D82.1)
хипопаратиреоидизъм след медицински процедури (E89.2)
тетания БДУ (R29.0)
транзиторен хипопаратиреоидизъм на новородено (P71.4)

E20.0 Идиопатичен хипопаратиреоидизъм

E20.1 Псевдохипопаратиреоидизъм

E20.8 Други форми на хипопаратиреоидизъм

E20.9 Хипопаратиреоидизъм, неуточнен
Паратиреоидна тетания

Хиперпаратиреоидизъм и други разстройства на паращитовидните жлези

Не включва: ЛДП остеомалация:
- при възрастни (M83.—)
- в детска и юношеска възраст (E55.0)

E21.0 Първичен хиперпаратиреоидизъм
Хиперплазия на паращитовидните жлези
Генерализиран фиброкистозен остеит (болест на von Recklinghausen)

E21.1 Вторичен хиперпаратиреоидизъм, некласифициран другаде
Не включва: вторичен хиперпаратиреоидизъм от ренален произход (N25.8)

E21.2 Други форми на хиперпаратиреоидизъм
Не включва: семейна хипокалциурична хиперкалциемия (E83.5)

E21.4 Други уточнени разстройства на паращитовидните жлези

Недоимък на витамин D

Не включва: остеомалация при възрастни (M83.—)
остеопороза (M80—M81)
последици от рахит (E64.3)

E55.0 Рахит, активен

E67.3 Хипервитаминоза D

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.3 Разстройства на обмяната на фосфора
Недоимък на кисела фосфатаза
Фамилна хипофосфатемия
Хипофосфатазия
Витамин D-резистентни:
- остеомалация
- рахит

Не включва: остеомалация при възрастни (M83.—)
остеопороза (M80—M81)

E83.5 Разстройства на обмяната на калция
Фамилна хипокалциурична хиперкалциемия
Идиопатична хиперкалциурия

Не включва: хондрокалциноза (M11.1—M11.2)
хиперпаратиреоидизъм (E21.0—E21.3)

Ендокринни и метаболитни разстройства, възникнали след медицински процедури, некласифицирани другаде

E89.2 Хипопаратиреоидизъм след медицински процедури

Остеохондродисплазия с дефекти в растежа на тръбестите кости и гръбначния стълб

Не включва: мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

Q77.0 Ахондрогенеза
Хипохондрогенеза

Q77.1 Нисък ръст (джудже)

Q77.2 Синдром на късото ребро
Асфиктична торакална дисплазия [Jenue]

Q77.3 Chondrodysplasia punctata

Q77.4 Ахондроплазия
Хипохондроплазия

Q77.5 Дистрофична дисплазия

Q77.6 Хондроектодермална дисплазия
Синдром на Ellis-van Creveld

Q77.7 Спондилоепифизарна дисплазия

Q77.8 Друга остеохондродисплазия с дефекти в растежа на тръбестите кости и гръбначния стълб

Q77.9 Остеохондродисплазия с дефекти в растежа на тръбестите кости и гръбначния стълб, неуточнена

Други остеохондродисплазии

Q78.0 Osteogenesis imperfecta
Вродена чупливост на костите
Остеопсатироза

Q78.1 Полиостеозна фиброзна дисплазия
Синдром на Albright (-McCune) (-Sternberg)

Q78.2 Остеопетроза
Синдром на Albers-Schönberg

Q78.3 Прогресираща диафизарна дисплазия

Синдром на Camurati-Engelmann

Q78.4 **Енхондроматоза**
Синдром на Maffucci
Болест на Ollier

Q78.5 **Метафизарна дисплазия**
Синдром на Pyle

Q78.6 **Множествени вродени екзостози**
Диафизарна аклазия

Q78.8 **Други уточнени остеохондродисплазии**
Остеопойкилоза

Q78.9 **Остеохондродисплазия, неуточнена**
Хондродистрофия БДУ
Остеодистрофия БДУ

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на щитовидна или паращитовидна жлеза

30075-02 Биопсия на паратироидни жлези

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967]) такава на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

Рентгенография на гръбначен стълб, ≥ 2 отдела

Включва: функционални гледни точки такава от 2, 3 или 4 от следните гръбначни отдела:
- цервикален
- лумбосакрален
- сакрококцигеален

• торакален

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

57715-00 Рентгенография на таз
Радиография на тазов вход
Не включва: радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става
Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

1940 Ултразвук на глава и шия

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Изследване на кости

12306-00 Костна денситометрия с помощта на двойно енергийнарентгенова абсорбциометрия
Костна денситометрия с използване на двойно енергийна x-гау абсорбциометрия
Забележка: Изпълнена за диагноза:
- и мониторинг на костна плътност
- при ниска костна плътност

12309-00 Костна денситометрия с помощта на количествена компютърна томография
Изследване на костна плътност с помощта на количествена компютърна томография
Забележка: Изпълнена за диагноза:
- и мониторинг на костна плътност
- на ниска костна плътност

1932 Изследвания на урина

91226-14 Изследване за калциурия в урината
91226-15 Изследване за фосфатурия в урината
91226-20 Изследване на индекс на гломерулна филтрация в урината
по преценка:
91226-16 Изследване за глюкозурия в урината
91226-17 Изследване за аминоацидурия в урината
91226-18 Изследване на pH в 24 часова диуреза
96007-02 Изследване на урина за проба на Зимницки

1924 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните:
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91925-12 Изследване на PTH
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
91910-39 Клинично-химични изследвания за магнезий

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92183-06 Микроскопско изследване на проба от ендокринна жлеза за хистология

92186-07 Друго морфологично изследване на проба от лимфен възел и лимфа

Невромускулна електродиагностика

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
фармакологичен агент за:
анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
перфузия (виж блок [1886])
ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени **три основни** диагностични процедури, едната от които включва задължително всички изследвания,

посочени в блок 1924, другите две са от посочените в **Блок основни диагностични** процедури на тази клинична пътека и **една** основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури** на клиничната пътека.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска ендокринология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната" и трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска ендокринология
2. Клинична лаборатория II или III ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия.
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидната жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Остеодензитометър
5. Микробиологична лаборатория на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години: - лекар със специалност детска ендокринология и болести на обмяната - един и притежаващ квалификация за ехография на щитовидна жлеза - лекар със специалност клинична лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Диагностика и лечение на болни със:

- болни с хипокалциемия и тежка клинична симптоматика (крампи, гърчове);
- болни с хиперкалциемия и тежка клинична симптоматика;
- компресивни синдроми на шията и горния медиастинум.
- установена необходимост от непрекъснато болнично наблюдение, диагностика и лечение при проведена амбулаторна процедура.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 48 час от началото на хоспитализацията. КАТ и МРТ – до 3 ден от постъпването. Радиоизотопни изследвания, двойна едноенергийна рентгенова абсорбциометрия или рентгеново денситометрия се извършват до 3 ден от постъпването. Образни изследваниия, ехография и/или биопсия на паращитовидна жлеза – до 72 часа от постъпването. Контролни клинико – лабораторни и образни изследвания се провеждат до края на болничния престой.

Лечение на хипокалцемията:

Лечение на острата хипокалцемия: изисква хоспитализация на болния и поставянето му на мониторен контрол. Започва се с i.v. вливане на 10% Ca gluconicum (бавно). Ако острата хипокалцемия се задържа, се налага да се повтори инфузия с 10% Ca gluconicum. След 6-8ч. към терапията се включва вит. Д или негови активни метаболити. Следва лечение като при хронична хипокалцемия. Предпочитат се активни метаболити на вит. Д, тъй като имат по-бързо действие и по-кратък период на полуразпад. При липсата им се включва вит. $Д_3$. Остри състояния – основно се разчита на инфузия на Са. Витамин Д и неговите активни метаболити реално нямат значение при лечението на острата хипокалциемия.

Лечение на хроничната хипокалцемия: цел на лечението е да се поддържа ниво на Са > 2,2 mmol/l. Дават се калциеви препарати p.os плюс вит Д или негови активни метаболити. Следи се ниво на серумен Са, Р, АР и калциурията по време на лечението. В лечението на хроничната хипокалциемия основно значение има наред с витамин Д и активните му метаболити, пероралните калциеви добавки. При хипопаратиреоидизъм при възраст над 18 години млечният белтък трябва максимално да се ограничи в храната, тъй като води до хиперфосфатемия с калциеви отлагания в тъканите. (при здрав бъбрек паратхормонът е основният фосфатуричен хормон в организма).

Лечение на хиперкалциемична криза: съобразно тежестта и клиничната изява се адаптира скоростта на инфузия с физиологичен серум и диуретик i.v. (при нужда). Според етиологията на хиперкалциемията се допълва с медикаментозно лечение: калцитонин i.v. бавно капково, глюкокортикоиди венозно, евентуално митрамицин. Електролитният дефицит се допълва съобразно нуждите. При коматозно състояние се осигурява балансът на течности, електролити, калории и пр. Следят се показателите на водно-солевата обмяна и алкално-киселинното равновесие, както и други показатели според етиологията.

Хиперпаратиреоидизъм – диагностичният протокол включва доказване на неподтискащ се паратхормон, локализиране на аденома/аденомите и уточняването му като първичен, вторичен или третичен. Терапевтичният протокол включва лечение на хиперкалциемичната криза или лечение на хроничната хиперкалциемия с диета, калцитонин - парентерално или назално, дехидрокортизон, евентуално перорално коригиране на водносолевия дефицит. След подготовката се превежда за операция.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Според клиничната картина, резултатите от апаратните и лабораторни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- диагностично уточняване;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРОВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" – бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Паращитовидните жлези в повечето случаи са представени от четири отделни телца – две горни и две долни, разположени върху задната повърхност на страничните дялове на щитовидната жлеза. По форма те са удължени и приплеснати – достигат дължина до 6мм, ширина 3-4 мм. Паращитовидните жлези показват сравнително чести вариации по отношение на своя брой и разположение – броят им може да достигне до 7-8, могат да бъдат разположени около трахеята или във вътрешността на щитовидната жлеза.

Всяка жлеза е покрита със съединителнотъканна капсула, от която във вътрешността се вдават фини преградки.

Паращитовидните жлези произвеждат хормон, който има важно значение за регулирането на калциевата обмяна - паратхормон.

При намалена функция на жлезата (хипофункция) – концентрацията на калциевите соли в кръвта намалява и настъпва свръхвъзбудимост на нервната система, което се изразява в мускулни спазми – тетания.

При увеличена функция на жлезата (хиперфункция) – е налице повишаване на концентрацията на калциеви соли в кръвта, което се съпровожда с обезкалцяване на костите – остеопороза.

В организма паратхормонът има три основни функции:

- регулира съдържанието на калций и фосфор в костите;
- регулира резорбцията на калций и фосфор в стомашно-чревния тракт;
- регулира реабсорбцията на калций в бъбреците.

При увеличена секреция на паратхормон от паращитовидните жлези (хиперфункция) се наблюдава намаление на калциевото съдържание и промени в структурата на костите и зъбите. Костите обедняват на калций, в тях се появяват кухини (процес, известен като остеопороза), стават лесно чупливи, в кръвната плазма се повишава концентрацията на калций, във връзка с което се повишава и съсирваемостта на кръвта.

Увеличената секреция на паратхормон причинява бързо отделяне на фосфатни йони през бъбреците, като същевременно предизвиква обратна калциева резорбция. В червата се стимулира обратната резорбция на калций.

При намалено производство на паратхормон (хипофункция на жлезите) костната резорбция е потисната и в костите се наблюдава калциеви отлагания (екзостози). Резорбцията на калций в червата е намалена, а отделянето му с урината – увеличено. В резултат на това концентрацията на калция в кръвта намалява, повишава се нервномускулната възбудимост, могат да настъпят гърчове – състояние известно като тетания.

Един втори хормон, тясно свързан с калциевата обмяна е калцитонинът. Образува се в щитовидната жлеза. Неговият ефект е обратен на този на паратхормона – потискане на костната резорбция. Между двете регулаторни системи – калций-паратхормон и калцийкалцитонин съществува тясна корелация, чрез тях се поддържа стабилно нивото на калций в кръвната плазма.

КП № 82.1 ДИАГНОСТИКА НА ЛИЦА С МЕТАБОЛИТНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

E41 Алиментарен маразъм
Тежко разстройство на храненето с маразъм
Не включва: квашиоркор при маразъм (E42)

E43 Тежко белтъчно-калорийно недохранване, неуточнено
Оток от гладуване

Затлъстяване
Не включва: адипозогенитална дистрофия (E23.6)
липоматоза:
БДУ (E88.2)
болезнена [болест на Dercum] (E88.2)
синдром на Prader-Willi (Q87.1)

Други анемии, свързани с храненето
Включва: мегалобластна анемия, неподдаваща се на лечение с витамин B12 или фолати

D53.0 Анемия, причинена от белтъчен недоимък
Анемия от недоимък на аминокиселини
Оротацидурейна анемия
Не включва: Синдром на Lesch-Nyhan (E79.1)

Други разстройства на ендокринната секреция на панкреаса

E16.0 Медикаментозна хипогликемия без кома

E16.1 Други хипогликемии

E16.2 Хипогликемия, неуточнена

E16.3 Повишена секреция на глюкагон

E16.4 Анормална секреция на гастрин

E16.8 Други уточнени разстройства на ендокринната секреция на панкреаса

E66.2 Екстремно затлъстяване с алвеоларна хиповентилация
Синдром на Pickwick

E66.8 Други форми на затлъстяване
Болестно затлъстяване
Метаболитен синдром

Разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

E70.0 Класическа фенилкетонурия

E70.1 Други видове хиперфенилаланинемии

E70.2 Разстройства на обмяната на тирозина
Алкаптонурия
Хипертирозинемия
Охроноза
Тирозинемия
Тирозиноза

E70.3 Албинизъм
Албинизъм:
- очен
- очно-кожен

Синдром на:
- Chediak(-Steinbrinck)-Higashi
- Cross
- Hermansky-Pudlak

E70.8 Други разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини
Разстройства на:
- обмяната на хистидина
- обмяната на триптофана

Разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига и на мастните киселини

E71.0 Болест на "урина като кленов сироп"

E71.1 Други разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига
Хиперлевцин-изолевцинемия
Хипервалинемия
Изовалерианова ацидемия
Метилмалонова ацидемия
Пропионова ацидемия

E71.2 Разстройство на обмяната на аминокиселините с разклонена верига, неуточнено

E71.3 Разстройство на обмяната на мастните киселини
Адренолевкодистрофия [Addison-Schilder]
Дефицит на мускулната карнитин-палмитилтрансфераза
Митохондриални и пероксизомни болести
Не включва: болест на Refsum (G60.1)
болест на Schilder (G37.0)
синдром на Zellweger (Q87.8)

Други разстройства на обмяната на аминокиселините
Не включва: отклонения от нормата без изявено заболяване (R70—R89)
разстройства на:
- обмяната на ароматните аминиокиселини (E70.—)
- обмяната на аминокиселините с разклонена верига (E71.0—E71.2)
- обмяната на мастните киселини (E71.3)
- обмяната на пурина и пиримидина (E79.—)
- подагра (M10.—)

E72.0 Разстройства на транспортирането на аминокиселини
Цистиноза
Цистинурия
Синдром на Fanconi(-de Toni)(-Debre)
Болест на Hartnup

Синдром на Lowe
Не включва: разстройства на обмяната на триптофана (E70.8)

E72.1 Разстройства на обмяната на сяра-съдържащите аминокиселини
Цистатионинурия
Хомоцистинурия
Метионинемия
Дефицит на сулфитоксидаза
Не включва: дефицит на транскобаламин II (D51.2)

E72.2 Разстройства в метаболитния цикъл на уреята
Аргининемия
Аргининосукцинова ацидурия
Цитролинемия
Хиперамониемия
Не включва: разстройства на обмяната на орнитина (E72.4)

E72.3 Разстройства на обмяната на лизина и хидроксилизина
Глутарова ацидурия
Хидроксилизинемия
Хиперлизинемия

E72.4 Разстройства на обмяната на орнитина
Орнитинемия (тип I, II)

E72.5 Разстройства на обмяната на глицина
Хиперхидроксипролинемия
Хиперпролинемия (тип I, II)
Некетонова хиперглицинемия
Саркозинемия

E72.8 Други уточнени разстройства на обмяната на аминокиселините
Разстройства:
- на обмяната на β-аминокиселините
- в γ-глутамиловия цикъл

Непоносимост към лактоза

E73.0 Вроден недоимък на лактаза

E73.1 Вторичен недоимък на лактаза

E73.8 Други видове непоносимост към лактоза

Други разстройства на обмяната на въглехидратите
Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

E74.0 Болест на натрупването на гликоген
Сърдечна гликогеноза Болест на:
Andersen
Cori
Forbes
Hers
McArdle
Pompe
Tauri
Von Gierke

Недоимък на чернодробна фосфорилаза

E74.1 Разстройства на обмяната на фруктозата
Есенциална фруктозурия
Недоимък на фруктозо-1,6-дифосфатаза
Наследствена непоносимост към фруктоза

E74.2 Разстройства на обмяната на галактозата
Недоимък на галактокиназа
Галактоземия

E74.4 Разстройства на обмяната на пирувата и глюконеогенезата
Недоимък на:
- фосфоенолпируват карбоксикиназа
- пируват:
  - карбоксилаза
  - дехидрогеназа

Не включва: с анемия (D55.—)

E74.8 Други уточнени разстройства на обмяната на въглехидратите
Есенциална пентозурия
Оксалоза
Оксалурия
Ренална глюкозурия

<u>Разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на липидите</u>

E75.0 Ганглиозидоза GM2
Болест на:
- Sandhoff
- Tay-Sachs

GM2 ганглиозидоза:
- БДУ
- при възрастни
- ювенилна

E75.1 Други ганглиозидози
Ганглиозидоза:
- БДУ
- GM 1
- GM 3

Муколипидоза IV

E75.2 Други сфинголипидози
Болест на:
- Fabry(-Anderson)
- Gaucher
- Krabbe
- Niemann-Pick

Синдром на Farber
Метахроматична левкодистрофия
Недоимък на сулфатаза
Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

E75.3 Сфинголипидоза, неуточнена

E75.4 Липофусциноза на невроните
- Болест на:
- Batten
- Bielschowsky-Jansky
- Kufs

- Spielmeyer-Vogt

E75.5 Други разстройства на натрупването на липиди
Церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein]
Болест на Wolman

Разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

E76.0 Мукополизахаридоза, тип I
Синдроми на:
- Hurler
- Hurler-Scheie
- Scheie

E76.1 Мукополизахаридоза, тип II
Синдром на Hunter

E76.2 Други мукополизахаридози
Недоимък на β-глюкуронидаза
Мукополизахаридоза, типове III, IV, VI, VII
Синдром на:
- Maroteaux-Lamy (лек)(тежък)
- Morquio(-подобен)(класически)
- Sanfilippo (тип B)(тип C)(тип D)

E76.8 Други разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

Разстройства на обмяната на глюкопротеините

E77.0 Дефекти в посттранслационната модификация на лизозомните ензими
Муколипидоза II [I-клетъчна болест]
Муколипидоза III [псевдо- Hurler полидистрофия]

E77.1 Дефекти в разграждането на глюкопротеините
Аспартилглюкозаминурия
Фукозидоза
Маннозидоза
Сиалидоза [муколипидоза I]

E77.8 Други разстройства на обмяната на глюкопротеините

Разстройства на обмяната на липопротеините и други липидемии
Не включва: сфинголипидози (E75.0—E75.3)

E78.0 Чиста хиперхолестеролемия
Фамилна хиперхолестеролемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIa
Хипербеталипопротеинемия
Хиперлипидемия, група A
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с ниска плътност [LDL]

E78.1 Чиста хиперглицеридемия
Ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IV
Хиперлипидемия, група B
Хиперпребеталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с много ниска плътност [VLDL]

E78.2 Смесена хиперлипидемия
Обширна или плаваща беталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIb или III
Хипербеталипопротеинемия с пребеталипопротеинемия
Хиперхолестеролемия с ендогенна хиперглицеридемия

Хиперлипидемия, група C
Туберо-еруптивна ксантома
Xanthoma tuberosum
Не включва: церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein] (E75.5)

E78.3 Хиперхиломикронемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип I или V
Хиперлипидемия, група D
Смесена хиперглицеридемия

E78.4 Други хиперлипидемии

E78.6 Недоимък на липопротеини
Абеталипопротеинемия
Недоимък на липопротеини с висока плътност
Хипоалфалипопротеинемия
Хипобеталипопротеинемия (фамилна)
Недоимък на лецитин-холестерол-ацилтрансфераза
Танжерска болест

E78.8 Други разстройства на обмяната на липопротеините

Разстройства на обмяната на пурина и пиримидина
Не включва: камък на бъбрека (N20.0)
комбинирани имунонедоимъчни разстройства (D81.—)
подагра (M10.—)
оротацидурична анемия (D53.0)
пигментна ксеродермия (Q82.1)

E79.1 Синдром на Lesch-Nyhan

E79.8 Други разстройства на обмяната на пурина и пиримидина
Наследствена ксантинурия

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия
Вродена еритропоетична порфирия
Еритропоетична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда

E80.2 Други порфирии
Наследствена копропорфирия
Порфирия:
- БДУ
- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Разстройства на минералната обмяна
Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта
Болест на Menkes (болест на къдравите коси) (болест на стоманените коси)
Болест на Wilson

E83.2 Разстройства на обмяната на цинка
Ентеропатен акродерматит

E83.4 Разстройства на обмяната на магнезия

Хипермагнеземия
Хипомагнеземия

Други разстройства във водно-електролитния и алкално-киселинния баланс

E87.0 Хиперосмоларитет хипернатриемия
Излишък на натрий [Na]
Претоварване с натрий [Na

E87.8 Други разстройства във водно-солевото равновесие, некласифицирани другаде
Разстройство на електролитния баланс БДУ
Хиперхлоремия
Хипохлоремия

Други разстройства на обмяната на веществата
Не включва: хистиоцитоза X (хронична) (D76.0)

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало разстройство на обмяната на веществата, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E88.1 Липодистрофия, некласифицирана другаде
Липодистрофия БДУ

Не включва: болест на Whipple (K90.8)

E88.2 Липоматоза, некласифицирана другаде
Липоматоза:
- БД
- болезнена [Dercum]

E88.8 Други уточнени разстройства на обмяната на веществата
Аденолипоматоза на Launois-Bensaude
Триметиламинурия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])
- при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб, ≥ 2 отдела

Включва: функционални гледни точки
такава от 2, 3 или 4 от следните гръбначни отдела:
- цервикален
- лумбосакрален
- сакрококцигеален
- торакален

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Изследване на кости

58300-00 Рентгеново изследване костна възраст на китка и коляно

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз
Радиография на тазов вход
Не включва: радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

Радиография на долен крайник

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

1940 Ултразвук на глава и шия

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Дуплекс ултразвук на черепни, каротидни или гръбначни съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
Не включва: такава при мапиране на кондюит (55294 [1948])

55274-00 Дуплекс ултразвук на екстракраниални, каротидни и вертебрални съдове
Включва: дуплекс ултразвук при:
- безименни съдове
- субклавни съдове

окулоплетизмография
периорбитално Доплерово изследване

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
  - с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове
Включва: дуплекс ултразвук на:
- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инферио

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

1932 Изследвания на урината

Включва някои от следните:
91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
91920-03 Изследване за албумин в урината. Микроалбуминурия
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-13 Изследване за амилаза в урината
91920-14 Изследване за белтък в урината
9192016 Изследване за билирубин в урината
91226-03 Изследване за свободен кортизол в урина за органични киселини

1863 Други неоперативни измервания

12533-00 Въглеродно маркирана урея дихателен тест

Включва: измерване на издишан 13CO2 или 14CO2 с използване на перорален 13C или 14C урея

Забележка: изпълнен за:
потвърждаване колонизация на Helicobacter pylori
мониториране на терапия за Helicobacter pylori

92207-00 Изследване на основна обмяна

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателната функция-спирометрия

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва някои от следните:

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

или

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

и

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

и

91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ

и

91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)

и

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

и

91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди

и

91910-22 Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол

и

91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина

или

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

и

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций

и

91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди

или

91225-00 Изследване на Инсулин (IRI)

и

91225-01 Изследване на С- пептид

и

91225-02 Изследване на кортизолов ритъм

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Обучение

96037-00 Друга оценка, консултация или оценяване

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
- кръвни заместители
- гранулоцити

Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Ендокринология и болести на обмяната", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ендокринология и болести на обмяната".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ендокринология и болести на обмяната
2. Клинична лаборатория II или III ниво, с възможности и за хормонални изследвания
3. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за ехография на щитовидната жлеза

Забележка*: В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Лаборатория по микробиология на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари с призната специалност по ендокринология, поне двама – с квалификация за ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Първоначално диагностично уточняване, определяне на терапевтичното поведение и започване на лечение на болни със съмнение за метаболитно заболяване:

- Апнея синдром при високостепенно затлъстяване.
- Декомпенсиран Пиквик синдром (с хипоксемия и/или хиперкапния).
- Хипоалбуминемия(серумен албумин под 35 г/л) при малнутриция.
- Тежък анемичен синдром при малнутриция.
- Хипокалиемия при малнутриция.
- Тежка малнутриция:
  - възраст над 18 години - индекс на телесна маса (BMI) под 19 кг/кв.м.
- Пациенти над 18 години със затлъстяване, с индекс на телесна маса над 33 кг/кв.м; усложнено със сърдечно-съдови, дихателни и/или метаболитно – ендокринни нарушения.
- Пациенти с хронична малнутриция - следоперативна при стриктура на хранопровода, гастро-, ентеро- и колостома, състояния на стомашна или чревна резекция; вродени или придобити аномалии на храносмилателната система;
  (индекс на телесна маса под 19 кг/м^2, загуба на тегло над 5% в последните 1-3 месеца, намаляване на хранителния прием с 25% и повече от този на предшестващата седмица, общ серумен белтък под 60 г/л, серумен албумин под 35 г/л).
- Пациенти над 18 години с наследствени метаболитни заболявания за корекция на терапията и лечение на възникнали усложнения.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и диагностично-лечебен план

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 48 час от началото на хоспитализацията. КАТ и МРТ – до 3 ден от постъпването. Радиоизотопни изследвания, двойна едноенергийна рентгенова абсорбциометрия или рентгеново денситометрия се извършват до 3 ден от постъпването. Образни изследваниия, ехография и/или биопсия на паращитовидна жлеза – до 72 часа от постъпването. Контролни клинико – лабораторни и образни изследвания се провеждат до края на болничния престой.

ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНАТА МАЛНУТРИЦИЯ

Коригирането на изразените хранителни дефицити при малнутриция се провежда в болнични условия с адекватно лечебно хранене, при стабилизирани жизнени функции и хемодинамични показатели, извън остри стресови състояния. Контраиндикации за лечебно (ентерално или парентерално) хранене са шок, хиперлактатемия (серумен лактат над 3-4 ммол/л), хипоксемия (pO2 под 50 ммHg), хиперкапния /pCO2 над 80 ммHg), тежка ацидоза (pH под 7,2).

При липса на противопоказания от страна на гастро-интестиналния тракт се предпочита ентералното хранене – през устата, с индивидуализиран адекватен хиперенергиен диетичен режим или при съответни индикации - ентерално сондово или стомно хранене, в комбинация с парентерално хранене.

Парентералното хранене се провежда чрез периферен венозен достъп, под форма на инфузии, като периферният осмоларитет на инфузионните разтвори не бива да надвишава 800-900 мОсм/л. Централният венозен достъп изисква специални катетри и техника, като разтворите за парентерално хранене следва да се дават отделно от медикаментозните разтвори през “собствен” лумен. В случаите на по-продължително парентерално хранене се препоръчват венозните инфузии през централен достъп. За парентерално хранене се ползват готови парентерални формули с балансиран състав, вкл. и глутаминов дипептид за имунонутриция. Когато състоянието на болния налага лечебното хранене да се започне само с парентерални инфузии, след това максимално бързо трябва да се премине към ентерално хранене, при което най-подходящи за ползване са готови стандартизирани ентерални хранителни смеси.

Лечебното хранене (парентерално и ентерално) се провежда индивидуализирано, като дневният хранителен внос се съобразява със съвременните препоръки на Европейското дружество по парентерално и ентерално хранене (ESPEN) за количествените и качествени съотношения на основните нутриенти и на допълнителните хранителни вещества при състояние на хронична малнутриция, с оглед съответните нарушения в хранителния статус.

Основни хранителни субстрати

Макронутри-енти	Дневни нужди	% от дневните енергийни нужди	Вид и състав на лечебното хранене	
			парентерално	ентерално
Белтъчини	0,6 – 1,5 г/кг максимум 2 г/кг	15 – 20	аминокиселини, дипептиди	протеин, полипептиди, олигопептиди, рядко свободни аминокиселини
Въглехидрати	3 – 5 г/кг	40 – 60	глюкоза	полизахариди, дизахариди, и рядко монозахариди
Мазнини	0,8 – 1,5 г/кг максимум 1,8 г/кг	30 – 50	триглицериди (дълго-,средноверижни, структурирани)	триглицериди (късо-, средно-, дълговерижни)

Базални нужди от течности и електролити, витамини, олигоелементи:

Вода - 20 – 40 мл/кг

Натрий - 0,5 – 1,5 ммол/кг

Калий – 0,3 – 1,0 ммол/кг

Калций – 0,3 – 0,5 ммол/кг

Фосфор – 0,7 – 1,0 ммол/кг

Магнезий – 0,1 – 0,3 ммол/кг

При много от пациентите при парентерално хранене се налага добавка на електролитни смеси или разтвори за коригиране на изразени дефицити. При ентерално хранене с готови ентерални формули дневните потребности обикновено се покриват с количество от 1 500 мл.

С готови налични търговски препарати за парентерално хранене се осигуряват стандартни дневни нужди от витамини и микроелементи, като при съответни показания този внос може да се повиши. Готовите ентерални хранителни разтвори осигуряват стандартните дневни нужди от микронутриенти. Вносът на последните също подлежи на корекция, ако са налице съответни индикации.

Водните нужди се повишават при фебрилитет (с 12,5% за всеки градус), изпотяване (с 10-25%), хипервентилация (с 10-60%), при загуба на течности през сонда, дренажи, диуреза. Установеният воден дефицит следва да се коригира.

Енергийните нужди при пациенти със задоволителна физическа активност са 25 – 30 ккал/кг и при имобилизирани пациенти - 20-25 ккал/кг. При пациенти с екстремна кахексия (ИТМ под 16 кг/м^2) и след продължително гладуване, е необходим постепенен хранителен внос с 50% от изчислените нужди. При хиперенергийно хранене и повишени енергийни нужди хранителнят внос се повишава до 40 – 50 ккал/кг телесна маса.

По време на болничното лечебно хранене – ентерално и парентерално , както и при дехоспитализация, се прави етапна оценка на хранителния статус и тежестта на заболяването съобразени с европейските стандарти на ESPEN, при което се определя по-нататъшното терапевтично поведение, риск и прогноза на пациента.

ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ УСЛОЖНЕНО БОЛЕСТНО ЗАТЛЪСТЯВАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ НАД 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Лечението е комплексно и се осъществява в болнични условия при: високостепенно затлъстяване, в съчетание с изразен кардиоваскуларен риск, метаболитни нарушения, стерилитет, необходимост от срочна телесна редукция и при рефрактерни на амбулаторно лечение болни. Терапевтичната близка цел е редукция на наднормената телесна маса с 5 до 10% и намаляване на степента на сърдечно-съдовия и метаболитен риск.

Лечебната програма включва:

Базисната терапия е диетолечение с умерен балансиран нискоенергиен диетичен режим при среднодневна енергийност от 1400 ккал, мазнини до 30 енергийни %, въглехидрати, представени предимно от полизахариди до 55 енергийни % и белтъчини до 15 енергийни %, намалено съдържание на сол, увеличен внос на баластни вещества до 40 г на 1000 ккал и

течности (минерална вода, билков чай, плодово-зеленчуков сок) 1,5 л и не помалко от 1 л. При индивидуална преценка и недостатъчна телесна редукция може да се приложи многонискоенергиен балансиран диетичен режим от 600 до 800 ккал дневно за период от 7 до 10-14 дни, при който е необходим сърдечно-съдов и метаболитен контрол и активно клинично наблюдение, както и витаминна и минерална добавка. Този диетичен режим следва да се прекрати при поява на нежелани странични ефекти, кетоацидоза, ритъмни или проводни нарушения на сърдечната дейност, хипертонична реакция и нисък комплайънс от страна на пациента.

Индивидуализирана физиотерапия, (активна и пасивна) лечебна физкултура и рехабилитационна програма за осъществяване на телесна редукция, повишена физическа активност и енергоразход. По време на провежданата физиотерапия е необходим чест клинико-лабораторен и сърдечно-съдов контрол, особено при ексцесивно затлъстяване, намален физически капацитет и нетренирани пациенти.

Медикаментозно лечение – като антиобезни средства се прилагат централно действащи апетитопотискащи медикаменти при съответни индикации и клинично наблюдение. При наличие на артериална хипертония са подходящи АСЕ-инхибитори, диуретици, калциеви антагонисти, при дислипопротеинемия – статини и/или фибрати, при ИБС – АСЕ-инхибитори, нитрати, калциеви антагонисти, антиагреганти, при нарушен глюкозен толеранс, хиперинсулинемия и диабет тип 2 – метформин, акарбоза, СУП, при хиперурицемия и подагра – хипоурицемични медикаменти (при серумна пикочна киселина над 500 мкмол/л) - урикоинхибитор, урикоелиминатор, при ставно-болков синдром – аналгетици, нестероидни противовъзпалителни средства и др. При изразена сърдечносъдова и дихателна недостатъчност – интермитентно кислородолечение, бронходилататори, при индикации дихателни аналептици, муколитици, АСЕ-инхибитори, нитрати, диуретици, кардиотоници, при съответни индикации - противовъзпалителни и противоинфекциозни средства.

Промяна в хранителното поведение – провеждане на поведенческа терапия, ивдивидуално и групово обучение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя според анамнестичните данни, клиничната картина, биохимичните, инструментални, функционални и образни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- установена диагноза;
- назначена терапевтична схема и хигиенно-диетичния режим;
- стабилизиране на жизнените показатели на пациента; - задоволително общо състояние.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Недохранване (малнутриция) има тогава, когато за известен период от време нуждите на организма от енергия и градивни материали не са били покривани от приеманата храна. По-старите класификации определят два вида недохранване:

• **тип Маразъм**, при който има недостиг на всички хранителни елементи (енергийни и белтъчни) в почти еднаква степен, и

• **тип Квашиоркор**, при който има недостиг на протеини.

Според съвременните схващания във всички случаи на недохранване има недостиг и на двата компонента – енергия и протеини, т. е. не може да съществува недостиг само на протеини или само на енергия. По тази причина е по-точно да се говори за протеинноенергийно недохранване (ПЕН) с преобладаване на единия от компонентите.

Причините за развитие на недохранване са много. Най-общо могат да се обединят в няколко групи:

• намален апетит;

• нарушено усвояване на храната – храносмилане или резорбция;

• големи загуби – рани, фистули на храносмилателния тракт, нарушени кожни повърхности и др.;

• нарушени (забавени) анаболни процеси и синтез на протеини;

• засилен катаболизъм.

Когато говорим за протеинно-енергийно недохранване трябва задължително да правим разлика между обикновено гладуване и недохранването в условия на стрес.

Обикновено гладуване

Представлява частично или пълно прекратяване вноса на хранителни енергийни източници без да има някаква причина, която да повишава обичайните разходи на енергия и градивни елементи. Човешкият организъм е устроен да понася добре дълго гладуване, като използва своите резерви от мазнина и белтъци и в същото време пуска в ход механизми, които намаляват разхода на енергия и запазват телесните протеини.

МЕТАБОЛИТНИ ПРОМЕНИ ПРИ ПЪЛНО ГЛАДУВАНЕ

• З*асилено отделяне на Катехоламини (КА) и Глюкагон, намалено отделяне на Инсулин* през първите 48 – 72 часа – това води до засилена гликогенолиза и липолиза;

• *Разход на енергия* (енергиен разход в покой) – нараства до 48-ми час, след което започва да намалява и към 5-ти до 7-ми денспада под изходното ниво.

• *Доставка на Глюкоза*

Гликогенолиза през първите 24 часа (изчерпват се депата)

Глюконеогенеза (ГНГ) от аминокиселинни прекурсори. В началото ГНГ е много интензивна, като може да достигне до разграждането на 75 g белтъци (~300 g мускулна тъкан на ден). Около 5-тия ден настъпва адаптация на клетките в ЦНС към използване на кетони като основен източник на енергия, което води до намаляване на ГНГ с около 2/3.

От глицерол, получен при липолизата.

От Лактат – цикъл на Кори.

По-нататък следва постепенно донастройване на организма към използване на кетотелата като основен източник на енергия и допълнително намаляване на разходите. Същите процеси настъпват и при частично гладуване.

ОСНОВНИ ЖИЗНЕНИ СИСТЕМИ

Ментални функции

Нарушават се от недостиг на Thiamine (B1), B12, Ca, Mg,PO4. Проучванията на Keys, Brozek и др. върху здрави доброволци и на Hill при клинични пациенти категорично са доказали, че недохранването води до развитие на раздразнителност и депресия, които преминават при възстановяване на храненето.

Сърдечно-съдова и бъбречна функции

Тежкото недохранване и намаляването на телесното тегло водят до пропорционално намаляване обема на сърцето (размера), като ~40% от него се дължи на загубата на миокардна тъкан, а останалата част е за сметка на намален обем на сърдечните кухини. Загубата на миокардна маса води до намаляване на МОС, брадикардия и хипотензия. Получава се периферна циркулаторна недостатъчност, която може да причини намаляване на бъбречния

кръвоток и гломерулната филтрация. Недостигът на вит. B6 задълбочава сърдечната недостатъчност, а електролитните нарушения са предпоставка за развитието на ритъмни нарушения.

Дихателна система

Намаляването на мускулната маса с ~20% нарушава структурата и работата на дихателната мускулатура (междуребрена и диафрагма). Състоянието на тежко недохранване отслабва дихателния отговор към хипоксия и хиперкапния.

Настъпват дегенеративни промени и в белодробните тъкани. Всичко това в съчетание с намаления имунитет и нарушената дренажна функция на ресничестия епител повишава силно риска от застойни пневмонии. При пациентите на ИБВ отвикването от апарат е много затруднено.

Храносмилателна система

Присъствието на храна в чревния лумен стимулира растежа и подмяната на ентероцитите и колоноцитите. При дълго гладуване и ТПХ клетките на чревната лигавица атрофират, намалява размера на чревните вили и дълбочината на криптите. Това влошава усвояването на липиди, дизахариди и глюкоза. Намалената стомашна, панкреатична и жлъчна секреция, както и промените в чревната флора, задълбочават допълнително малабсорбцията. Всички тези промени нарушават бариерната функция на чревната лигавица и създават условия за преминаване на бактерии и токсини към кръвта. Това се получава в много по-голяма степен при пациентите в критични състояния. Бактериалната транслокация е основен фактор при развитието и поддържането на системното възпаление.

Терморегулация

Тежкото недохранване и загубата на тегло нарушават адаптацията към ниски температури, като отслабват термогенезата и периферната вазоконстрикция. Това води до много по-лесно настъпване на хипотермия при пациенти с недохранване.

Имунна система

Подтика се клетъчния имунитет и намалява възможностите за съпротива срещу инфекции. Намалява общия брой на лимфоцитите, най-вече за сметка на Т клетъчната линия. Развива се и атрофия на тимуса. Нарушенията в системата на комплемента водят до отслабване на фагоцитозата, хемотаксиса и директната бактериална клетъчна деструкция. Зарастването на раните е много забавено.

Стратегия на хранителната поддръжка

• Пациентите с ПЕН, на които предстои планова хирургия се нуждаят от хранителна поддръжка в продължение на 2 – 3 седмици. Проведеното клинично дохранване ще помогне за възстановяване на дефицита от витамини, минерали и в малка степен за увеличаване на теглото. Това обаче е достатъчно за подобряване функциите на организма и намаляване риска от усложнения.

• Пациентите с ПЕН, които са претърпели спешна хирургия, трябва да получат хранителна поддръжка възможно най-бързо в следоперативния период.

• Пациентите с ПЕН в критично състояние трябва задължително да получават хранителна поддръжка наред с лечението на основния проблем.

• Пациентите без ПЕН, при които се очаква да не могат да приемат храна за повече от 7 дни поради заболявания или в следоперативния период, трябва също да получат хранителна поддръжка.

• Пациенти, които претърпяват многократни операции трябва да получават непрекъсната хранителна поддръжка.

• На пациентите с ПЕН, на които се налагат многократни спешни операции заради неразрешени коремни инфекции, фистули и др. трябва да бъде осигурен период на захранване, съчетан с по-висока физическа активност. По този начин в продължение на няколко месеца се натрупва мускулна маса и се подобрява хранителното състояние. Това е важно условие за успеха на окончателната операция.

• Ако оперативната намеса не може да се отложи, нейният размер и радикалност трябва да бъдат съобразени с възможностите на организма да понесе метаболитното натоварване, предизвикано от оперативната травма.

Затлъстяването представлява състояние на прекомерно натрупване на мастна тъкан в организма. В зависимост от степента на това натрупване, състоянието се класифицира като наднормено тегло, или като затлъстяване, представляващи различни степени на здравен риск. За целите на практиката, оценката на телесното тегло, се прави най-често посредством индекса на телесната маса – ИТМ (наричан също индекс на Quetelet). Същият се изчислява по формулата:

$$\text{ИТМ} = \frac{\text{Телесно тегло (kg)}}{(\text{Ръст в m})2} = (\text{kg/m2})$$

Класификация	ИТМ (kg/m2) Риск от съпътстващи заболявания
Поднормено тегло	<18.5 Нисък (съществува увеличен риск от други клинични проблеми)
Нормално тегло	18.5 – 24.9 Нисък
Наднормено тегло	25.0 – 29.9 Увеличен
Затлъстяване I степен	30.0 – 34.9 Умерено висок
Затлъстяване II степен	35.0 – 39.9 Висок
Затлъстяване III степен	40.0 Много висок

Затлъстяването е резултат от нарушено равновесие между енергийния внос чрез храната и енергоразхода на индивида. Честа причина за това състояние е свръх-храненето, т.е. прием на повече от необходимата за основната обмяна и за двигателната активност енергия.

Свръхконсумацията на енергийна храна може да се дължи на психологически, наследствени и хормонални фактори. Известен е фактът, че индивиди с наследствена обремененост са предразположени в по-висока степен към затлъстяване. Дори лекото повишаване на телесното тегло увеличава заболеваемостта и смъртността от метаболитни (свързани с обмяната на веществата) нарушения.

Затлъстяването е на второ място след тютюнопушенето като причина за преждевременна смърт. Доказана е връзката между затлъстяването и ред заболявания: сърдечно-съдови, неинсулиново зависим захарен диабет (тип 2), злокачествени заболявания (рак), респираторни (дихателни) проблеми, скелетно-мускулни болести, психо-социални проблеми.

В България, процентът на жените със затлъстяване е приблизително 35%, на мъжете – 25%, на децата и юношите – 10-12%. Високо степенното затлъстяване е два пъти по-често сред жените, в сравнение с мъжете.

Най-добрият подход в лечението на затлъстяването, е комплексният, т.е. този, който повлиява и двете страни на енергийното равновесие – понижаване приема и увеличаване разхода на енергия. Така комплексните програми за профилактика и лечение на този здравен проблем включват промяна в начина на живот с няколко основни елементи:

Диетични режими – рестриктивно-енергийните диетични режими са в основата на повечето програми за лечение на затлъстяването.

Двигателна активност – предотвратява адаптивното понижаване на основната обмяна, в отговор на ограничения енергиен прием.

Промяна в хранителните навици – правилен режим на хранене; избягване на пикантните подправки и солта; достатъчно питейна вода и течности; ниска консумация на мазнини, алкохол и прости захари; маломерни порции.

Метаболитни заболявания: пациентите постъпват в клиниката за лечение, когато са в декомпенсирано състояние. Целта е възстановяване на жизнените показатели, преодоляване на коматозното състояние, изчистване на организма от натрупания токсичен субстрат и стабилизиране на обменните процеси. Разясняване на пациентите за допуснатите пропуски в диетичното и медикаментозното лечение с цел предотвратяване на по-нататъшни метаболитни кризи.

КП № 82.2 ДИАГНОСТИКА НА ЛИЦА С МЕТАБОЛИТНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ – 3 ДНИ

ПРИ ДЕЦА

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

E41 Алиментарен маразъм
Тежко разстройство на храненето с маразъм
Не включва: квашиоркор при маразъм (E42)

E43 Тежко белтъчно-калорийно недохранване, неуточнено
Оток от гладуване

Затлъстяване
Не включва: адипозогенитална дистрофия (E23.6) липоматоза:
- БДУ (E88.2)
- болезнена [болест на Dercum] (E88.2)

синдром на Prader-Willi (Q87.1)

Други анемии, свързани с храненето
Включва: мегалобластна анемия, неподдаваща се на лечение с витамин B12 или фолати

D53.0 Анемия, причинена от белтъчен недоимък
Анемия от недоимък на аминокиселини
Оротацидурейна анемия
Не включва: Синдром на Lesch-Nyhan (E79.1)

Други разстройства на ендокринната секреция на панкреаса

E16.0 Медикаментозна хипогликемия без кома

E16.1 Други хипогликемии

E16.2 Хипогликемия, неуточнена

E16.3 Повишена секреция на глюкагон

E16.4 Анормална секреция на гастрин

E16.8 Други уточнени разстройства на ендокринната секреция на панкреаса

E66.2 Екстремно затлъстяване с алвеоларна хиповентилация
Синдром на Pickwick

E66.8 Други форми на затлъстяване
Болестно затлъстяване
Метаболитен синдром

Разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

E70.0 Класическа фенилкетонурия

E70.1 Други видове хиперфенилаланинемии

E70.2 Разстройства на обмяната на тирозина
Алкаптонурия
Хипертирозинемия
Охроноза
Тирозинемия
Тирозиноза

E70.3 Албинизъм
Албинизъм:
- очен
- очно-кожен

Синдром на:
Chediak(-Steinbrinck)-Higashi
Cross
Hermansky-Pudlak

E70.8 Други разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини
Разстройства на:
- обмяната на хистидина
- обмяната на триптофана

Разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига и на мастните киселини

E71.0 Болест на "урина като кленов сироп"

E71.1 Други разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига
Хиперлевцин-изолевцинемия
Хипервалинемия
Изовалерианова ацидемия
Метилмалонова ацидемия
Пропионова ацидемия

E71.2 Разстройство на обмяната на аминокиселините с разклонена верига, неуточнено

E71.3 Разстройство на обмяната на мастните киселини
Адренолевкодистрофия [Addison-Schilder]
Дефицит на мускулната карнитин-палмитилтрансфераза
Митохондриални и пероксизомни болести
Не включва: болест на Refsum (G60.1)
болест на Schilder (G37.0)
синдром на Zellweger (Q87.8)

Други разстройства на обмяната на аминокиселините
Не включва: отклонения от нормата без изявено заболяване (R70—R89)
разстройства на:
- обмяната на ароматните аминиокиселини (E70.—)
- обмяната на аминокиселините с разклонена верига (E71.0—E71.2)
- обмяната на мастните киселини (E71.3)
- обмяната на пурина и пиримидина (E79.—)

подагра (M10.—)

E72.0 Разстройства на транспортирането на аминокиселини
Цистиноза
Цистинурия
Синдром на Fanconi(-de Toni)(-Debre)
Болест на Hartnup

Синдром на Lowe
Не включва: разстройства на обмяната на триптофана (E70.8)

E72.1 Разстройства на обмяната на сяра-съдържащите аминокиселини
Цистатионинурия
Хомоцистинурия
Метионинемия
Дефицит на сулфитоксидаза
Не включва: дефицит на транскобаламин II (D51.2)

E72.2 Разстройства в метаболитния цикъл на уреята
Аргининемия
Аргининосукцинова ацидурия
Цитролинемия
Хиперамониемия
Не включва: разстройства на обмяната на орнитина (E72.4)

E72.3 Разстройства на обмяната на лизина и хидроксилизина
Глутарова ацидурия
Хидроксилизинемия
Хиперлизинемия

E72.4 Разстройства на обмяната на орнитина
Орнитинемия (тип I, II)

E72.5 Разстройства на обмяната на глицина
Хиперхидроксипролинемия
Хиперпролинемия (тип I, II)
Некетонова хиперглицинемия
Саркозинемия

E72.8 Други уточнени разстройства на обмяната на аминокиселините
Разстройства:
- на обмяната на β-аминокиселините
- в γ-глутамиловия цикъл

Непоносимост към лактоза

E73.0 Вроден недоимък на лактаза

E73.1 Вторичен недоимък на лактаза

E73.8 Други видове непоносимост към лактоза

Други разстройства на обмяната на въглехидратите
Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

E74.0 Болест на натрупването на гликоген
Сърдечна гликогеноза
Болест на:
Andersen
Cori
Forbes
Hers
McArdle
Pompe
Tauri
Von Gierke

Недоимък на чернодробна фосфорилаза

E74.1 Разстройства на обмяната на фруктозата
Есенциална фруктозурия
Недоимък на фруктозо-1,6-дифосфатаза
Наследствена непоносимост към фруктоза

E74.2 Разстройства на обмяната на галактозата
Недоимък на галактокиназа
Галактоземия

E74.4 Разстройства на обмяната на пирувата и глюконеогенезата
Недоимък на:
• фосфоенолпируват карбоксикиназа
- пируват:
• карбоксилаза
• дехидрогеназа
Не включва: с анемия (D55.—)

E74.8 Други уточнени разстройства на обмяната на въглехидратите
Есенциална пентозурия
Оксалоза
Оксалурия
Ренална глюкозурия

<u>Разстройства на обмяната на с финголипидите и други нарушения на натрупване на липидите</u>

E75.0 Ганглиозидоза GM2
Болест на:
• Sandhoff
• Tay-Sachs
GM2 ганглиозидоза:
• БДУ
• при възрастни
• ювенилна

E75.1 Други ганглиозидози
Ганглиозидоза:
• БДУ
• GM 1
• GM 3
Муколипидоза IV

E75.2 Други сфинголипидози
Болест на:
• Fabry(-Anderson)
• Gaucher
• Krabbe
• Niemann-Pick
Синдром на Farber
Метахроматична левкодистрофия
Недоимък на сулфатаза
Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

E75.3 Сфинголипидоза, неуточнена

E75.4 Липофусциноза на невроните
Болест на:
• Batten
• Bielschowsky-Jansky
• Kufs

• Spielmeyer-Vogt

E75.5 Други разстройства на натрупването на липиди
Церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein]
Болест на Wolman

Разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

E76.0 Мукополизахаридоза, тип I
Синдроми на:
• Hurler
• Hurler-Scheie
• Scheie

E76.1 Мукополизахаридоза, тип II
Синдром на Hunter

E76.2 Други мукополизахаридози
Недоимък на β-глюкуронидаза
Мукополизахаридоза, типове III, IV, VI, VII
Синдром на:
• Maroteaux-Lamy (лек)(тежък)
• Morquio(-подобен)(класически)
• Sanfilippo (тип B)(тип C)(тип D)

E76.8 Други разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

Разстройства на обмяната на глюкопротеините

E77.0 Дефекти в посттранслационната модификация на лизозомните ензими
Муколипидоза II [I-клетъчна болест]
Муколипидоза III [псевдо- Hurler полидистрофия]

E77.1 Дефекти в разграждането на глюкопротеините
Аспартилглюкозаминурия
Фукозидоза
Маннозидоза
Сиалидоза [муколипидоза I]

E77.8 Други разстройства на обмяната на глюкопротеините

Разстройства на обмяната на липопротеините и други липидемии
Не включва: сфинголипидози (E75.0—E75.3)

E78.0 Чиста хиперхолестеролемия
Фамилна хиперхолестеролемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIa
Хипербеталипопротеинемия
Хиперлипидемия, група A
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с ниска плътност [LDL]

E78.1 Чиста хиперглицеридемия
Ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IV
Хиперлипидемия, група B
Хиперпребеталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с много ниска плътност [VLDL]

E78.2 Смесена хиперлипидемия
Обширна или плаваща беталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIb или III
Хипербеталипопротеинемия с пребеталипопротеинемия
Хиперхолестеролемия с ендогенна хиперглицеридемия

Хиперлипидемия, група C
Туберо-еруптивна ксантома
Xanthoma tuberosum
Не включва: церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein] (E75.5)

E78.3 Хиперхиломикронемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип I или V
Хиперлипидемия, група D
Смесена хиперглицеридемия

E78.4 Други хиперлипидемии

E78.6 Недоимък на липопротеини
Абеталипопротеинемия
Недоимък на липопротеини с висока плътност
Хипоалфалипопротеинемия
Хипобеталипопротеинемия (фамилна)
Недоимък на лецитин-холестерол-ацилтрансфераза
Танжерска болест

E78.8 Други разстройства на обмяната на липопротеините

Разстройства на обмяната на пурина и пиримидина
Не включва: камък на бъбрека (N20.0)
комбинирани имунонедоимъчни разстройства (D81.—)
подагра (M10.—)
оротацидурична анемия (D53.0)
пигментна ксеродермия (Q82.1)

E79.1 Синдром на Lesch-Nyhan

E79.8 Други разстройства на обмяната на пурина и пиримидина
Наследствена ксантинурия

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия
Вродена еритропоетична порфирия
Еритропоетична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда

E80.2 Други порфирии
Наследствена копропорфирия
Порфирия:
- БДУ
- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Разстройства на минералната обмяна
Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта
Болест на Menkes (болест на къдравите коси) (болест на стоманените коси)
Болест на Wilson

E83.2 Разстройства на обмяната на цинка
Ентеропатен акродерматит

E83.4 Разстройства на обмяната на магнезия

Хипермагнеземия
Хипомагнеземия

Други разстройства във водно-електролитния и алкално-киселинния баланс

E87.0 Хиперосмоларитет хипернатриемия
Излишък на натрий [Na]
Претоварване с натрий [Na

E87.8 Други разстройства във водно-солевото равновесие, некласифицирани другаде
Разстройство на електролитния баланс БДУ
Хиперхлоремия
Хипохлоремия

Други разстройства на обмяната на веществата
Не включва: хистиоцитоза Х (хронична) (D76.0)

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало разстройство на обмяната на веществата, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E88.1 Липодистрофия, некласифицирана другаде
Липодистрофия БДУ
Не включва: болест на Whipple (K90.8)

E88.2 Липоматоза, некласифицирана другаде
Липоматоза:
- БДУ
- болезнена [Dercum]

E88.8 Други уточнени разстройства на обмяната на веществата
Аденолипоматоза на Launois-Bensaude
Триметиламинурия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

57715-00 Рентгенография на таз
Радиография на тазов вход
Не включва: радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става
Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

Ултразвук на глава и шия

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
използвайки:
- мапиране с цветен поток
- Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
- механично секторно сканиране
- трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време
55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове

Включва: дуплекс ултразвук на:

- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инферио

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място

Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

1932 Изследвания на урината

Включва някои от следните:

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
91920-03 Изследване за албумин в урината. Микроалбуминурия
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-13 Изследване за амилаза в урината
91920-14 Изследване за белтък в урината
9192016 Изследване за билирубин в урината
91226-03 Изследване за свободен кортизол в урина за органични киселини

1863 Други неоперативни измервания

12533-00 Въглеродно маркирана урея дихателен тест

Включва: измерване на издишан 13CO2 или 14CO2 с използване на перорален 13C или 14C урея

Забележка: изпълнен за:
потвърждаване колонизация на Helicobacter pylori
мониториране на терапия за Helicobacter pylori

92207-00 Изследване на основна обмяна

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателната функция-спирометрия

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва някои от следните:

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

или

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

и

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

и

91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ

и

91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)

и

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

и

91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди

и

91910-22 Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол

и

91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина

или

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций

91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди

или

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

или

91225-00 Изследване на Инсулин (IRI)

и

91225-01 Изследване на С- пептид

и

91225-02 Изследване на кортизолов ритъм

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

96037-00 друга оценка, консултация или оценяване

оценка }
консултация }
оценяване } бду
интервю }

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
- кръвни заместители
- гранулоцити

Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични, от които задължително една от посочените в блок 1923 и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Само за диагноза с код **E66.8** се допуска прилагане и отчитане на две основни диагностични и една основна терапевтична процедура.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като

допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска ендокринология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", в обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска ендокринология или Клиника/отделение по педиатрия
2. Клинична лаборатория II или III ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидната жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност детска ендокринология и болести на обмяната
- един и притежаващ квалификация по ехография на щитовидна жлеза

или

в отделение/клиника по педиатрия III ниво

- четирима лекари с призната специалност по педиатрия и наличие в лечебното заведение на специалист по ендокринология или детска ендокринология с квалификация за ехография на щитовидна жлеза; - лекар със специалност клинична лаборатория.
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Първоначално диагностично уточняване, определяне на терапевтичното поведение и започване на лечение на болни със съмнение за метаболитно заболяване:

- Хипоалбуминемия(серумен албумин под 35 г/л) при малнутриция.
- Тежък анемичен синдром при малнутриция.
- Хипокалиемия при малнутриция.
- Тежка малнутриция:

- при възраст под 18 години - тегло 30% под съответното за ръста.

- Пациенти до 18 години със затлъстяване и свръхтегло с индекс на телесна маса /BMI/ над 95 персентил или под 19, усложнено със сърдечно-съдови, дихателни и/или метаболитно – ендокринни нарушения.
- Пациенти с хронична малнутриция - следоперативна при стриктура на хранопровода, гастро-, ентеро- и колостома, състояния на стомашна или чревна резекция; вродени или придобити аномалии на храносмилателната система; (индекс на телесна маса - BMI под 19 кг/м^2, загуба на тегло над 5% в последните 1-3 месеца, намаляване на хранителния прием с 25% и повече от този на предшестващата седмица, общ серумен белтък под 60 г/л, серумен албумин под 35 г/л).

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 48 час от началото на хоспитализацията. КТ и МРТ – до 3 ден от постъпването. Радиоизотопни изследвания, двойна едноенергийна рентгенова абсорбциометрия или рентгеново денситометрия се извършват до 3 ден от постъпването. Образни изследваниия, ехография и/или биопсия на паращитовидна жлеза – до 72 часа от постъпването. Контролни клинико – лабораторни и образни изследвания се провеждат до края на болничния престой.

ЛЕЧЕНИЕ НА МАЛНУТРИЦИЯ ПРИ ПАЦИЕНТИ НА ВЪЗРАСТ ПОД 18 ГОДИНИ

Лечението на първичните форми на белтъчно-енергийната малнутриция (БЕМ) е диетично, а на вторичните едновременно се провежда лечение на основното заболяване след неговото уточняване.

В началото на лечението е показано частично парентерално хранене, биопродукти (цялостна кръв, плазма, хуман-албумин).

Диетолечението се провежда в два етапа:

Първи етап – определяне на толеранса към храна. Започва се с минимално количество – около 50% от нормата за възрастта и след стабилизиране на тегловната крива количеството храна постепенно се увеличава. Единствената храна е мляко – кърма, хидролизирано, соево или нисколактозно.

Втори етап - усилено белтъчно хранене. Постепенно се увеличава вноса на енергия и белтъци. Обемът на храната се увеличава постепенно до препоръчания за възрастта, а белтъците до 2,5 – 3,5 г/кг тегло/24ч. Едва след това се въвеждат останалите храни, подходящи за възрастта. При необходимост за постигане на оптимален енергиен внос е допустимо подслаждане на храните с 3% повече от препоръчаното (за кърмачета и малки деца).

При по-големи деца могат да се използват готови стандартизирани ентерални хранителни смеси.

Допълнително се внасят микрогранулирани панкреасни препарати, поливитамини, микроелементи, железни препарати.

ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ УСЛОЖНЕНО БОЛЕСТНО ЗАТЛЪСТЯВАНЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ ДО 18 ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Лечение на затлъстяване с хиперинсулинизъм

Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен режим.

Определяне на индивидуален план за ЛФК.

Медикаментозно лечение с метформин – при индикации.

Лечение на затлъстяване с нарушен глюкозен толеранс

Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен план.

Определяне на индивидуален план за ЛФК.

Медикаментозно лечение с метформин – при индикации.

Лечение на затлъстяване с артериална хипертония

Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен режим с редукция на натриевия хлорид.

Определяне на индивидуален план за ЛФК.

Медикаментозно лечение с антихипертензивни средства.

Лечение на затлъстяване с хиперлипидемия

Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен режим.

Определяне на индивидуален план за ЛФК.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя според анамнестичните данни, клиничната картина, биохимичните, инструментални, функционални и образни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- диагностично уточняване;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРОВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Недохранване (малнутриция) има тогава, когато за известен период от време нуждите на организма от енергия и градивни материали не са били покривани от приеманата храна. По-старите класификации определят два вида недохранване:

• **тип Маразъм**, при който има недостиг на всички хранителни елементи (енергийни и белтъчни) в почти еднаква степен, и

• **тип Квашиоркор**, при който има недостиг на протеини.

Според съвременните схващания във всички случаи на недохранване има недостиг и на двата компонента – енергия и протеини, т. е. не може да съществува недостиг само на протеини или само на енергия. По тази причина е по-точно да се говори за протеинноенергийно недохранване (ПЕН) с преобладаване на единия от компонентите. Причините за развитие на недохранване са много. Най-общо могат да се обединят в няколко групи: • намален апетит;

• нарушено усвояване на храната – храносмилане или резорбция;

• големи загуби – рани, фистули на храносмилателния тракт, нарушени кожни повърхности и др;

• нарушени (забавени) анаболни процеси и синтез на протеини;

• засилен катаболизъм.

Когато говорим за протеинно-енергийно недохранване трябва задължително да правим разлика между обикновено гладуване и недохранването в условия на стрес.

Обикновено гладуване

Представлява частично или пълно прекратяване вноса на хранителни енергийни източници без да има някаква причина, която да повишава обичайните разходи на енергия и градивни елементи. Човешкият организъм е устроен да понася добре дълго гладуване, като използва своите резерви от мазнина и белтъци и в същото време пуска в ход механизми, които намаляват разхода на енергия и запазват телесните протеини.

МЕТАБОЛИТНИ ПРОМЕНИ ПРИ ПЪЛНО ГЛАДУВАНЕ

• *Засилено отделяне на Катехоламини (**КА**) и Глюкагон,намалено отделяне на Инсулин* през първите 48 – 72 часа – това води до засилена гликогенолиза и липолиза;

• *Разход на енергия* (енергиен разход в покой) – нараства до 48-ми час, след което започва да намалява и към 5-ти до 7-ми денспада под изходното ниво.

• *Доставка на Глюкоза*

Гликогенолиза през първите 24 часа (изчерпват се депата)

Глюконеогенеза (**ГНГ**) от аминокиселинни прекурсори. В началото ГНГ е много интензивна, като може да достигне до разграждането на 75 g белтъци (~300 g мускулна тъкан на ден). Около 5-тия ден настъпва адаптация на клетките в ЦНС към използване на кетони като основен източник на енергия, което води до намаляване на ГНГ с около 2/3.

От глицерол, получен при липолизата.

От Лактат – цикъл на Кори.

По-нататък следва постепенно донастройване на организма към използване на кетотелата като основен източник на енергия и допълнително намаляване на разходите. Същите процеси настъпват и при частично гладуване.

ОСНОВНИ ЖИЗНЕНИ СИСТЕМИ

Ментални функции

Нарушават се от недостиг на Thiamine (B1), B12, Ca, Mg,PO4. Проучванията на Keys, Brozek и др. върху здрави доброволци и на Hill при клинични пациенти категорично са доказали, че недохранването води до развитие на раздразнителност и депресия, които преминават при възстановяване на храненето.

Сърдечно-съдова и бъбречна функции

Тежкото недохранване и намаляването на телесното тегло водят до пропорционално намаляване обема на сърцето (размера), като ~40% от него се дължи на загубата на миокардна тъкан, а останалата част е за сметка на намален обем на сърдечните кухини. Загубата на миокардна маса води до намаляване на МОС, брадикардия и хипотензия. Получава се периферна циркулаторна недостатъчност, която може да причини намаляване на бъбречния кръвоток и гломерулната филтрация. Недостигът на вит. B6 задълбочава сърдечната недостатъчност, а електролитните нарушения са предпоставка за развитието на ритъмни нарушения.

Дихателна система

Намаляването на мускулната маса с ~20% нарушава структурата и работата на дихателната мускулатура (междуребрена и диафрагма). Състоянието на тежко недохранване отслабва дихателния отговор към хипоксия и хиперкапния.

Настъпват дегенеративни промени и в белодробните тъкани. Всичко това в съчетание с намаления имунитет и нарушената дренажна функция на ресничестия епител повишава силно риска от застойни пневмонии. При пациентите на ИБВ отвикването от апарат е много затруднено.

Храносмилателна система

Присъствието на храна в чревния лумен стимулира растежа и подмяната на ентероцитите и колоноцитите. При дълго гладуване и ТПХ клетките на чревната лигавица атрофират, намалява размера на чревните вили и дълбочината на криптите. Това влошава усвояването на липиди, дизахариди и глюкоза. Намалената стомашна, панкреатична и жлъчна секреция, както и промените в чревната флора, задълбочават допълнително малабсорбцията. Всички тези промени нарушават бариерната функция на чревната лигавица и създават условия за преминаване на бактерии и токсини към кръвта. Това се получава в много по-голяма степен при пациентите в критични състояния. Бактериалната транслокация е основен фактор при развитието и поддържането на системното възпаление.

Терморегулация

Тежкото недохранване и загубата на тегло нарушават адаптацията към ниски температури, като отслабват термогенезата и периферната вазоконстрикция. Това води до много по-лесно настъпване на хипотермия при пациенти с недохранване.

Имунна система

Потиска се клетъчния имунитет и намалява възможностите за съпротива срещу инфекции. Намалява общия брой на лимфоцитите, най-вече за сметка на Т клетъчната линия. Развива се и атрофия на тимуса. Нарушенията в системата на комплемента водят до отслабване на

фагоцитозата, хемотаксиса и директната бактериална клетъчна деструкция. Заравстването на раните е много забавено.

Стратегия на хранителната поддръжка

• Пациентите с ПЕН, на които предстои планова хирургия се нуждаят от хранителна поддръжка в продължение на 2 – 3 седмици. Проведеното клинично дохранване ще помогне за възстановяване на дефицита от витамини, минерали и в малка степен за увеличаване на теглото. Това обаче е достатъчно за подобряване функциите на организма и намаляване риска от усложнения.

• Пациентите с ПЕН, които са претърпели спешна хирургия, трябва да получат хранителна поддръжка възможно най-бързо в следоперативния период.

• Пациентите с ПЕН в критично състояние трябва задължително да получават хранителна поддръжка наред с лечението на основния проблем.

• Пациентите без ПЕН, при които се очаква да не могат да приемат храна за повече от 7 дни поради заболявания или в следоперативния период, трябва също да получат хранителна поддръжка.

• Пациенти, които претърпяват многократни операции трябва да получават непрекъсната хранителна поддръжка.

• На пациентите с ПЕН, на които се налагат многократни спешни операции заради неразрешени коремни инфекции, фистули и др. трябва да бъде осигурен период на захранване, съчетан с по-висока физическа активност. По този начин в продължение на няколко месеца се натрупва мускулна маса и се подобрява хранителното

състояние. Това е важно условие за успеха на окончателната операция.

• Ако оперативната намеса не може да се отложи, нейният размер и радикалност трябва да бъдат съобразени с възможностите на организма да понесе метаболитното натоварване, предизвикано от оперативната травма.

Затлъстяването представлява състояние на прекомерно натрупване на мастна тъкан в организма. В зависимост от степента на това натрупване, състоянието се класифицира като наднормено тегло, или като затлъстяване, представляващи различни степени на здравен риск. За целите на практиката, оценката на телесното тегло, се прави най-често посредством индекса на телесната маса – ИТМ (наричан също индекс на Quetelet). Същият се изчислява по формулата:

$$\text{ИТМ} = \frac{\text{Телесно тегло (kg)}}{(\text{Ръст в m})2} = (\text{kg/m2})$$

Класификация	**ИТМ (kg/m2) Риск от съпътстващи заболявания**
Поднормено тегло	<18.5 Нисък (съществува увеличен риск от други клинични проблеми)
Нормално тегло	18.5 – 24.9 Нисък
Наднормено тегло	25.0 – 29.9 Увеличен
Затлъстяване I степен	30.0 – 34.9 Умерено висок
Затлъстяване II степен	35.0 – 39.9 Висок
Затлъстяване III степен	40.0 Много висок

Затлъстяването е резултат от нарушено равновесие между енергийния внос чрез храната и енергоразхода на индивида. Честа причина за това състояние е свръххранененото, т.е. прием на повече от необходимата за основната обмяна и за двигателната активност енергия.

Свръхконсумацията на енергийна храна може да се дължи на психологически, наследствени и хормонални фактори. Известен е фактът, че индивиди с наследствена обремененост са предразположени в по-висока степен към затлъстяване. Дори лекото повишаване на телесното тегло увеличава заболеваемостта и смъртността от метаболитни (свързани с обмяната на веществата) нарушения.

Затлъстяването е на второ място след тютюнопушенето като причина за преждевременна смърт. Доказана е връзката между затлъстяването и ред заболявания: сърдечно-съдови, неинсулин зависим захарен диабет (тип 2), злокачествени заболявания (рак), респираторни (дихателни) проблеми, скелетно-мускулни болести, психосоциални проблеми.

В България, процентът на жените със затлъстяване е приблизително 35%, на мъжете – 25%, на децата и юношите – 10-12%. Високо степенното затлъстяване е два пъти по-често сред жените, в сравнение с мъжете.

Най-добрият подход в лечението на затлъстяването, е комплексният, т.е. този, който повлиява и двете страни на енергийното равновесие – понижаване приема и увеличаване разхода на енергия. Така комплексните програми за профилактика и лечение на този здравен проблем включват промяна в начина на живот с няколко основни елементи:

Диетични режими – рестриктивно-енергийните диетични режими са в основата на повечето програми за лечение на затлъстяването.

Двигателна активност – предотвратява адаптивното понижаване на основната обмяна, в отговор на ограничения енергиен прием.

Промяна в хранителните навици – правилен режим на хранене; избягване на пикантните подправки и солта; достатъчно питейна вода и течности; ниска консумация на мазнини, алкохол и прости захари; маломерни порции;

ПРИ ДЕЦА ДО 28 ДЕН

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

E41 **Алиментарен маразъм**
Тежко разстройство на храненето с маразъм
Не включва: квашиоркор при маразъм (E42)

E43 **Тежко белтъчно-калорийно недохранване, неуточнено**
Отток от гладуване

Затлъстяване
Не включва: адипозогенитална дистрофия (E23.6)
липоматоза:
- БДУ (E88.2)
- болезнена [болест на Dercum] (E88.2)

синдром на Prader-Willi (Q87.1)

Други анемии, свързани с храненето
Включва: мегалобластна анемия, неподдаваща се на лечение с витамин B12 или фолати

D53.0 **Анемия, причинена от белтъчен недоимък**
Анемия от недоимък на аминокиселини
Оротацидурейна анемия
Не включва: Синдром на Lesch-Nyhan (E79.1)

E66.2 **Екстремно затлъстяване с алвеоларна хиповентилация**
Синдром на Pickwick

E66.8 **Други форми на затлъстяване**
Болестно затлъстяване
Метаболитен синдром

Разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

E70.0 **Класическа фенилкетонурия**

E70.1 **Други видове хиперфенилаланинемии**

E70.2 **Разстройства на обмяната на тирозина**
Алкаптонурия
Хипертирозинемия
Охроноза
Тирозинемия
Тирозиноза

E70.3 Албинизъм

Албинизъм:
- очен
- очно-кожен

Синдром на:
- Chediak(-Steinbrinck)-Higashi
- Cross
- Hermansky-Pudlak

E70.8 Други разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

Разстройства на:
- обмяната на хистидина
- обмяната на триптофана

<u>Разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига и на мастните киселини</u>

E71.0 Болест на "урина като кленов сироп"

E71.1 Други разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига

Хиперлевцин-изолевцинемия
Хипервалинемия
Изовалерианова ацидемия
Метилмалонова ацидемия
Пропионова ацидемия

E71.2 Разстройство на обмяната на аминокиселините с разклонена верига, неуточнено

E71.3 Разстройство на обмяната на мастните киселини

Адренолевкодистрофия [Addison-Schilder]
Дефицит на мускулната карнитин-палмитилтрансфераза
Митохондриални и пероксизомни болести
Не включва: болест на Refsum (G60.1)
болест на Schilder (G37.0)
синдром на Zellweger(Q87.8)

<u>Други разстройства на обмяната на аминокиселините</u>

Не включва: отклонения от нормата без изявено заболяване (R70—R89)
разстройства на:
обмяната на ароматните аминиокиселини (E70.—)
обмяната на аминокиселините с разклонена верига (E71.0—E71.2)
обмяната на мастните киселини (E71.3)
обмяната на пурина и пиримидина (E79.—)
подагра (M10.—)

E72.0 Разстройства на транспортирането на аминокиселини

Цистиноза
Цистинурия
Синдром на Fanconi(-de Toni)(-Debre)
Болест на Hartnup
Синдром на Lowe
Не включва: разстройства на обмяната на триптофана (E70.8)

E72.1 Разстройства на обмяната на сяра-съдържащите аминокиселини

Цистатионинурия
Хомоцистинурия
Метионинемия
Дефицит на сулфитоксидаза
Не включва: дефицит на транскобаламин II (D51.2)

E72.2 Разстройства в метаболитния цикъл на уреята

Аргининемия

Аргининосукцинова ацидурия
Цитролинемия
Хиперамониемия
Не включва: разстройства на обмяната на орнитина (E72.4)

E72.3 Разстройства на обмяната на лизина и хидроксилизина
Глутарова ацидурия
Хидроксилизинемия
Хиперлизинемия

E72.4 Разстройства на обмяната на орнитина
Орнитинемия (тип I, II)

E72.5 Разстройства на обмяната на глицина
Хиперхидроксипролинемия
Хиперпролинемия (тип I, II)
Некетонова хиперглицинемия
Саркозинемия

E72.8 Други уточнени разстройства на обмяната на аминокиселините
Разстройства:
- на обмяната на β-аминокиселините
- в γ-глутамиловия цикъл

Непоносимост към лактоза

E73.0 Вроден недоимък на лактаза

E73.1 Вторичен недоимък на лактаза

E73.8 Други видове непоносимост към лактоза

Други разстройства на обмяната на въглехидратите
Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

E74.0 Болест на натрупването на гликоген
Сърдечна гликогеноза
Болест на:
- Andersen
- Cori
- Forbes
- Hers
- McArdle
- Pompe
- Tauri
- Von Gierke

Недоимък на чернодробна фосфорилаза

E74.1 Разстройства на обмяната на фруктозата
Есенциална фруктозурия
Недоимък на фруктозо-1,6-дифосфатаза
Наследствена непоносимост към фруктоза

E74.2 Разстройства на обмяната на галактозата
Недоимък на галактокиназа
Галактоземия

E74.4 Разстройства на обмяната на пирувата и глюконеогенезата
Недоимък на:

- фосфоенолпируват карбоксикиназа
- пируват:
  - карбоксилаза
  - дехидрогеназа

Не включва: с анемия (D55.—)

E74.8 Други уточнени разстройства на обмяната на въглехидратите

Есенциална пентозурия
Оксалоза
Оксалурия
Ренална глюкозурия

Разстройства на обмяната на с финголипидите и други нарушения на натрупване на липидите

E75.0 Ганглиозидоза GM2

Болест на:
- Sandhoff
- Tay-Sachs

GM2 ганглиозидоза:
- БДУ
- при възрастни
- ювенилна

E75.1 Други ганглиозидози

Ганглиозидоза:
- БДУ
- GM 1
- GM 3

Муколипидоза IV

E75.2 Други сфинголипидози

Болест на:
- Fabry(-Anderson)
- Gaucher
- Krabbe
- Niemann-Pick

Синдром на Farber
Метахроматична левкодистрофия
Недоимък на сулфатаза

Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

E75.3 Сфинголипидоза, неуточнена

E75.4 Липофусциноза на невроните

Болест на:
- Batten
- Bielschowsky-Jansky
- Kufs
- Spielmeyer-Vogt

E75.5 Други разстройства на натрупването на липиди

Церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein]
Болест на Wolman

Разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

E76.0 Мукополизахаридоза, тип I

Синдроми на:
- Hurler

• Hurler-Scheie
• Scheie

E76.1 Мукополизахаридоза, тип II
Синдром на Hunter

E76.2 Други мукополизахаридози
Недоимък на β-глюкуронидаза
Мукополизахаридоза, типове III, IV, VI, VII
Синдром на:
• Maroteaux-Lamy (лек)(тежък)
• Morquio(-подобен)(класически)
• Sanfilippo (тип B)(тип C)(тип D)

E76.8 Други разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

Разстройства на обмяната на глюкопротеините

E77.0 Дефекти в посттранслационната модификация на лизозомните ензими
Муколипидоза II [I-клетъчна болест]
Муколипидоза III [псевдо- Hurler полидистрофия]

E77.1 Дефекти в разграждането на глюкопротеините
Аспартилглюкозаминурия
Фукозидоза
Маннозидоза
Сиалидоза [муколипидоза I]

E77.8 Други разстройства на обмяната на глюкопротеините

Разстройства на обмяната на липопротеините и други липидемии
Не включва: сфинголипидози (E75.0—E75.3)

E78.0 Чиста хиперхолестеролемия
Фамилна хиперхолестеролемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIa
Хипербеталипопротеинемия
Хиперлипидемия, група A
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с ниска плътност [LDL]

E78.1 Чиста хиперглицеридемия
Ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IV
Хиперлипидемия, група B
Хиперпребеталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с много ниска плътност [VLDL]

E78.2 Смесена хиперлипидемия
Обширна или плаваща беталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIb или III
Хипербеталипопротеинемия с пребеталипопротеинемия
Хиперхолестеролемия с ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипидемия, група C
Туберо-еруптивна ксантома
Xanthoma tuberosum
Не включва: церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein] (E75.5)

E78.3 Хиперхиломикронемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип I или V
Хиперлипидемия, група D
Смесена хиперглицеридемия

E78.4 Други хиперлипидемии

E78.6 Недоимък на липопротеини
Абеталипопротеинемия
Недоимък на липопротеини с висока плътност
Хипоалфалипопротеинемия
Хипобеталипопротеинемия (фамилна)
Недоимък на лецитин-холестерол-ацилтрансфераза
Танжерска болест

E78.8 Други разстройства на обмяната на липопротеините

Разстройства на обмяната на пурина и пиримидина

Не включва: камък на бъбрека (N20.0)
комбинирани имунонедоимъчни разстройства (D81.—)
подагра (M10.—)
оротацидурична анемия (D53.0)
пигментна ксеродермия (Q82.1)

E79.1 Синдром на Lesch-Nyhan

E79.8 Други разстройства на обмяната на пурина и пиримидина
Наследствена ксантинурия

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия
Вродена еритропоетична порфирия
Еритропоетична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда

E80.2 Други порфирии
Наследствена копропорфирия
Порфирия:
- БДУ
- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта
Болест на Menkes (болест на къдравите коси) (болест на стоманените коси)
Болест на Wilson

E83.2 Разстройства на обмяната на цинка
Ентеропатен акродерматит

E83.4 Разстройства на обмяната на магнезия
Хипермагнеземия
Хипомагнеземия

Други разстройства във водно-електролитния и алкално-киселинния баланс

E87.0 Хиперосмоларитет хипернатриемия
Излишък на натрий [Na]
Претоварване с натрий [Na]

E87.8 **Други разстройства във водно-солевото равновесие, некласифицирани другаде**
Разстройство на електролитния баланс БДУ
Хиперхлоремия
Хипохлоремия

Други разстройства на обмяната на веществата
Не включва: хистиоцитоза Х (хронична) (D76.0)

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало разстройство на обмяната на веществата, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E88.1 **Липодистрофия, некласифицирана другаде**
Липодистрофия БДУ
Не включва: болест на Whipple (K90.8)

E88.2 **Липоматоза, некласифицирана другаде**
Липоматоза:
- БДУ
- болезнена [Dercum]

E88.8 **Други уточнени разстройства на обмяната на веществата**
Аденолипоматоза на Launois-Bensaude
Триметиламинурия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб, ≥ 2 отдела

Включва: функционални гледни точки
такава от 2, 3 или 4 от следните гръбначни отдела:
- цервикален
- лумбосакрален
- сакрококцигеален
- торакален

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Изследване на кости

58300-00 Рентгеново изследване костна възраст на китка и коляно

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз
Радиография на тазов вход

Не включва: радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро

Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно

Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

Радиография на долен крайник

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

1940 Ултразвук на глава и шия

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901- 09[2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-00 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-01 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-02 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-00 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-01 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-00 Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-01 Микроскопско изследване на кръв за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително следните:
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати
91910-08 Изследване на време на кървене
91913-04 Изследване на време на съсирване
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11 Изследване на фибриноген
13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв
Задължително при генетично заболяване за поставяне на генетична диагноза, при първа хоспитализация, се извършва:
91881-00 ДНК анализ
По преценка на лекуващия лекар се извършват и:
91916-00 Генетични изследвания
91916-01 Цитогенетичен анализ на кръв или костен мозък
91925-19 Други хормонални изследвания
91913-02 Серологично изследване за ранен и за късен сифилис

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-03 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-04 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-05 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура и чувствителност

1926 Микробиологични изследвания

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
антибиограма

1932 изследване на урина

91226-00 Метаболитен скрининг на урина за мукополизахариди

91226-01 Метаболитен скрининг на урина за аминокиселини

91226-02 Метаболитен скрининг на урина за органични киселини

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

92015-00 Визуален евокиран потенциал [ВЕП]

Слухови евокирани потенциали

11300-00 Аудиометрия на евокирани потенциали на мозъчен ствол

96050-00 Кортикален евокиран отговор аудиометрия

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

96037-00 друга оценка, консултация или оценяване
оценка }
консултация }
оценяване } бду
интервю }

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба

Смяна на ректална тръба

Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
- тромбоцити

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

	Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
Приложение на фармакотерапия	
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва:* хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Приложение на фармакотерапия	
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва:* хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

При първа хоспитализация по повод генетично заболяване:

Клиничната пътека се отчита със задължително проведено генетично изследване: „метаболитен скрининг или анализ на урина за мукополизахариди, аминокиселини или органични киселини" блок 1932 (91226-00, 91226-01, 91226-02) **или ензимен и/или ДНК – анализ, в случаите когато се касае за генетично заболяване и анализите са възможни в България, блок 1923.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги, в обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", в обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология" (за деца до 28-ия ден).

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по педиатрия или Неонатологична клиника/отделение
2. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, вкл. КГА, хемостазиология
3. Структура за рентгеново изследване – ренгенов апарат за скопия и графия
4. Звено за интензивно лечение

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология/педиатрия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Имунологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение)по клинична патология – на територията на областта
3. Клиника/отделение по образна диагностика, разполагащо с КТ /МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24-часа в денонощието, включително и при спешни състояния
4. Вирусологична лаборатория - на територията на областта
5. Ехокардиограф
6. Цитогенетична лаборатория – на територията на областта
7. Генетична лаборатория за метаболитен, ензимен и ДНК – анализ – на територията на страната
8. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по “Неонатология”):

- най-малко шестима лекари, от които най-малко четирима със специалност "Педиатрия", най-малко един има допълнителна квалификация за извършване на ехография (трансфонтанелна и/или абдоминална) и най-малко двама са с придобита втора специалност с педиатрична насоченост; или
- най-малко шестима лекари, от които най-малко трима със специалност "Неонатология", един от тях с квалификация по ехография – трансфонтанелна и/или абдоминална;
- лекар - специалист по клинична лаборатория.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Първоначално диагностично уточняване, определяне на терапевтичното поведение и започване на лечение на болни със съмнение за метаболитно заболяване:

- Метаболитна криза
- Коматозно състояние
- Гърчов синдром
- При неясна диагноза за уточняване.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и диагностично-лечебен план

Метаболитни заболявания: пациентите постъпват в клиниката за поставяне на диагноза и за лечение, когато са в декомпенсирано състояние. Целта е възстановяване на жизнените показатели, преодоляване на коматозното състояние, изчистване на организма от натрупания токсичен субстрат и стабилизиране на обменните процеси. Разясняване на родителите за допуснатите пропуски в диетичното и медикаментозното лечение с цел предотвратяване на по-нататъшни метаболитни кризи.

Диагностични изследвания:

- До 48-ия час – се извършват следните изследвания - ПКК, урина, биохимия (само изследванията необходими за доказване на диагнозата), лактат, амоняк;
- До 72-ия час се извършват - ЕЕГ и вземане на кръв и урина за специализирани изследвания (аминокиселини, органични киселинини, мукополизахариди, ензимни изследвания) при необходимост;
- До края на болничния престой, в зависимост от състоянието на детето и необходимост за поставяне и уточняване на диагнозата - трансфонтанелна ехография, рентгеново изследване, ехография на коремни органи, ехокардиография, консултации с невролог, кардиолог, започване на кинезитерапия.

Лечение

По време на хоспитализацията лечението е основно симптоматично.

Медикаментозно лечение - инфузия на глюкоза, електролити, биологични продукти, хранене със сонда, парентерално или орално приложение на антибиотик, кортикостероид, антиконвулсанти, антиеметични средства.

Ензим-заместваща терапия при пациенти с болестта на Гоше се отчита с АПр № 33 - „Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терепевтична схема", с бланка №8А , като отчитането на приложените лекарствени средства се извършва по установения ред.

Възможността за отчитане на пациенти по пътеката се запазва само за случаите на диагностика и проследяване на състоянието.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Според клиничната картина, статуса и след хистологично (при определени нозологии), цитогенетично, молекулярно изследване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- диагностично уточняване;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:
- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Наследствените метаболитни болести са група от генетични заболявания, при които липсата на определен ензим води до увреждане на различни органи, включително мозъка. Ензимите са белтъци, които имат много функции, включително разграждане на определени вещества в организма. При метаболитните болести това разграждане е нарушено, веществата не се използват пълноценно, а се натрупват в различни тъкани, стават токсични за тях и това води до проявата на определена метаболитна болест. Тежестта на заболяването зависи от вида на липсващия ензим и органите, които са засегнати.

Метаболитните заболявания се причиняват от дефект в гена, който е отговорен за синтезирането на даден ензим. В повечето случаи този дефект се носи от двамата родители, но в единична доза. Поради тази причина родителите практически са здрави. По време на оплождането на случаен принцип тези два дефекта се събират заедно в клетките на бъдещото дете и ефектът от тяхното комбиниране е проявата на определено наследствено метаболитно заболяване.

Метаболитните болести са редки. Една голяма част от тях се проявяват в детската възраст. Характерно за тях е, че децата се раждат на термин, с нормални тегло и ръст и в много случаи тяхното развитие през първите дни, седмици или месеци е напълно нормално. Болестта се проявява след известно време, тъй като е необходим различно дълъг период през който в организма да се натрупа това вещество, което поради дефекта не може да се разгражда. Заболяването може да се прояви с повръщане (особено по време на инфекция), увеличение на черния дроб и слезката, гърчове, проблеми с дишането, промяна в съзнанието.

Изключително важно е пациентът със сходни оплаквания да бъде насочен към специалист за търсене на причината и евентуално лечение. Точната диагноза дава възможност на лекаря да определи хода на развитие на болестта и нейната прогноза, степента на увреждане на детето - физически и психически.

Протичането на метаболитните болести е различно. Едни от тях се проявяват под формата на кризи с повръщане, при други първите симптоми са гърчове. Децата могат да имат забавено физическо развитие - лошо наддаване на тегло, късно сядане и прохождане. Забавено е и психическото развитие, наблюдават се промени в поведението.

Лечението на метаболитните болести е специфично и в много случаи е поддържащо, не води до пълно излекуване на детето. Генетичният дефект не може да бъде коригиран. Независимо от това поддържащото лечение трябва да се приложи навреме и адекватно на водещите симптоми. То цели да предотврати животозастрашаващи състояния и да осигури на детето възможно най-добро развитие.

Някои от метаболитните болести се лекуват със съответна диета. Прилагането ѝ трябва да става под строг лекарски контрол и само при поставена диагноза. Съществена част от лечебния план е провеждането на определена рехабилитационна програма, съобразена със състоянието на детето. При една голяма част от тези болести има 25% вероятност следващото дете в семейството да бъде болно от същото заболяване. Това налага тези семейства да се насочват към генетична консултация преди следваща бременност. Съществуват методи при някои метаболитни болести диагнозата да бъде поставена по време на бременността. За тази цел на семейство, в което вече има родено дете с метаболитна болест и тя е диагностицирана, се предлага **пренатална диагноза**. Тя не е възможна в случаите, когато липсва точната диагноза на болното дете. Изследват се кръв, урина или късче кожа от болното дете, в които се търсят определени нарушения.

В много случаи тези изследвания са продължителни, а понякога и те не позволяват да стигнем до основната причина на заболяването. Независимо от липсата на точна диагноза, децата с метаболитни заболявания трябва да се наблюдават периодично от специалист.

КП № 83.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ЛИЦА С МЕТАБОЛИТНИНАРУШЕНИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

E41 Алиментарен маразъм
Тежко разстройство на храненето с маразъм
Не включва: квашиоркор при маразъм (E42)

E43 Тежко белтъчно-калорийно недохранване, неуточнено
Оток от гладуване

Затлъстяване
Не включва: адипозогенитална дистрофия (E23.6)
липоматоза:
- БДУ (E88.2)
- болезнена [болест на Dercum] (E88.2)

синдром на Prader-Willi (Q87.1)

E66.2 Екстремно затлъстяване с алвеоларна хиповентилация
Синдром на Pickwick

E66.8 Други форми на затлъстяване
Болестно затлъстяване
Метаболитен синдром

Разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

E70.0 Класическа фенилкетонурия

E70.1 Други видове хиперфенилаланинемии

E70.2 Разстройства на обмяната на тирозина
Алкаптонурия
Хипертирозинемия
Охроноза
Тирозинемия
Тирозиноза

E70.3 Албинизъм
Албинизъм:
- очен
- очно-кожен

Синдром на:
- Chediak(-Steinbrinck)-Higashi
- Cross
- Hermansky-Pudlak

E70.8 Други разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини
Разстройства на:
- обмяната на хистидина
- обмяната на триптофана

Други разстройства на обмяната на аминокиселините
Не включва: отклонения от нормата без изявено заболяване (R70—R89)

разстройства на:
• обмяната на ароматните аминиокиселини (E70.—)
• обмяната на аминокиселините с разклонена верига (E71.0—E71.2)
• обмяната на мастните киселини (E71.3)
• обмяната на пурина и пиримидина (E79.—)
подагра (M10.—)

E72.2 Разстройства в метаболитния цикъл на уреята
Аргининемия
Аргининосукцинова ацидурия
Цитролинемия
Хиперамониемия
Не включва: разстройства на обмяната на орнитина (E72.4)

Други разстройства на обмяната на въглехидратите
Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

E74.0 Болест на натрупването на гликоген
Сърдечна гликогеноза
Болест на:
• Andersen
• Cori
• Forbes
• Hers
• McArdle
• Pompe
• Tauri
• Von Gierke
Недоимък на чернодробна фосфорилаза

E74.2 Разстройства на обмяната на галактозата
Недоимък на галактокиназа
Галактоземия

Разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

E76.0 Мукополизахаридоза, тип I
Синдроми на:
• Hurler
• Hurler-Scheie
• Scheie

E76.1 Мукополизахаридоза, тип II
Синдром на Hunter

E76.2 Други мукополизахаридози
Недоимък на β-глюкуронидаза
Мукополизахаридоза, типове III, IV, VI, VII
Синдром на:
• Maroteaux-Lamy (лек)(тежък)
• Morquio(-подобен)(класически)
• Sanfilippo (тип B)(тип C)(тип D)

E76.8 Други разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

Разстройства на обмяната на липопротеините и други липидемии
Не включва: сфинголипидози (E75.0—E75.3)

E78.0 Чиста хиперхолестеролемия
Фамилна хиперхолестеролемия

Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIa
Хипербеталипопротеинемия
Хиперлипидемия, група A
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с ниска плътност [LDL]

E78.1 Чиста хиперглицеридемия
Ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IV
Хиперлипидемия, група B
Хиперпребеталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с много ниска плътност [VLDL]

E78.2 Смесена хиперлипидемия
Обширна или плаваща беталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIb или III
Хипербеталипопротеинемия с пребеталипопротеинемия
Хиперхолестеролемия с ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипидемия, група C
Туберо-еруптивна ксантома
Xanthoma tuberosum
Не включва: церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein] (E75.5)

E78.3 Хиперхиломикронемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип I или V
Хиперлипидемия, група D
Смесена хиперглицеридемия

E78.4 Други хиперлипидемии

E78.6 Недоимък на липопротеини
Абеталипопротеинемия
Недоимък на липопротеини с висока плътност
Хипоалфалипопротеинемия
Хипобеталипопротеинемия (фамилна)
Недоимък на лецитин-холестерол-ацилтрансфераза
Танжерска болест

E78.8 Други разстройства на обмяната на липопротеините

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Ултразвук на глава и шия

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Дуплекс ултразвук на черепни, каротидни или гръбначни съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава при мапиране на кондюит (55294 [1948])

55274-00 Дуплекс ултразвук на екстракраниални, каротидни и вертебрални съдове

Включва: дуплекс ултразвук при:
- безименни съдове
- субклавни съдове

окулоплетизмография
периорбитално Доплерово изследване

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
  - с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

1940 Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])

при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове

Включва: дуплекс ултразвук на:
- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инферио

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място

Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

1932 Изследвания на урината

Включва някои от следните:

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
91920-03 Изследване за албумин в урината. Микроалбуминурия
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-13 Изследване за амилаза в урината
91920-14 Изследване за белтък в урината
91920-16 Изследване за билирубин в урината
91226-03 Изследване за свободен кортизол в урина за органични киселини

1863 Други неоперативни измервания и изследвания

12533-00 Въглеродно маркирана урея дихателен тест
Включва: измерване на издишан 13CO2 или 14CO2
с използване на перорален 13C или 14C урея

92207-00 Изследване на основна обмяна

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателната функция-спирометрия

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва някои от следните:

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

или
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
и
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
и
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
и
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
и
91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол
и
91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди
и
91910-22 Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол
и
91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
или
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
и
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
и
91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди
или
91225-00 Изследване на Инсулин (IRI)
и
91225-01 Изследване на С- пептид
и
91225-02 Изследване на кортизолов ритъм

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92064-00	Приложение на друг кръвен продукт Трансфузия на: • кръвни заместители • гранулоцити
96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Ендокринология и болести на обмяната", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ендокринология и болести на обмяната"

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ендокринология и болести на обмяната
2. Клинична лаборатория II или III ниво, с възможности и за хормонални изследвания
3. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за ехография на щитовидната жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Лаборатория по микробиология на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари с призната специалност по ендокринология, поне двама – с квалификация за ехография на щитовидна жлеза;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика и лечение на лица с диагностицирани метаболитни нарушения и в състояние на:
1.1. метаболитна криза;
1.2. коматозно състояние;
1.3. гърчов синдром;

2. Диагностично уточняване, лечение и определяне на последващо терапевтично поведение при:

- Апнея синдром при високостепенно затлъстяване.
- Декомпенсиран Пиквик синдром (с хипоксемия и/или хиперкапния).
- Хипоалбуминемия(серумен албумин под 35 г/л) при малнутриция.
- Тежък анемичен синдром при малнутриция.
- Хипокалиемия при малнутриция.
- Тежка малнутриция:
  - индекс на телесна маса (BMI) под 19 кг/кв.м.

3. Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на:

- пациенти със затлъстяване, с индекс на телесна маса над 33 кг/кв.м; усложнено със сърдечно-съдови, дихателни и/или метаболитно - ендокринни нарушения;
- пациенти с хронична малнутриция - следоперативна при стриктура на хранопровода, гастро-ентеро- и колостома, състояния на стомашна или чревна резекция; вродени или придобити аномалии на храносмилателната система (индекс на телесна маса - BMI под 19 кг/м^2, загуба на тегло над 5 % в последните 1 - 3 месеца, намаляване на хранителния прием с 25 % и повече от този на предшестващата седмица, общ серумен белтък под 60 г/л, серумен албумин под 35 г/л)
- пациенти с наследствени метаболитни заболявания за корекция на терапията и лечение на възникнали усложнения

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 48 час от началото на хоспитализацията. КАТ и МРТ – до 3 ден от постъпването. Радиоизотопни изследвания, двойна едноенергийна рентгенова абсорбциометрия или рентгеново денситометрия се извършват до 3 ден от постъпването. Образни изследваниия, ехография и/или биопсия на паращитовидна жлеза – до 72 часа от постъпването. Контролни клинико – лабораторни и образни изследвания се провеждат до края на болничния престой.

2.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНАТА МАЛНУТРИЦИЯ

Коригирането на изразените хранителни дефицити при малнутриция се провежда в болнични условия с адекватно лечебно хранене, при стабилизирани жизнени функции и хемодинамични показатели, извън остри стресови състояния. Контраиндикации за лечебно (ентерално или парентерално) хранене са шок, хиперлактатемия (серумен лактат над 3-4 ммол/л), хипоксемия (pO2 под 50 ммHg), хиперкапния /pCO2 над 80 ммHg), тежка ацидоза (pH под 7,2).

При липса на противопоказания от страна на гастро-интестиналния тракт се предпочита ентералното хранене – през устата, с индивидуализиран адекватен хиперенергиен диетичен режим или при съответни индикации - ентерално сондово или стомно хранене, в комбинация с парентерално хранене.

Парентералното хранене се провежда чрез периферен венозен достъп, под форма на инфузии, като периферният осмоларитет на инфузионните разтвори не бива да надвишава 800-900 мОсм/л. Централният венозен достъп изисква специални катетри и техника, като разтворите за парентерално хранене следва да се дават отделно от медикаментозните разтвори през “собствен” лумен. В случаите на по-продължително парентерално хранене се препоръчват венозните инфузии през централен достъп. За парентерално хранене се ползват готови парентерални формули с балансиран състав, вкл. и глутаминов дипептид за имунонутриция. Когато състоянието на болния налага лечебното хранене да се започне само с парентерални инфузии, след това максимално бързо трябва да се премине към ентерално хранене, при което най-подходящи за ползване са готови стандартизирани ентерални хранителни смеси.

Лечебното хранене (парентерално и ентерално) се провежда индивидуализирано, като дневният хранителен внос се съобразява със съвременните препоръки на Европейското дружество по парентерално и и ентерално хранене (ESPEN) за количествените и качествени съотношения на основните нутриенти и на допълнителните хранителни вещества при състояние на хронична малнутриция, с оглед съответните нарушения в хранителния статус.

Основни хранителни субстрати

Макронутри-енти	**Дневни нужди**	**% от дневните енергийни нужди**	**Вид и състав на лечебното хранене**	
			парентерално	ентерално
Белтъчини	0,6–1,5 г/кг максимум 2 г/кг	15 – 20	аминокиселини, дипептиди	протеин, полипептиди, олигопептиди, рядко свободни аминокиселини

Въглехидрати	3 – 5 г/кг	40 – 60	глюкоза	полизахариди, дизахариди, и рядко монозахариди
Мазнини	0,8–1,5 г/кг максимум1,8 г/кг	30 – 50	триглицериди (дълго ,средноверижни, структурирани)	триглицериди (късо-,средно-, дълговерижни)

Базални нужди от течности и електролити, витамини, олигоелементи:

Вода - 20 – 40 мл/кг

Натрий - 0,5 – 1,5 ммол/кг

Калий – 0,3 – 1,0 ммол/кг

Калций – 0,3 – 0,5 ммол/кг

Фосфор – 0,7 – 1,0 ммол/кг

Магнезий – 0,1 – 0,3 ммол/кг

При много от пациентите при парентерално хранене се налага добавка на електролитни смеси или разтвори за коригиране на изразени дефицити. При ентерално хранене с готови ентерални формули дневните потребности обикновено се покриват с количество от 1 500 мл.

С готови налични търговски препарати за парентерално хранене се осигуряват стандартни дневни нужди от витамини и микроелементи, като при съответни показания този внос може да се повиши. Готовите ентерални хранителни разтвори осигуряват стандартните дневни нужди от микронутриенти. Вносът на последните също подлежи на корекция, ако са налице съответни индикации.

Водните нужди се повишават при фебрилитет (с 12,5% за всеки градус), изпотяване (с 10-25%), хипервентилация (с 10-60%), при загуба на течности през сонда, дренажи, диуреза. Установеният воден дефицит следва да се коригира.

Енергийните нужди при пациенти със задоволителна физическа активност са 25 – 30 ккал/кг и при имобилизирани пациенти - 20-25 ккал/кг. При пациенти с екстремна кахексия (ИТМ под 16 кг/м2) и след продължително гладуване, е необходим постепенен хранителен внос с 50% от изчислените нужди. При хиперенергийно хранене и повишени енергийни нужди хранителнят внос се повишава до 40 – 50 ккал/кг телесна маса.

По време на болничното лечебно хранене – ентерално и парентерално , както и при дехоспитализация, се прави етапна оценка на хранителния статус и тежестта на заболяването съобразени с европейските стандарти на ESPEN, при което се определя по-нататъшното терапевтично поведение, риск и прогноза на пациента.

2.2 ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ УСЛОЖНЕНО БОЛЕСТНО ЗАТЛЪСТЯВАНЕ

Лечението е комплексно и се осъществява в болнични условия при: високостепенно затлъстяване, в съчетание с изразен кардиоваскуларен риск, метаболитни нарушения, стерилитет, необходимост от срочна телесна редукция и при рефрактерни на амбулаторно лечение болни. Терапевтичната близка цел е редукция на наднормената телесна маса с 5 до 10% и намаляване на степента на сърдечно-съдовия и метаболитен риск.

Лечебната програма включва:

Базисната терапия е диетолечение с умерен балансиран нискоенергиен диетичен режим при среднодневна енергийност от 1400 ккал, мазнини до 30 енергийни %, въглехидрати, представени предимно от полизахариди до 55 енергийни % и белтъчини до 15 енергийни %, намалено съдържание на сол, увеличен внос на баластни вещества до 40 г на 1000 ккал и течности (минерална вода, билков чай, плодово-зеленчуков сок) 1,5 л и не помалко от 1 л. При индивидуална преценка и недостатъчна телесна редукция може да се приложи многонискоенергиен балансиран диетичен режим от 600 до 800 ккал дневно за период от 7 до 10-14 дни, при който е необходим сърдечно-съдов и метаболитен контрол и активно клинично наблюдение, както и витаминна и минерална добавка. Този диетичен режим следва да се прекрати при поява на нежелани странични ефекти, кетоацидоза, ритъмни или проводни нарушения на сърдечната дейност, хипертонична реакция и нисък комплайънс от страна на пациента.

Индивидуализирана физиотерапия, (активна и пасивна) лечебна физкултура и рехабилитационна програма за осъществяване на телесна редукция, повишена физическа активност и енергоразход. По време на провежданата физиотерапия е необходим чест клинико-лабораторен и сърдечно-съдов контрол, особено при ексцесивно затлъстяване, намален физически капацитет и нетренирани пациенти.

Медикаментозно лечение – като антиобезни средства се прилагат централно действащи апетитопотискащи медикаменти при съответни индикации и клинично наблюдение. При наличие на

артериална хипертония са подходящи АСЕ-инхибитори, диуретици, калциеви антагонисти, при дислипопротеинемия – статини и/или фибрати, при ИБС – АСЕ-инхибитори, нитрати, калциеви антагонисти, антиагреганти, при нарушен глюкозен толеранс, хиперинсулинемия и диабет тип 2 – метформин, акарбоза, СУП, при хиперурицемия и подагра – хипоурицемични медикаменти (при серумна пикочна киселина над 500 мкмол/л) - урикоинхибитор, урикоелиминатор, при ставно-болков синдром – аналгетици, нестероидни противовъзпалителни средства и др. При изразена сърдечносъдова и дихателна недостатъчност – интермитентно кислородолечение, бронходилататори, при индикации дихателни аналептици, муколитици, АСЕ-инхибитори, нитрати, диуретици, кардиотоници, при съответни индикации - противовъзпалителни и противоинфекциозни средства.

Промяна в хранителното поведение – провеждане на поведенческа терапия, индивидуално и групово обучение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя според анамнестичните данни, клиничната картина, биохимичните, инструментални, функционални и образни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- установена диагноза;
- назначена терапевтична схема и хигиенно-диетичния режим;
- стабилизиране на жизнените показатели на пациента;
- задоволително общо състояние.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Недохранване (малнутриция) има тогава, когато за известен период от време нуждите на организма от енергия и градивни материали не са били покривани от приеманата храна. По-старите класификации определят два вида недохранване:

• **тип Маразъм**, при който има недостиг на всички хранителни елементи (енергийни и белтъчни) в почти еднаква степен, и

• **тип Квашиоркор**, при който има недостиг на протеини.

Според съвременните схващания във всички случаи на недохранване има недостиг и на двата компонента – енергия и протеини, т. е. не може да съществува недостиг само на протеини или само на енергия. По тази причина е по-точно да се говори за протеинноенергийно недохранване (ПЕН) с преобладаване на единия от компонентите.

Причините за развитие на недохранване са много. Най-общо могат да се обединят в няколко групи:

- намален апетит;
- нарушено усвояване на храната – храносмилане или резорбция;
- големи загуби – рани, фистули на храносмилателния тракт, нарушени кожни повърхности и др;
- нарушени (забавени) анаболни процеси и синтез на протеини;
- засилен катаболизъм.

Когато говорим за протеинно-енергийно недохранване трябва задължително да правим разлика между обикновено гладуване и недохранването в условия на стрес.

Обикновено гладуване

Представлява частично или пълно прекратяване вноса на хранителни енергийни източници без да има някаква причина, която да повишава обичайните разходи на енергия и градивни елементи. Човешкият организъм е устроен да понася добре дълго гладуване, като използва своите резерви от мазнина и белтъци и в същото време пуска в ход механизми, които намаляват разхода на енергия и запазват телесните протеини.

МЕТАБОЛИТНИ ПРОМЕНИ ПРИ ПЪЛНО ГЛАДУВАНЕ

- *Засилено отделяне на Катехоламини (КА) и Глюкагон,намалено отделяне на Инсулин* през първите 48 – 72 часа – това води до засилена гликогенолиза и липолиза;
- *Разход на енергия* (енергиен разход в покой) – нараства до 48-ми час, след което започва да намалява и към 5-ти до 7-ми денспада под изходното ниво.
- *Доставка на Глюкоза*

Гликогенолиза през първите 24 часа (изчерпват се депата)

Глюконеогенеза (ГНГ) от аминокиселинни прекурсори. В началото ГНГ е много интензивна, като може да достигне до разграждането на 75 g белтъци (~300 g мускулна тъкан на ден). Около 5-тия ден настъпва адаптация на клетките в ЦНС към използване на кетони като основен източник на енергия, което води до намаляване на ГНГ с около 2/3.

От глицерол, получен при липолизата.

От Лактат – цикъл на Кори.

По-нататък следва постепенно донастройване на организма към използване на кетотелата като основен източник на енергия и допълнително намаляване на разходите. Същите процеси настъпват и при частично гладуване.

ОСНОВНИ ЖИЗНЕНИ СИСТЕМИ

Ментални функции

Нарушават се от недостиг на Thiamine (B1), B12, Ca, Mg,PO4. Проучванията на Keys, Brozek и др. върху здрави доброволци и на Hill при клинични пациенти категорично са доказали, че недохранването води до развитие на раздразнителност и депресия, които преминават при възстановяване на храненето.

Сърдечно-съдова и бъбречна функции

Тежкото недохранване и намаляването на телесното тегло водят до пропорционално намаляване обема на сърцето (размера), като ~40% от него се дължи на загубата на миокардна тъкан, а останалата част е за сметка на намален обем на сърдечните кухини. Загубата на миокардна маса води до намаляване на МОС, брадикардия и хипотензия. Получава се периферна циркулаторна недостатъчност, която може да причини намаляване на бъбречния кръвоток и гломерулната филтрация. Недостигът на вит. B6 задълбочава сърдечната недостатъчност, а електролитните нарушения са предпоставка за развитието на ритъмни нарушения.

Дихателна система

Намаляването на мускулната маса с ~20% нарушава структурата и работата на дихателната мускулатура (междуребрена и диафрагма). Състоянието на тежко недохранване отслабва дихателния отговор към хипоксия и хиперкапния.

Настъпват дегенеративни промени и в белодробните тъкани. Всичко това в съчетание с намаления имунитет и нарушената дренажна функция на ресничестия епител повишава силно риска от застойни пневмонии. При пациентите на ИБВ отвикването от апарат е много затруднено.

Храносмилателна система

Присъствието на храна в чревния лумен стимулира растежа и подмяната на ентероцитите и колоноцитите. При дълго гладуване и ТПХ клетките на чревната лигавица атрофират, намалява размера на чревните вили и дълбочината на криптите. Това влошава усвояването на липиди, дизахариди и глюкоза. Намалената стомашна, панкреатична и жлъчна секреция, както и промените в чревната флора, задълбочават допълнително малабсорбцията. Всички тези промени нарушават бариерната функция на чревната лигавица и създават условия за преминаване на бактерии и токсини към кръвта. Това се получава в много по-голяма степен при пациентите в критични състояния. Бактериалната транслокация е основен фактор при развитието и поддържането на системното възпаление.

Терморегулация

Тежкото недохранване и загубата на тегло нарушават адаптацията към ниски температури, като отслабват термогенезата и периферната вазоконстрикция. Това води до много по-лесно настъпване на хипотермия при пациенти с недохранване.

Имунна система

Потиска се клетъчния имунитет и намалява възможностите за съпротива срещу инфекции. Намалява общия брой на лимфоцитите, най-вече за сметка на Т клетъчната линия. Развива се и атрофия на тимуса. Нарушенията в системата на комплемента водят до отслабване на фагоцитозата, хемотаксиса и директната

бактериална клетъчна деструкция. Зарастването на раните е много забавено.

Стратегия на хранителната поддръжка

• Пациентите с ПЕН, на които предстои планова хирургия се нуждаят от хранителна поддръжка в продължение на 2 – 3 седмици. Проведеното клинично дохранване ще помогне за възстановяване на дефицита от витамини, минерали и в малка степен за увеличаване на теглото. Това обаче е достатъчно за подобряване функциите на организма и намаляване риска от усложнения.

• Пациентите с ПЕН, които са претърпели спешна хирургия, трябва да получат хранителна поддръжка възможно най-бързо в следоперативния период.

• Пациентите с ПЕН в критично състояние трябва задължително да получават хранителна поддръжка наред с лечението на основния проблем.

• Пациентите без ПЕН, при които се очаква да не могат да приемат храна за повече от 7 дни поради заболявания или в следоперативния период, трябва също да получат хранителна поддръжка.

• Пациенти, които претърпяват многократни операции трябва да получават непрекъсната хранителна поддръжка.

• На пациентите с ПЕН, на които се налагат многократни спешни операции заради неразрешени коремни инфекции, фистули и др. трябва да бъде осигурен период на захранване, съчетан с по-висока физическа активност. По този начин в продължение на няколко месеца се натрупва мускулна маса и се подобрява хранителното състояние. Това е важно условие за успеха на окончателната операция.

• Ако оперативната намеса не може да се отложи, нейният размер и радикалност трябва да бъдат съобразени с възможностите на организма да понесе метаболитното натоварване, предизвикано от оперативната травма.

Затлъстяването представлява състояние на прекомерно натрупване на мастна тъкан в организма. В зависимост от степента на това натрупване, състоянието се класифицира като наднормено тегло, или като затлъстяване, представляващи различни степени на здравен риск. За целите на практиката, оценката на телесното тегло, се прави най-често посредством индекса на телесната маса – ИТМ (наричан също индекс на Quetelet). Същият се изчислява по формулата:

$$\text{ИТМ} = \frac{\text{Телесно тегло (kg)}}{(\text{Ръст в m})2} = (\text{kg/m2})$$

Класификация	**ИТМ (kg/m2)**	**Риск от съпътстващи заболявани**
Поднормено тегло	<18.5	Нисък (съществува увеличен риск от друг клинични проблеми)
Нормално тегло	18.5 – 24.9	Нисък
Наднормено тегло	25.0 – 29.9	Увеличен
Затлъстяване I степен	30.0 – 34.9	Умерено висок
Затлъстяване II степен	35.0 – 39.9	Висок
Затлъстяване III степен	0.0	Много висок

Затлъстяването е резултат от нарушено равновесие между енергийния внос чрез храната и енергоразхода на индивида. Честа причина за това състояние е свръх-храненето, т.е. прием на повече от необходимата за основната обмяна и за двигателната активност енергия.

Свръхконсумацията на енергийна храна може да се дължи на психологически, наследствени и хормонални фактори. Известен е фактът, че индивиди с наследствена обремененост са предразположени в по-висока степен към затлъстяване. Дори лекото повишаване на телесното тегло

увеличава заболеваемостта и смъртността от метаболитни (свързани с обмяната на веществата) нарушения.

Затлъстяването е на второ място след тютюнопушенето като причина за преждевременна смърт. Доказана е връзката между затлъстяването и ред заболявания: сърдечно-съдови, неинсулин зависим захарен диабет (тип 2), злокачествени заболявания (рак), респираторни (дихателни) проблеми, скелетно-мускулни болести, психосоциални проблеми.

В България, процентът на жените със затлъстяване е приблизително 35%, на мъжете – 25%, на децата и юношите – 10-12%. Високо степенното затлъстяване е два пъти по-често сред жените, в сравнение с мъжете.

Най-добрият подход в лечението на затлъстяването, е комплексният, т.е. този, който повлиява и двете страни на енергийното равновесие – понижаване приема и увеличаване разхода на енергия. Така комплексните програми за профилактика и лечение на този здравен проблем включват промяна в начина на живот с няколко основни елементи:

Диетични режими – рестриктивно-енергийните диетични режими са в основата на повечето програми за лечение на затлъстяването.

Двигателна активност – предотвратява адаптивното понижаване на основната обмяна, в отговор на ограничения енергиен прием.

Промяна в хранителните навици – правилен режим на хранене; избягване на пикантните подправки и солта; достатъчно питейна вода и течности; ниска консумация на мазнини, алкохол и прости захари; маломерни порции.

Метаболитни заболявания: пациентите постъпват в клиниката за лечение, когато са в декомпенсирано състояние. Целта е възстановяване на жизнените показатели, преодоляване на коматозното състояние, изчистване на организма от натрупания токсичен субстрат и стабилизиране на обменните процеси. Разясняване на пациентите за допуснатите пропуски в диетичното и медикаментозното лечение с цел предотвратяване на по-нататъшни метаболитни кризи.

КП № 83.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ЛИЦА С МЕТАБОЛИТНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

ПРИ ДЕЦА

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

E41 Алиментарен маразъм
Тежко разстройство на храненето с маразъм
Не включва: квашиоркор при маразъм (E42)

E43 Тежко белтъчно-калорийно недохранване, неуточнено
Оток от гладуване

Затлъстяване
Не включва: адипозогенитална дистрофия (E23.6)
липоматоза:
- БДУ (E88.2)
- болезнена [болест на Dercum] (E88.2)

синдром на Prader-Willi (Q87.1)

Други анемии, свързани с храненето
Включва: мегалобластна анемия, неподдаваща се на лечение с витамин B12 или фолати

D53.0 Анемия, причинена от белтъчен недоимък
Анемия от недоимък на аминокиселини
Оротацидурейна анемия

Не включва: Синдром на Lesch-Nyhan (E79.1)

E66.2 Екстремно затлъстяване с алвеоларна хиповентилация
Синдром на Pickwick

E66.8 Други форми на затлъстяване
Болестно затлъстяване
Метаболитен синдром

Разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

E70.0 Класическа фенилкетонурия

E70.1 Други видове хиперфенилаланинемии

E70.2 Разстройства на обмяната на тирозина
Алкаптонурия
Хипертирозинемия
Охроноза
Тирозинемия
Тирозиноза

E70.3 Албинизъм
Албинизъм:
- очен

• очно-кожен
Синдром на:
• Chediak(-Steinbrinck)-Higashi
• Cross
• Hermansky-Pudlak

E70.8 Други разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини
Разстройства на:
• обмяната на хистидина
• обмяната на триптофана

<u>Разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига и на мастните киселини</u>

E71.0 Болест на "урина като кленов сироп"

E71.1 Други разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига
Хиперлевцин-изолевцинемия
Хипервалинемия
Изовалерианова ацидемия
Метилмалонова ацидемия
Пропионова ацидемия

E71.2 Разстройство на обмяната на аминокиселините с разклонена верига, неуточнено

E71.3 Разстройство на обмяната на мастните киселини
Адренолевкодистрофия [Addison-Schilder]
Дефицит на мускулната карнитин-палмитилтрансфераза
Митохондриални и пероксизомни болести
Не включва: болест на Refsum (G60.1)
болест на Schilder (G37.0)
синдром на Zellweger (Q87.8)

<u>Други разстройства на обмяната на аминокиселините</u>
Не включва: отклонения от нормата без изявено заболяване (R70—R89)
разстройства на:
• обмяната на ароматните аминиокиселини (E70.—)
• обмяната на аминокиселините с разклонена верига (E71.0—E71.2)
• обмяната на мастните киселини (E71.3)
• обмяната на пурина и пиримидина (E79.—)
подагра (M10.—)

E72.0 Разстройства на транспортирането на аминокиселини
Цистиноза
Цистинурия
Синдром на Fanconi(-de Toni)(-Debre)
Болест на Hartnup
Синдром на Lowe
Не включва: разстройства на обмяната на триптофана (E70.8)

E72.1 Разстройства на обмяната на сяра-съдържащите аминокиселини
Цистатионинурия
Хомоцистинурия
Метионинемия
Дефицит на сулфитоксидаза
Не включва: дефицит на транскобаламин II (D51.2)

E72.2 Разстройства в метаболитния цикъл на уреята
Аргининемия
Аргининосукцинова ацидурия
Цитролинемия
Хиперамониемия
Не включва: разстройства на обмяната на орнитина (E72.4)

E72.3 Разстройства на обмяната на лизина и хидроксилизина
Глутарова ацидурия
Хидроксилизинемия
Хиперлизинемия

E72.4 Разстройства на обмяната на орнитина
Орнитинемия (тип I, II)

E72.5 Разстройства на обмяната на глицина
Хиперхидроксипролинемия
Хиперпролинемия (тип I, II)
Некетонова хиперглицинемия
Саркозинемия

E72.8 Други уточнени разстройства на обмяната на аминокиселините
Разстройства:
- на обмяната на β-аминокиселините
- в γ-глутамиловия цикъл

Непоносимост към лактоза

E73.0 Вроден недоимък на лактаза

E73.1 Вторичен недоимък на лактаза

E73.8 Други видове непоносимост към лактоза

Други разстройства на обмяната на въглехидратите
Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

E74.0 Болест на натрупването на гликоген
Сърдечна гликогеноза
Болест на:
- Andersen
- Cori
- Forbes
- Hers
- McArdle
- Pompe
- Tauri
- Von Gierke

Недоимък на чернодробна фосфорилаза

E74.1 Разстройства на обмяната на фруктозата
Есенциална фруктозурия
Недоимък на фруктозо-1,6-дифосфатаза
Наследствена непоносимост към фруктоза

E74.2 Разстройства на обмяната на галактозата
Недоимък на галактокиназа
Галактоземия

E74.4 Разстройства на обмяната на пирувата и глюконеогенезата
Недоимък на:
- фосфоенолпируват карбоксикиназа
- пируват:
  - карбоксилаза
  - дехидрогеназа

Не включва: с анемия (D55.—)

E74.8 Други уточнени разстройства на обмяната на въглехидратите
Есенциална пентозурия
Оксалоза
Оксалурия
Ренална глюкозурия

Разстройства на обмяната на с финголипидите и други нарушения на натрупване на липидите

E75.0 Ганглиозидоза GM2
Болест на:
- Sandhoff
- Tay-Sachs
- GM2 ганглиозидоза:
- БДУ
- при възрастни
- ювенилна

E75.1 Други ганглиозидози
Ганглиозидоза:
- БДУ
- GM 1
- GM 3

Муколипидоза IV

E75.2 Други сфинголипидози
Болест на:
- Fabry(-Anderson)
- Gaucher
- Krabbe
- Niemann-Pick

Синдром на Farber
Метахроматична левкодистрофия
Недоимък на сулфатаза
Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

E75.3 Сфинголипидоза, неуточнена

E75.4 Липофусциноза на невроните
Болест на:
- Batten
- Bielschowsky-Jansky
- Kufs
- Spielmeyer-Vogt

E75.5 Други разстройства на натрупването на липиди
Церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein]
Болест на Wolman

Разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

E76.0 Мукополизахаридоза, тип I
Синдроми на:
- Hurler
- Hurler-Scheie
- Scheie

E76.1 Мукополизахаридоза, тип II
Синдром на Hunter

E76.2 Други мукополизахаридози

Недоимък на β-глюкуронидаза
Мукополизахаридоза, типове III, IV, VI, VII
Синдром на:
- Maroteaux-Lamy (лек)(тежък)
- Morquio(-подобен)(класически)
- Sanfilippo (тип B)(тип C)(тип D)

E76.8 Други разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

Разстройства на обмяната на глюкопротеините

E77.0 Дефекти в посттранслационната модификация на лизозомните ензими
Муколипидоза II [I-клетъчна болест]
Муколипидоза III [псевдо- Hurler полидистрофия]

E77.1 Дефекти в разграждането на глюкопротеините
Аспартилглюкозаминурия
Фукозидоза
Маннозидоза
Сиалидоза [муколипидоза I]

E77.8 Други разстройства на обмяната на глюкопротеините

Разстройства на обмяната на липопротеините и други липидемии
Не включва: сфинголипидози (E75.0—E75.3)

E78.0 Чиста хиперхолестеролемия
Фамилна хиперхолестеролемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIa
Хипербеталипопротеинемия
Хиперлипидемия, група A
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с ниска плътност [LDL]

E78.1 Чиста хиперглицеридемия
Ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IV
Хиперлипидемия, група B
Хиперпребеталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с много ниска плътност [VLDL]

E78.2 Смесена хиперлипидемия
Обширна или плаваща беталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIb или III
Хипербеталипопротеинемия с пребеталипопротеинемия
Хиперхолестеролемия с ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипидемия, група C
Туберо-еруптивна ксантома
Xanthoma tuberosum
Не включва: церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein] (E75.5)

E78.3 Хиперхиломикронемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип I или V
Хиперлипидемия, група D
Смесена хиперглицеридемия

E78.4 Други хиперлипидемии

E78.6 Недоимък на липопротеини
Абеталипопротеинемия
Недоимък на липопротеини с висока плътност
Хипоалфалипопротеинемия
Хипобеталипопротеинемия (фамилна)
Недоимък на лецитин-холестерол-ацилтрансфераза

Танжерска болест

E78.8 Други разстройства на обмяната на липопротеините

E79.1 Синдром на Lesch-Nyhan

E79.8 Други разстройства на обмяната на пурина и пиримидина
Наследствена ксантинурия

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия
Вродена еритропоетична порфирия
Еритропоетична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда

E80.2 Други порфирии
Наследствена копропорфирия
Порфирия:
- БДУ
- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта
Болест на Menkes (болест на къдравите коси) (болест на стоманените коси)
Болест на Wilson

E83.2 Разстройства на обмяната на цинка
Ентеропатен акродерматит

E83.4 Разстройства на обмяната на магнезия
Хипермагнеземия
Хипомагнеземия

Други разстройства във водно-електролитния и алкално-киселинния баланс

E87.0 Хиперосмоларитет хипернатриемия
Излишък на натрий [Na]
Претоварване с натрий [Na

E87.8 Други разстройства във водно-солевото равновесие, некласифицирани другад
Разстройство на електролитния баланс БДУ
Хиперхлоремия
Хипохлоремия

Други разстройства на обмяната на веществата

Не включва: хистиоцитоза X (хронична) (D76.0)

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало разстройство на обмяната на веществата, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E88.1 Липодистрофия, некласифицирана другаде
Липодистрофия БДУ
Не включва: болест на Whipple (K90.8)

E88.2 **Липоматоза, некласифицирана другаде**
Липоматоза:
- БДУ
- болезнена [Dercum]

E88.8 **Други уточнени разстройства на обмяната на веществата**
Аденолипоматоза на Launois-Bensaude
Триметиламинурия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

57715-00 Рентгенография на таз
Радиография на тазов вход
Не включва: радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

1940 Ултразвук на глава и шия

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
  - с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 5729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове
Включва: дуплекс ултразвук на:
- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инферио

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

1932 Изследвания на урината

Включва някои от следните:
91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
91920-03 Изследване за албумин в урината. Микроалбуминурия
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-13 Изследване за амилаза в урината
91920-14 Изследване за белтък в урината
9192016 Изследване за билирубин в урината
91226-03 Изследване за свободен кортизол в урина за органични киселини

1863 други неоперативни измервания и изследвания

12533-00 Въглеродно маркирана урея дихателен тест
Включва: измерване на издишан 13CO2 или 14CO2
с използване на перорален 13C или 14C урея

92207-00 Изследване на основна обмяна

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателната функция-спирометрия

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва някои от следните:

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
или
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
и
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
и
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
и
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
и
91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол
и
91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди
и
91910-22 Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол
и
91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
или
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
и
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
и
91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди
или
13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

и
91225-00 Изследване на Инсулин (IRI)
и
91225-02 Изследване на кортизолов ритъм

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Консултация или обучение свързани с лична грижа и други ежедневни дейности/независим живот

96067-00 Хранителни/диетични консултации или образование

Не включва: превантивна консултация или обучение (96066-00 [1867])

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) •
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:

- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на:

- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт

Трансфузия на:

- кръвни заместители
- гранулоцити

96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които задължително една посочена в блок 1923 и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Само за диагноза с код **E66.8** се допуска прилагане и отчитане на две основни диагностични и една основна терапевтична процедура.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската "Детска ендокринология", осъществявана на трето ниво на компетентност съгласно медицински стандарт "Педиатрия", в обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска ендокринология или Клиника/отделение по педиатрия III ниво на компетентност
2. Клинична лаборатория II или III ниво, вкл. извършване на хормонални изследвания
3. Структура по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
4. Ехографски апарат с възможност за изследване на щитовидната жлеза

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ендокринология и болести на обмяната.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по имунология
2. КТ/МРТ
3. Лаборатория/отделение по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност детска ендокринология и болести на обмяната – притежаващ квалификация по ехография на щитовидна жлеза или
- отделение/клиника по педиатрия III ниво - четирима лекари с призната специалност по педиатрия и наличие в лечебното заведение на специалист по ендокринология или детска ендокринология с квалификация за ехография на щитовидна жлеза; - лекар със специалност клинична лаборатория.
- лекар със специалност по образна диагностика

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Спешно лечение на лица с диагностицирани метаболитни нарушения и в състояние на:
1.1. метаболитна криза;
1.2. коматозно състояние;
1.3. гърчов синдром;

2. Диагностично уточняване, лечение и определяне на последващо терапевтично поведение при:

- Хипоалбуминемия(серумен албумин под 35 г/л) при малнутриция.
- Тежък анемичен синдром при малнутриция.
- Хипокалиемия при малнутриция.
- Тежка малнутриция:
  - тегло 30% под съответното за ръста.
- пациенти до 18 години със затлъстяване и свръхтегло с индекс на телесна маса (BMI) над 95 персентил или под 19, усложнено със сърдечно-съдови, дихателни и/или метаболитно - ендокринни нарушения
- пациенти с хронична малнутриция - следоперативна при стриктура на хранопровода, гастро-, ентеро- и колостома, състояния на стомашна или чревна резекция; вродени или придобити аномалии на храносмилателната система (индекс на телесна маса - BMI под 19 кг/м2, загуба на тегло над 5 % в последните 1 - 3 месеца, намаляване на хранителния прием с 25 % и повече от този на предшестващата седмица, общ серумен белтък под 60 г/л, серумен албумин под 35 г/л)
- пациенти с наследствени метаболитни заболявания за корекция на терапията и лечение на възникнали усложнения

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 48 час от началото на хоспитализацията. КТ и МРТ – до 3 ден от постъпването. Радиоизотопни изследвания, двойна едноенергийна рентгенова абсорбциометрия или рентгеново денситометрия се извършват до 3 ден от постъпването. Образни изследвания, ехография и/или биопсия на паращитовидна жлеза – до 72 часа от постъпването. Контролни клинико – лабораторни и образни изследвания се провеждат до края на болничния престой.

2.1 ЛЕЧЕНИЕ НА МАЛНУТРИЦИЯ

Лечението на първичните форми на белтъчно-енергийната малнутриция (БЕМ) е диетично, а на вторичните едновременно се провежда лечение на основното заболяване след неговото уточняване.

В началото на лечението е показано частично парентерално хранене, биопродукти (цялостна кръв, плазма, хуман-албумин).

Диетолечението се провежда в два етапа:

Първи етап – определяне на толеранса към храна. Започва се с минимално количество – около 50% от нормата за възрастта и след стабилизиране на тегловната крива количеството храна постепенно се увеличава. Единствената храна е мляко – кърма, хидролизирано, соево или нисколактозно.

Втори етап - усилено белтъчно хранене. Постепенно се увеличава вноса на енергия и белтъци. Обемът на храната се увеличава постепенно до препоръчания за възрастта, а белтъците до 2,5 – 3,5 г/кг тегло/24ч. Едва след това се въвеждат останалите храни, подходящи за възрастта. При необходимост за постигане на оптимален енергиен внос е допустимо подслаждане на храните с 3% повече от препоръчаното (за кърмачета и малки деца).

При по-големи деца могат да се използват готови стандартизирани ентерални хранителни смеси.

Допълнително се внасят микрогранулирани панкреасни препарати, поливитамини, микроелементи, железни препарати.

2.2 ТЕРАПЕВТИЧЕН ПОДХОД ПРИ УСЛОЖНЕНО БОЛЕСТНО ЗАТЛЪСТЯВАНЕ

Лечение на затлъстяване с хиперинсулинизъм

1. Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен режим.
2. Определяне на индивидуален план за ЛФК.
3. Медикаментозно лечение с метформин – при индикации.

Лечение на затлъстяване с нарушен глюкозен толеранс

1. Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен план.
2. Определяне на индивидуален план за ЛФК.
3. Медикаментозно лечение с метформин – при индикации.

Лечение на затлъстяване с артериална хипертония

1. Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен режим с редукция на натриевия хлорид.
2. Определяне на индивидуален план за ЛФК.
3. Медикаментозно лечение с антихипертензивни средства.

Лечение на затлъстяване с хиперлипидемия

1. Съставяне на индивидуален хипокалориен диетичен режим.
2. Определяне на индивидуален план за ЛФК.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя според анамнестичните данни, клиничната картина, биохимичните, инструментални, функционални и образни изследвания.

7.ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- уточнена диагноза;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Недохранване (малнутриция) има тогава, когато за известен период от време нуждите на организма от енергия и градивни материали не са били покривани от приеманата храна. По-старите класификации определят два вида недохранване:

• **тип Маразъм**, при който има недостиг на всички хранителни елементи (енергийни и белтъчни) в почти еднаква степен, и

• **тип Квашиоркор**, при който има недостиг на протеини.

Според съвременните схващания във всички случаи на недохранване има недостиг и на двата компонента – енергия и протеини, т. е. не може да съществува недостиг само на протеини или само на енергия. По тази причина е по-точно да се говори за протеинноенергийно недохранване (ПЕН) с преобладаване на единия от компонентите. Причините за развитие на недохранване са много. Най-общо могат да се обединят в няколко групи:

• намален апетит;

• нарушено усвояване на храната – храносмилане или резорбция;

• големи загуби – рани, фистули на храносмилателния тракт, нарушени кожни повърхности и др.;

• нарушени (забавени) анаболни процеси и синтез на протеини;

• засилен катаболизъм.

Когато говорим за протеинно-енергийно недохранване трябва задължително да правим разлика между обикновено гладуване и недохранването в условия на стрес.

Обикновено гладуване

Представлява частично или пълно прекратяване вноса на хранителни енергийни източници без да има някаква причина, която да повишава обичайните разходи на енергия и градивни елементи. Човешкият организъм е устроен да понася добре дълго гладуване, като използва своите резерви от мазнина и белтъци и в същото време пуска в ход механизми, които намаляват разхода на енергия и запазват телесните протеини.

МЕТАБОЛИТНИ ПРОМЕНИ ПРИ ПЪЛНО ГЛАДУВАНЕ

• *Засилено отделяне на Катехоламини (**КА**) и Глюкагон, намалено отделяне на Инсулин* през първите 48 – 72 часа – това води до засилена гликогенолиза и липолиза;

• *Разход на енергия* (енергиен разход в покой) – нараства до 48-ми час, след което започва да намалява и към 5-ти до 7-ми денспада под изходното ниво.

• *Доставка на Глюкоза*

Гликогенолиза през първите 24 часа (изчерпват се депата)

Глюконеогенеза (**ГНГ**) от аминокиселинни прекурсори. В началото ГНГ е много интензивна, като може да достигне до разграждането на 75 g белтъци (~300 g мускулна тъкан на ден). Около 5-тия ден настъпва адаптация на клетките в ЦНС към използване на кетони като основен източник на енергия, което води до намаляване на ГНГ с около 2/3.

От глицерол, получен при липолизата.

От Лактат – цикъл на Кори.

По-нататък следва постепенно донастройване на организма към използване на кетотелата като основен източник на енергия и допълнително намаляване на разходите. Същите процеси настъпват и при частично гладуване.

ОСНОВНИ ЖИЗНЕНИ СИСТЕМИ

Ментални функции

Нарушават се от недостиг на Thiamine (B1), B12, Ca, Mg,PO4. Проучванията на Keys, Brozek и др. върху здрави доброволци и на Hill при клинични пациенти категорично са доказали, че недохранването води до развитие на раздразнителност и депресия, които преминават при възстановяване на храненето.

Сърдечно-съдова и бъбречна функции

Тежкото недохранване и намаляването на телесното тегло водят до пропорционално намаляване обема на сърцето (размера), като ~40% от него се дължи на загубата на миокардна тъкан, а останалата част е за сметка на намален обем на сърдечните кухини. Загубата на миокардна маса води до намаляване на МОС, брадикардия и хипотензия. Получава се периферна циркулаторна недостатъчност, която може да причини намаляване на бъбречния кръвоток и гломерулната филтрация. Недостигът на вит. B6 задълбочава сърдечната недостатъчност, а електролитните нарушения са предпоставка за развитието на ритъмни нарушения.

Дихателна система

Намаляването на мускулната маса с ~20% нарушава структурата и работата на дихателната мускулатура (междуребрена и диафрагма). Състоянието на тежко недохранване отслабва дихателния отговор към хипоксия и хиперкапния.

Настъпват дегенеративни промени и в белодробните тъкани. Всичко това в съчетание с намаления имунитет и нарушената дренажна функция на ресничестия епител повишава силно риска от застойни пневмонии. При пациентите на ИБВ отвикването от апарат е много затруднено.

Храносмилателна система

Присъствието на храна в чревния лумен стимулира растежа и подмяната на ентероцитите и колоноцитите. При дълго гладуване и ТПХ клетките на чревната лигавица атрофират, намалява размера на чревните вили и дълбочината на криптите. Това влошава усвояването на липиди, дизахариди и глюкоза. Намалената стомашна, панкреатична и жлъчна секреция, както и промените в чревната флора, задълбочават допълнително малабсорбцията. Всички тези промени нарушават бариерната функция на чревната лигавица и създават условия за преминаване на бактерии и токсини към кръвта. Това се получава в много по-голяма степен при пациентите в критични състояния. Бактериалната транслокация е основен фактор при развитието и поддържането на системното възпаление.

Терморегулация

Тежкото недохранване и загубата на тегло нарушават адаптацията към ниски температури, като отслабват термогенезата и периферната вазоконстрикция. Това води до много по-лесно настъпване на хипотермия при пациенти с недохранване.

Имунна система

Потиска се клетъчния имунитет и намалява възможностите за съпротива срещу инфекции. Намалява общия брой на лимфоцитите, най-вече за сметка на Т клетъчната линия. Развива се и атрофия на тимуса. Нарушенията в системата на комплемента водят до отслабване на фагоцитозата, хемотаксиса и директната

бактериална клетъчна деструкция. Зарастването на раните е много забавено.

Стратегия на хранителната поддръжка

• Пациентите с ПЕН, на които предстои планова хирургия се нуждаят от хранителна поддръжка в продължение на 2 – 3 седмици. Проведеното клинично дохранване ще помогне за възстановяване на дефицита от витамини, минерали и в малка степен за увеличаване на теглото. Това обаче е достатъчно за подобряване функциите на организма и намаляване риска от усложнения.

• Пациентите с ПЕН, които са претърпели спешна хирургия, трябва да получат хранителна поддръжка възможно най-бързо в следоперативния период.

• Пациентите с ПЕН в критично състояние трябва задължително да получават хранителна поддръжка наред с лечението на основния проблем.

• Пациентите без ПЕН, при които се очаква да не могат да приемат храна за повече от 7 дни поради заболявания или в следоперативния период, трябва също да получат хранителна поддръжка.

• Пациенти, които претърпяват многократни операции трябва да получават непрекъсната хранителна поддръжка.

• На пациентите с ПЕН, на които се налагат многократни спешни операции заради неразрешени коремни инфекции, фистули и др. трябва да бъде осигурен период на захранване, съчетан с по-висока физическа активност. По този начин в продължение на няколко месеца се натрупва мускулна маса и се подобрява хранителното

състояние. Това е важно условие за успеха на окончателната операция.

• Ако оперативната намеса не може да се отложи, нейният размер и радикалност трябва да бъдат съобразени с възможностите на организма да понесе метаболитното натоварване, предизвикано от оперативната травма.

Затлъстяването представлява състояние на прекомерно натрупване на мастна тъкан в организма. В зависимост от степента на това натрупване, състоянието се класифицира като наднормено тегло, или като затлъстяване, представляващи различни степени на здравен риск. За целите на практиката, оценката на телесното тегло, се прави най-често посредством индекса на телесната маса – ИТМ (наричан също индекс на Quetelet). Същият се изчислява по формулата:

$$\text{ИТМ} = \frac{\text{Телесно тегло (kg)}}{(\text{Ръст в m})2} = (\text{kg/m2})$$

Класификация	**ИТМ (kg/m2) Риск от съпътстващи заболявания**
Поднормено тегло	<18.5 Нисък (съществува увеличен риск от други клинични проблеми)
Нормално тегло	18.5 – 24.9 Нисък
Наднормено тегло	25.0 – 29.9 Увеличен
Затлъстяване I степен	30.0 – 34.9 Умерено висок
Затлъстяване II степен	35.0 – 39.9 Висок
Затлъстяване III степен	40.0 Много висок

Затлъстяването е резултат от нарушено равновесие между енергийния внос чрез храната и енергоразхода на индивида. Честа причина за това състояние е свръххраненето, т.е. прием на повече от необходимата за основната обмяна и за двигателната активност енергия.

Свръхконсумацията на енергийна храна може да се дължи на психологически, наследствени и хормонални фактори. Известен е фактът, че индивиди с наследствена обремененост са предразположени в по-висока степен към затлъстяване. Дори лекото повишаване на телесното тегло увеличава заболеваемостта и смъртността от метаболитни (свързани с обмяната на веществата) нарушения.

Затлъстяването е на второ място след тютюнопушенето като причина за преждевременна смърт. Доказана е връзката между затлъстяването и ред заболявания: сърдечно-съдови, неинсулин зависим захарен диабет (тип 2), злокачествени заболявания (рак), респираторни (дихателни) проблеми, скелетно-мускулни болести, психосоциални проблеми.

В България, процентът на жените със затлъстяване е приблизително 35%, на мъжете – 25%, на децата и юношите – 10-12%. Високо степенното затлъстяване е два пъти по-често сред жените, в сравнение с мъжете.

Най-добрият подход в лечението на затлъстяването, е комплексният, т.е. този, който повлиява и двете страни на енергийното равновесие – понижаване приема и увеличаване разхода на енергия. Така комплексните програми за профилактика и лечение на този здравен проблем включват промяна в начина на живот с няколко основни елементи:

Диетични режими – рестриктивно-енергийните диетични режими са в основата на повечето програми за лечение на затлъстяването.

Двигателна активност – предотвратява адаптивното понижаване на основната обмяна, в отговор на ограничения енергиен прием.

Промяна в хранителните навици – правилен режим на хранене; избягване на пикантните подправки и солта; достатъчно питейна вода и течности; ниска консумация на мазнини, алкохол и прости захари; маломерни порции.

ПРИ ДЕЦА ДО 28 ДЕН
2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Други анемии, свързани с храненето

Включва: мегалобластна анемия, неподдаваща се на лечение с витамин B12
фолати

D53.0 Анемия, причинена от белтъчен недоимък
Анемия от недоимък на аминокиселини
Оротацидурейна анемия
Не включва: Синдром на Lesch-Nyhan (E79.1)

Разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини

E70.0 Класическа фенилкетонурия

E70.1 Други видове хиперфенилаланинемии

E70.2 Разстройства на обмяната на тирозина
Алкаптонурия
Хипертирозинемия
Охроноза
Тирозинемия
Тирозиноза

E70.3 Албинизъм
Албинизъм:
- очен
- очно-кожен

Синдром на:
- Chediak(-Steinbrinck)-Higashi
- Cross
- Hermansky-Pudlak

E70.8 Други разстройства на обмяната на ароматните аминокиселини
Разстройства на:
- обмяната на хистидина
- обмяната на триптофана

Разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига и на мастните киселини

E71.0 Болест на "урина като кленов сироп"

E71.1 Други разстройства на обмяната на аминокиселините с разклонена верига
Хиперлевцин-изолевцинемия
Хипервалинемия
Изовалерианова ацидемия
Метилмалонова ацидемия
Пропионова ацидемия

E71.2 Разстройство на обмяната на аминокиселините с разклонена верига, неуточнено

E71.3 Разстройство на обмяната на мастните киселини
Адренолевкодистрофия [Addison-Schilder]
Дефицит на мускулната карнитин-палмитилтрансфераза
Митохондриални и пероксизомни болести
Не включва: болест на Refsum (G60.1)
болест на Schilder (G37.0)
синдром на Zellweger (Q87.8)

Други разстройства на обмяната на аминокиселините

Не включва: отклонения от нормата без изявено заболяване (R70—R89)
разстройства на:
- обмяната на ароматните аминиокиселини (E70.—)
- обмяната на аминокиселините с разклонена верига (E71.0—E71.2)
- обмяната на мастните киселини (E71.3)
- бмяната на пурина и пиримидина (E79.—)

подагра (M10.—)

E72.0 Разстройства на транспортирането на аминокиселини
Цистиноза
Цистинурия
Синдром на Fanconi(-de Toni)(-Debre)
Болест на Hartnup
Синдром на Lowe
Не включва: разстройства на обмяната на триптофана (E70.8)

E72.1 Разстройства на обмяната на сяра-съдържащите аминокиселини
Цистатионинурия
Хомоцистинурия
Метионинемия
Дефицит на сулфитоксидаза
Не включва: дефицит на транскобаламин II (D51.2)

E72.2 Разстройства в метаболитния цикъл на уреята
Аргининемия
Аргининосукцинова ацидурия
Цитролинемия
Хиперамониемия
Не включва: разстройства на обмяната на орнитина (E72.4)

E72.3 Разстройства на обмяната на лизина и хидроксилизина
Глутарова ацидурия
Хидроксилизинемия
Хиперлизинемия

E72.4 Разстройства на обмяната на орнитина
Орнитинемия (тип I, II)

E72.5 Разстройства на обмяната на глицина
Хиперхидроксипролинемия
Хиперпролинемия (тип I, II)
Некетонова хиперглицинемия
Саркозинемия

E72.8 Други уточнени разстройства на обмяната на аминокиселините
Разстройства:
- на обмяната на β-аминокиселините
- в γ-глутамиловия цикъл **Непоносимост към лактоза**

E73.0 Вроден недоимък на лактаза

E73.1 Вторичен недоимък на лактаза

E73.8 Други видове непоносимост към лактоза

Други разстройства на обмяната на въглехидратите

Не включва: повишена секреция на глюкагон (E16.3)
захарен диабет (E10—E14)
хипогликемия БДУ (E16.2)
мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)

E74.0 Болест на натрупването на гликоген
Сърдечна гликогеноза
Болест на:
- Andersen
- Cori
- Forbes
- Hers
- McArdle
- Pompe
- Tauri
- Von Gierke

Недоимък на чернодробна фосфорилаза

E74.1 Разстройства на обмяната на фруктозата
Есенциална фруктозурия
Недоимък на фруктозо-1,6-дифосфатаза
Наследствена непоносимост към фруктоза

E74.2 Разстройства на обмяната на галактозата
Недоимък на галактокиназа
Галактоземия

E74.4 Разстройства на обмяната на пирувата и глюконеогенезата
Недоимък на:
- фосфоенолпируват карбоксикиназа
- пируват:
  - карбоксилаза
  - дехидрогеназа

Не включва: с анемия (D55.—)

E74.8 Други уточнени разстройства на обмяната на въглехидратите
Есенциална пентозурия
Оксалоза
Оксалурия
Ренална глюкозурия

Разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на липидите

E75.0 Ганглиозидоза GM2
Болест на:
- Sandhoff
- Tay-Sachs
- GM2 ганглиозидоза:
- БДУ
- при възрастни
- ювенилна

E75.1 Други ганглиозидози
Ганглиозидоза:
- БДУ
- GM 1
- GM 3

Муколипидоза IV

E75.2 Други сфинголипидози
Болест на:
- Fabry(-Anderson)
- Gaucher
- Krabbe

• Niemann-Pick
Синдром на Farber
Метахроматична левкодистрофия
Недоимък на сулфатаза
Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

E75.3 Сфинголипидоза, неуточнена

E75.4 Липофусциноза на невроните
Болест на:
• Batten
• Bielschowsky-Jansky
• Kufs
• Spielmeyer-Vogt

E75.5 Други разстройства на натрупването на липиди
Церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein]
Болест на Wolman

Разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

E76.0 Мукополизахаридоза, тип I
Синдроми на:
• Hurler
• Hurler-Scheie
• Scheie

E76.1 Мукополизахаридоза, тип II
Синдром на Hunter

E76.2 Други мукополизахаридози
Недоимък на β-глюкуронидаза
Мукополизахаридоза, типове III, IV, VI, VII
Синдром на:
• Maroteaux-Lamy (лек)(тежък)
• Morquio(-подобен)(класически)
• Sanfilippo (тип B)(тип C)(тип D)

E76.8 Други разстройства на обмяната на глюкозаминогликаните

Разстройства на обмяната на глюкопротеините

E77.0 Дефекти в посттранслационната модификация на лизозомните ензими
Муколипидоза II [I-клетъчна болест]
Муколипидоза III [псевдо- Hurler полидистрофия]

E77.1 Дефекти в разграждането на глюкопротеините
Аспартилглюкозаминурия
Фукозидоза
Маннозидоза
Сиалидоза [муколипидоза I]

E77.8 Други разстройства на обмяната на глюкопротеините

Разстройства на обмяната на липопротеините и други липидемии
Не включва: сфинголипидози (E75.0—E75.3)

E78.0 Чиста хиперхолестеролемия
Фамилна хиперхолестеролемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIa
Хипербеталипопротеинемия
Хиперлипидемия, група A
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с ниска плътност [LDL]

E78.1 Чиста хиперглицеридемия
Ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IV
Хиперлипидемия, група B
Хиперпребеталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия с липопротеини с много ниска плътност [VLDL]

E78.2 Смесена хиперлипидемия
Обширна или плаваща беталипопротеинемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип IIb или III
Хипербеталипопротеинемия с пребеталипопротеинемия
Хиперхолестеролемия с ендогенна хиперглицеридемия
Хиперлипидемия, група C
Туберо-еруптивна ксантома
Xanthoma tuberosum
Не включва: церебротендинозна холестероза [van Bogaert-Scherer-Epstein] (E75.5)

E78.3 Хиперхиломикронемия
Хиперлипопротеинемия на Fredrickson, тип I или V
Хиперлипидемия, група D
Смесена хиперглицеридемия

E78.4 Други хиперлипидемии

E78.6 Недоимък на липопротеини
Абеталипопротеинемия
Недоимък на липопротеини с висока плътност
Хипоалфалипопротеинемия
Хипобеталипопротеинемия (фамилна)
Недоимък на лецитин-холестерол-ацилтрансфераза
Танжерска болест

E78.8 Други разстройства на обмяната на липопротеините

Разстройства на обмяната на пурина и пиримидина
Не включва: камък на бъбрека (N20.0)
комбинирани имунонедоимъчни разстройства (D81.—)
подагра (M10.—)
оротацидурична анемия (D53.0)
пигментна ксеродермия (Q82.1)

E79.1 Синдром на Lesch-Nyhan

E79.8 Други разстройства на обмяната на пурина и пиримидина
Наследствена ксантинурия

Разстройства на обмяната на порфирина и билирубина

E80.0 Наследствена еритропоетична порфирия
Вродена еритропоетична порфирия
Еритропоетична протопорфирия

E80.1 Порфирия кутанеа тарда

E80.2 Други порфирии
Наследствена копропорфирия
Порфирия:
- БДУ
- остра интермитентна (чернодробна)

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Разстройства на минералната обмяна

Не включва: алиментарен недоимък на минерални вещества (E58—E61)
разстройства на паращитовидната жлеза (E20—E21)
недоимък на витамин D (E55.—)

E83.0 Разстройства на обмяната на медта
Болест на Menkes (болест на къдравите коси) (болест на стоманените коси)
Болест на Wilson

E83.2 Разстройства на обмяната на цинка
Ентеропатен акродерматит

E83.4 Разстройства на обмяната на магнезия
Хипермагнеземия
Хипомагнеземия

Други разстройства на обмяната на веществата

Не включва: хистиоцитоза X (хронична) (D76.0)

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало разстройство на обмяната на веществата, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

E88.1 Липодистрофия, некласифицирана другаде
Липодистрофия БДУ
Не включва: болест на Whipple (K90.8)

E88.2 Липоматоза, некласифицирана другаде
Липоматоза:
- БДУ
- болезнена [Dercum]

E88.8 Други уточнени разстройства на обмяната на веществата
Аденолипоматоза на Launois-Bensaude
Триметиламинурия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
  - гръден кош (57001, 57007 [1957])
    - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
  - лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
  - средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
  - орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
  - питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб, ≥ 2 отдела

Включва: функционални гледни точки
такава от 2, 3 или 4 от следните гръбначни отдела:
- цервикален
- лумбосакрален
- сакрококцигеален
- торакален

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
едиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Изследване на кости

58300-00 Рентгеново изследване костна възраст на китка и коляно

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз
Радиография на тазов вход

Не включва: радиографска пелвиметрия (59503-00 [1981])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

Радиография на долен крайник

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

1940 Ултразвук на глава и шия

Включва задължително:

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-00 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-01 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-02 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-00 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-01 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-00 Микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-01 Микроскопско изследване на кръв за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните изследвания:
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати
91910-08 Изследване на време на кървене
91913-04 Изследване на време на съсирване
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11 Изследване на фибриноген
13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв
Задължително при генетично заболяване за поставяне на генетична диагноза, при първа хоспитализация, се извършва:
91881-00 ДНК анализ
По преценка на лекуващия лекар се извършват и:
91916-00 Генетични изследвания

91916-01	Цитогенетичен анализ на кръв или костен мозък
91925-19	Други хормонални изследвания
91913-02	Серологично изследване за ранен и за късен сифилис

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-03 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за бактериална намазка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-04 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-05 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнениязакултура и чувствителност

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
антибиограма

1932 изследвания на урина

Включва задължително всяко едно от следните:

91226-00 Метаболитен скрининг на урина за мукополизахариди

91226-01 Метаболитен скрининг на урина за аминокиселини

91226-02 Метаболитен скрининг на урина за органични киселини

Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

92015-00 Визуален евокиран потенциал [ВЕП]

Слухови евокирани потенциали

11300-00 Аудиометрия на евокирани потенциали на мозъчен ствол

96050-00 Кортикален евокиран отговор аудиометрия

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба
Смяна на ректална тръба

Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
- *тромбоцити*

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент(виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия	
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва:* хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Приложение на фармакотерапия	
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва:* хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

При първа хоспитализация по повод генетично заболяване:

Клиничната пътека се отчита със задължително проведено генетично изследване: „метаболитен скрининг или анализ на урина за мукополизахариди, аминокиселини или органични киселини" блок 1932 (91226-00 и 91226-01 и 91226-02) **или ензимен и/или ДНК – анализ, в случаите когато се касае за генетично заболяване и анализите са възможни в България блок 1923.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ендокринология и болести на обмяната".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК

.

Задължително звено/медицинска апаратура
Неонатологична клиника/отделение
2. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност, вкл. КГА, хемостазиология
3. Структура за рентгеново изследване – ренгенов апарат за скопия и графия
4. Звено за интензивно лечение

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по неонатология/педиатрия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Имунологична лаборатория – на територията на областта
2. Лаборатория (отделение)по клинична патология – на територията на областта
3. Клиника/отделение по образна диагностика, разполагащо с КТ /МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24-часа в денонощието, включително и при спешни състояния
4. Вирусологична лаборатория - на територията на областта
5. Ехокардиограф
6. Цитогенетична лаборатория – на територията на областта
7. Генетична лаборатория за метаболитен, ензимен и ДНК – анализ – на територията на страната
8. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- най-малко шестима лекари, от които най-малко трима със специалност "Неонатология", един от тях с квалификация по ехография – трансфонтанелна и/или абдоминална;
- лекар - специалист по клинична лаборатория.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Спешно лечение на лица с диагностицирани метаболитни нарушения и в състояние на:

- Метаболитна криза
- Коматозно състояние
- Гърчов синдром

2. Диагностично уточняване, лечение и определяне на последващо терапевтично поведение при:

• При неясна диагноза за уточняване.
• пациенти с хронична малнутриция - следоперативна при стриктура на хранопровода, гастро-, ентеро- и колостома, състояния на стомашна или чревна резекция; вродени или придобити аномалии на храносмилателната система (индекс на телесна маса - BMI под 19 кг/м2, загуба на тегло над 5 % в последните 1 - 3 месеца, намаляване на хранителния прием с 25 % и повече от този на предшестващата седмица, общ серумен белтък под 60 г/л, серумен албумин под 35 г/л)
• пациенти с наследствени метаболитни заболявания за корекция на терапията и лечение на възникнали усложнения

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Метаболитни заболявания: пациентите постъпват в клиниката за поставяне на диагноза и за лечение, когато са в декомпенсирано състояние. Целта е възстановяване на жизнените показатели, преодоляване на коматозното състояние, изчистване на организма от натрупания токсичен субстрат и стабилизиране на обменните процеси. Разясняване на родителите за допуснатите пропуски в диетичното и медикаментозното лечение с цел предотвратяване на по-нататъшни метаболитни кризи.

Диагностични изследвания:

- До 48-ия час – се извършват следните изследвания - ПКК, урина, биохимия (само изследванията необходими за доказване на диагнозата), лактат, амоняк;
- До 72–ия час се извършват - ЕЕГ и вземане на кръв и урина за специализирани изследвания (аминокиселини, органични киселинини, мукополизахариди, ензимни изследвания) при необходимост;
- До края на болничния престой, в зависимост от състоянието на детето и необходимост за поставяне и уточняване на диагнозата - трансфонтанелна ехография, рентгеново изследване, ехография на коремни органи, ехокардиография, консултации с невролог, кардиолог, започване на кинезитерапия.

Лечение

По време на хоспитализацията лечението е основно симптоматично.

Медикаментозно лечение - инфузия на глюкоза, електролити, биологични продукти, хранене със сонда, парентерално или орално приложение на антибиотик, кортикостероид, антиконвулсанти, антиеметични средства.

Ензим-заместваща терапия при пациенти с болестта на Гоше се отчита с АПр № 33 - „Парентерална инфузия на лекарствени продукти по терепевтична схема", с бланка №8А , като отчитането на приложените лекарствени средства се извършва по установения ред.

Възможността за отчитане на пациенти по пътеката се запазва само за случаите на диагностика и проследяване на състоянието.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Според клиничната картина, статуса и след хистологично (при определени нозологии), цитогенетично, молекулярно изследване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- уточнена диагноза;
- корекция на жизнените показатели;
- стабилизиране на клиничното състояние;
- определяне на терапевтичното поведение и хигиенно-диетичния режим.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до три контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Наследствените метаболитни болести са група от генетични заболявания, при които липсата на определен ензим води до увреждане на различни органи, включително мозъка. Ензимите са белтъци, които имат много функции, включително разграждане на определени вещества в организма. При метаболитните болести това разграждане е нарушено, веществата не се използват пълноценно, а се натрупват в различни тъкани, стават токсични за тях и това води до проявата на определена метаболитна болест. Тежестта на заболяването зависи от вида на липсващия ензим и органите, които са засегнати.

Метаболитните заболявания се причиняват от дефект в гена, който е отговорен за синтезирането на даден ензим. В повечето случаи този дефект се носи от двамата родители, но в единична доза. Поради тази причина родителите практически са здрави. По време на оплождането на случаен принцип тези два дефекта се събират заедно в клетките на бъдещото дете и ефектът от тяхното комбиниране е проявата на определено наследствено метаболитно заболяване.

Метаболитните болести са редки. Една голяма част от тях се проявяват в детската възраст. Характерно за тях е, че децата се раждат на термин, с нормални тегло и ръст и в много случаи тяхното развитие през първите дни, седмици или месеци е напълно нормално. Болестта се проявява след известно време, тъй като е необходим различно дълъг период през който в организма да се натрупа това вещество, което поради дефекта не може да се разгражда. Заболяването може да се прояви с повръщане (особено по време на инфекция), увеличение на черния дроб и слезката, гърчове, проблеми с дишането, промяна в съзнанието.

Изключително важно е пациентът със сходни оплаквания да бъде насочен към специалист за търсене на причината и евентуално лечение. Точната диагноза дава възможност на лекаря да определи хода на развитие на болестта и нейната прогноза, степента на увреждане на детето - физически и психически.

Протичането на метаболитните болести е различно. Едни от тях се проявяват под формата на кризи с повръщане, при други първите симптоми са гърчове. Децата могат да имат забавено физическо развитие - лошо наддаване на тегло, късно сядане и прохождане. Забавено е и психическото развитие, наблюдават се промени в поведението.

Лечението на метаболитните болести е специфично и в много случаи е поддържащо, не води до пълно излекуване на детето. Генетичният дефект не може да бъде коригиран. Независимо от това поддържащото лечение трябва да се приложи навреме и адекватно на водещите симптоми. То цели да предотврати животозастрашаващи състояния и да осигури на детето възможно най-добро развитие.

Някои от метаболитните болести се лекуват със съответна диета. Прилагането й трябва да става под строг лекарски контрол и само при поставена диагноза. Съществена част от лечебния план е провеждането на определена рехабилитационна програма, съобразена със състоянието на детето. При една голяма част от тези болести има 25% вероятност следващото дете в семейството да бъде болно от същото заболяване. Това налага тези семейства да се насочват към генетична консултация преди следваща бременност. Съществуват методи при някои метаболитни болести диагнозата да бъде поставена по време на бременността. За тази цел на семейство, в което вече има родено дете с метаболитна болест и тя е диагностицирана, се предлага **пренатална диагноза**. Тя не е възможна в случаите, когато липсва точната диагноза на болното дете. Изследват се кръв, урина или късче кожа от болното дете, в които се търсят определени нарушения.

В много случаи тези изследвания са продължителни, а понякога и те не позволяват да стигнем до основната причина на заболяването. Независимо от липсата на точна диагноза, децата с метаболитни заболявания трябва да се наблюдават периодично от специалист.

КП № 84 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР И ХРОНИЧЕН ОБОСТРЕН ПИЕЛОНЕФРИТ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

N10 Остър тубулоинтерстициален нефрит

Остър:
- инфекциозен интерстициален нефрит
- пиелит
- пиелонефрит

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

Хроничен тубулоинтерстициален нефрит

Включва: хроничен:
- инфекциозен интерстициален нефрит
- пиелит
- пиелонефрит

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

N11.0 Необструктивен хроничен пиелонефрит, свързан с рефлукс

Пиелонефрит (хроничен), свързан с (везикоуретерален) рефлукс

Не включва: везикоуретерален рефлукс БДУ (N13.7)

N11.1 Хроничен обструктивен пиелонефрит

Пиелонефрит (хроничен), свързан с:

• аномалия		
• прегъване		пелвиуретералното съединение
• обструкция	на	пиелоуретерално съединение
• стриктура		уретера

Не включва: калкулозен пиелонефрит (N20.9)
обструктивна уропатия (N13.—)

N11.8 Други хронични тубулоинтерстициални нефрити

Необструктивен хроничен пиелонефрит БДУ

N11.9 Хроничен тубулоинтерстициален нефрит, неуточнен

Хроничен:
- интерстициален нефрит БДУ
- пиелит БДУ
- пиелонефрит БДУ

N12 Тубулоинтерстициален нефрит, неуточнен като остър или хроничен

Интерстициален нефрит БДУ
Пиелит БДУ
Пиелонефрит БДУ

Не включва: калкулозен пиелонефрит (N20.9)

Обструктивна и рефлуксна нефропатия

Не включва: камъни в бъбрека и уретера без хидронефроза (N20.—)
вродени обструктивни дефекти на бъбречното легенче и уретера (Q62.0—Q62.3)
обструктивен пиелонефрит (N11.1)

Други тубулоинтерстициални болести на бъбреците

N15.0 Балканска нефропатия

Балканска ендемична нефропатия

Камък в бъбрека и в уретера

Не включва: с хидронефроза (N13.2)

N20.9 Камък на пикочните пътища, неуточнен

Калкулозен пиелонефрит

Бъбречна агенезия и други редукционни дефекти на бъбрека

Включва: атрофия на бъбрека:
- вродена
- инфантилна

вродена липса на бъбрек

Q60.0 Бъбречна агенезия, едностранна
Q60.3 Бъбречна хипоплазия, едностранна
Q60.4 Бъбречна хипоплазия, двустранна
Q60.6 Синдром на Potter

Кистозна болест на бъбрека

Не включва: придобита киста на бъбрека (N28.1)
синдром на Potter (Q60.6)

Q61.0 Вродена единична киста на бъбрека
Киста на бъбрека (вродена) (единична)
Q61.1 Бъбречна поликистоза, инфантилен тип
Q61.2 Бъбречна поликистоза, адулторен тип
Q61.4 Бъбречна дисплазия
Q61.5 Медуларна бъбречна киста
Спонгиозен бъбрек БДУ
Q61.8 Други форми на кистозна болест на бъбреците
Фиброкистоза(-на):
- на бъбрека
- бъбречна дегенерация или болест

Q61.9 Кистозна болест на бъбреците, неуточнена
Синдром на Meckel-Gruber

Вродени нарушения в проходимостта на бъбречното легенче и вродени аномалии на уретера

Q62.0 Вродена хидронефроза
Q62.1 Атрезия и стеноза на уретера
Вродено запушване на:
- уретера
- уретеропелвисната връзка
- уретеровезикалното отвърстие

Непроходимост на уретера
Q62.2 Вроден мегауретер
Вродена дилатация на уретера
Q62.3 Други вродени нарушения в проходимостта на бъбречното легенче и вродени аномалии на уретера
Вродено уретероцеле
Q62.4 Агенезия на уретера
Липса на уретер
Q62.5 Удвоен уретер
Добавъчен
Двоен уретер
Q62.6 Неправилно положение на уретера
Девиация
Изместванена уретера или
Ектопия уретерното отвърстие
Аномална имплантация
Q62.7 Вроден везико-уретеро-ренален рефлукс

Други вродени аномалии на бъбрека

Не включва: вроден нефротичен синдром (N04.—)

Q63.0 Добавъчен бъбрек
Q63.1 Лобулиран, сраснал и подковообразен бъбрек

Q63.2 **Ектопичен бъбрек**
Вродено изместване на бъбрека
Неправилно завъртане на бъбрека

Q63.3 **Хиперпластичен и гигантски бъбрек**

Q63.8 **Други уточнени вродени аномалии на бъбрека**
Вродени бъбречни конкременти

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Интравенозна пиелография [IVP]

58706-00 Интравенозна пиелография

Инфузионна пиелография
Включва: предварителен общ план
Томография

Ретроградна рентгенография на отделителна система

58721-00 Ретроградна микционна цистоуретрография

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочни пътища
Обзорна бъбречна графия
Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра
Не включва: контрастна:
- цистография (58718-00 [1979])
- цистоуретрография (58721-00 [1979])
- пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
- уретрография (58718-01 [1979])

1963 Компютърна томография на корем и таз

Включва: кост
бъбрек, уретер и мехур
меки тъкани
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
тази при сканиране на гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])

56501-00 Компютърна томография на корем и таз – по преценка
56507-00 Компютърна томография на корем и таз с интравенозна контрастна материя – по преценка

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

При изследване на урина се включва всяко едно от следните:

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
Антибиограма

91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина - по преценка
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината - по преценка
91920-14 Изследване за белтък в урината

По преценка:

91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-16 Изследване за билирубин в урината

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

При изследване на кръв се включва всяко едно от следните:

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин – по преценка
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

По преценка:

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11 Изследване на фибриноген
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати
91910-08 Изследване на време на кървене

Бъбречни нуклеарно медицински изследвания

61386-00 Ренално изследване
Базово бъбречно изследване

Включва: компютърен анализ
вливания
бъбречни изображения

Не включва: такова на бъбречна кора (61386-01, 61387-00 [2008])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1920 Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, една от които е 91920-02 и две основни терапевтични процедури, една от които е 96199-02 или 96197-02, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нефрология", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нефрология", от обхвата на медицинската специалност „Вътрешни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Вътрешни болести", от обхвата на медицинските специалности „Педиатрия" и „Детска нефрология", осъществявани най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Педиатрия".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по нефрология или Клиника/отделение по Вътрешни болести или Клиника/отделение по педиатрия/детска нефрология
2. Клинична лаборатория I ниво
3. Рентгенов апарат на територията на болницата
4. Ехографски апарат с абдоминален трансдюсер

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по клинична микробиология на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по Вътрешни болести – двама
или
- един лекар със специалност Нефрология и един със специалност Вътрешни болести;
или
двама лекари със специалност Нефрология;
- във всички случаи един от специалистите трябва да има допълнителна квалификация за коремна ехография
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години

- лекар със специалност по педиатрия - двама и един от тях, работещ в областта на нефрологията и/или диализата
или
лекар със специалност по детска нефрология; -
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

1. Бъбречно трансплантирани деца могат да бъдат лекувани в клиника по нефрология и трансплантация за възрастни, като при необходимост се прави консултация със специалист по детска нефрология.

2. Бременни с пиелонефрит се насочват за лечение към болници със специализирани клиники/отделения по акушерство и гинекология, като се извършва задължително документирана консултация от нефролог.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Налице са минимум три от посочените по-долу индикации:

- болка в областта на бъбреците и/или над симфизата;
- дизурични оплаквания;
- прояви на фебрилно-интоксикационен, консумативен, септичен и анемичен синдром;
- положително succussio renalis
- левкоцитурия и/или бактериурия (микробиологично);
- промени в кръвната картина и биохимичните показатели за възпалителен процес;
- влошаване на бъбречната функция, евентуално положителна хемокултура и ехографска находка;
- съмнение за аномалии на бъбреците и пикочните пътища.

При обструкция на пикочните пътища, дори и едностранно, може да няма левкоцитурия и бактериурия. Тогава клиничните и ехографски данни са достатъчни.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

1. Вземане на биологичен материал (кръв и/или урина) за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента. Урокултура се взема до 48 час от началото на хоспитализацията.

2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови изследвания и/или КТ с/без контраст, по преценка на лекуващия лекар се извършват в рамките на болничния престой.

3. Медико-диагностични изследвания се извършват в хода на болничния престой на пациента, за ретроградната цистоуретрография - след стерилизиране на урината.

За пациенти на възраст под 18 години: ако се налагат рентгенови изследвания, те се извършват в хода на болничния престой на пациента, за ретроградната цистоуретрография - след стерилизиране на урината.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента.

На лечение подлежат пациенти с някои от следните клинични симптоми/ синдроми, потвърдени с лабораторни отклонения:

1. Болка в областта на бъбреците и/или над симфизата, дизурични оплаквания, прояви на фебрилно-интоксикационен, септичен и анемичен синдром, положително succussio renalis;

2. Левкоцитурия и/или бактериурия (микробиологично) в съчетание с промени в кръвната картина, влошаване на бъбречната функция, евентуално положителна хемокултура и ехографска находка.

При болни с пиелонефрит - изграждане на терапевтична стратегия с антибиотици само при възрастни пациенти.

Антибиотичното лечение цели ликвидиране на възпалителния процес в бъбреците и предотвратяване или овладяване на настъпилите усложнения. Антибактериалното лечение при остър или обострен хроничен пиелонефрит започва без да се изчака резултатът от урокултурата. Започва се с антимикробни средства, които постигат висока концентрация в кръвта и урината и по възможност да нямат нефротоксичен ефект. Чрез динамично проследяване на уринния седимент и урокултурата се решава с какъв медикамент и продължителност да протече това лечение:

- при уроинфекция с Gr (-) флора и нормална бъбречна функция – цефалоспорини 2-3 генерация или флуорохинолони, и/или аминогликозиди, котримоксазол и др.;
- при уроинфекция с Gr (+) флора - цефалоспорини 2-3 генерация или флуорохинолони или амоксицилин + клавуланова киселина, аминогликозиди;
- при уроинфекция и бъбречна недостатъчност - цефалоспорини 2-3-4 генерация или амоксицилин + клавуланова киселина и др.;
- при стафилококов сепсис - цефалоспорини 2-3 генерация, флуорохинолони (офлоксацин, моксифлоксацин), евентуално ампицилин-сулбактам, амоксицилин + клавуланова киселина и др.;
- при метицилин - резистентен стафилококов сепсис – ванкомицин, тейкопланин;
- при инфекция с Pseudomonas – имипенем, цефтазидим, уреидопеницилини;
- при тежък сепсис – хемокултура, емпирично лечение с комбинация от широкоспектърни антибиотици за Gr (-) бактерии, стафилококи, анаеробна флора – напр. карбапенеми, ванкомицин, метронидазол, цефалоспорини – трета и четвърта генерация; корекция на схемата след резултат от уро- и хемокултурата;
- при микоплазмена и хламидиална инфекция – лечение с макролиди, флуорохинолони

Лечение на пиелонефрит при деца:

а) рехидратация;

б) антибактериално интравенозно лечение – 48 часа след нормализиране на температурата, след това перорално 10 дни (може и амбулаторно). Използват се медикаменти от следните групи: аминогликозиди, цефалоспорини III поколение, синтетични пеницилини, триметоприм, котримоксазол.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се базира на резултатите от клиничните, лабораторни и инструментални изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- повлияване на клиничните оплаквания (намаляване на болката и дизуричните оплаквания;
- афебрилитет;
- подобряване на лабораторните показатели - левкоцитурия, левкоцитоза.
- задължително извършено микробиологично изследване при предходен положителен резултат.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Острият пиелонефрит представлява неспецифично възпалително заболяване на бъбречната тъкан и легенчето, развило се поради директно попадане в тях най-често на бактерии и по-рядко на микоплазми и вируси. Причинителите могат да засегнат едновременно или последователно единия или двата бъбрека.

Острият пиелонефрит протича с: влошено общо състояние, главоболие, обща отпадналост; повишаване на температурата до 39-40 ºС, придружено с разтрисане и изпотяване; болки в кръста, разпространяващи се към корема и слабините; смущения в уринирането - често уриниране, парене и болка при уриниране.

След снемане на подробна анамнеза и приключване на прегледа, лекарят назначава изследване на урина и кръв. Особено важно е микробиологичното изследване на урината (урокултура). При това изследване се изолира причинителя на възпалителния процес и се определя неговата чувствителност към различни антибактериални средства. За достоверността на резултатите е от особено значение пациентът да спазва съвсем стриктно указанията, дадени от лекаря и медицинската сестра за вземането на микробиологично изследване на т.нар. "стерилна урина". Наред с това се назначава ехография на бъбреците и пикочния мехур, а при необходимост и рентгенови и изотопни изследвания. Те дават допълнителна информация за наличие на някои предразполагащи фактори като камъни в бъбреците, бъбречни аномалии, нарушения в оттичането на урината и др. При съответни индикации се осъществяват консултации с други специалисти (гинеколог, уролог, гастроентеролог).

Възможностите за лечение и прогнозата на острия или изострения хроничен пиелонефрит зависят от вида на причинителя на инфекцията (моно- или смесена флора), наличието на предразполагащи фактори, правилния подбор на антибактериалното лечение при строго спазване на постелния и хигиенно-диетичния режим. След овладяването на острите прояви на заболяването е препоръчително системно и периодично наблюдение на болния, а при необходимост отстраняване на предразполагащите фактори. Това ще предотврати рецидиви и хронифициране на болестния процес, а в перспектива и превенция на хроничната бъбречна недостатъчност.

Болничното лечение на острия пиелонефрит предполага:

Специалистът нефролог ще Ви прегледа или ще Ви насочи към съответния специалист за извършване на ехографско изследване на бъбреците, което ще даде информация за наличие на предразполагащи фактори - камъни, кисти, обструкция с хидронефроза и др.; ще назначи строг постелен режим до нормализиране на температурата, хранителният режим ще бъде съобразен с особеностите на протичане на заболяването; ще се осъществява динамично наблюдение на пациента от лекуващия и дежурния екип; ще се проследяват динамично лабораторните показатели и функционалните изследвания - уринен седимент, урокултури, кръвна картина, показатели на бъбречната функция, ехографско изследване; ще се провежда съобразено с получените показатели антибактериално лечение, което при необходимост може своевременно да бъде коригирано; своевременно могат да се диагностицират и лекуват настъпили усложнения на заболяването; ще се провеждат допълнителни инструментални изследвания - рентгенови, изотопни и др.; при необходимост може да се вземе решение за оперативно лечение на причината за обструкция.

Отказът Ви от болничното лечение или извършване на необходимите изследвания или някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение; това може да доведе до усложняване на заболяването или неговото хронифициране с последващо влошаване на бъбречната функция до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Преди постъпването Ви в отделението ще получите копие от формуляра за информация на пациента; можете да задавате въпросите си и да коментирате тази информация с Вашия личен лекар или лекаря нефролог от приемния кабинет; трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте имал достатъчно време да я осмислите. В случай, че се наложат допълнителни инструментални изследвания ще получите допълнителна информация за целта и начина на тяхното провеждане, начина на подготовка и евентуалните рискове и усложнения. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да постъпите в болница за съответните изследвания и лечение.

КП № 85.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ – ОСТРИ И ХРОНИЧНИ, ПЪРВИЧНИ И ВТОРИЧНИ ПРИ СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – НОВООТКРИТИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 5 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Хипертоничен бъбрек [хипертонична бъбречна болест]

Включва: всяко състояние от рубриките N18.—, N19.— или N26.— в съчетание с всяко състояние от рубриката I10
бъбречна атеросклероза
атеросклеротичен нефрит (хроничен)(интерстициален)
хипертонична нефропатия нефросклероза

Не включва: вторична хипертония (I15.—)

I12.0 Хипертоничен бъбрек с бъбречна недостатъчност
Хипертонична бъбречна недостатъчност

I12.9 Хипертоничен бъбрек без бъбречна недостатъчност
Хипертоничен бъбрек БДУ

Остър нефритен синдром

Включва: остър(-ра):
- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит
- бъбречна болест БДУ

Не включва: остър тубулоинтерстициален нефрит (N10)
нефритен синдром БДУ (N05.-)

N00.0 Остър нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N00.1 Остър нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N00.2 Остър нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N00.3 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N00.4 Остър нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N00.5 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N00.6 Остър нефритен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N00.7 Остър нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N00.8 Остър нефритен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Бързо прогресиращ нефритен синдром

Включва: бързо прогресиращ(-а):
- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит

Не включва: нефритен синдром БДУ (N05.—)

N01.0 **Бързо прогресиращ нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения**
Минимално увреждане

N01.1 **Бързо прогресиращ нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания**
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N01.2 **Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит**

N01.3 **Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит**

N01.4 **Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит**

N01.5 **Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит**
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N01.6 **Бързо прогресиращ нефритен синдром - болест на плътните отлагания**
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N01.7 **Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит**
Екстракапилярен гломерулонефрит

N01.8 **Бързо прогресиращ нефритен синдром - други изменения**
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Рецидивираща и постоянна хематурия

Включва: хематурия:
- доброкачествена (фамилна) (детска)
- с морфологични увреждания, уточнени в .0—.8

Не включва: хематурия БДУ (R31)

N02.0 **Рецидивираща и постоянна хематурия - незначителни гломерулни нарушения**
Минимално увреждане

N02.1 **Рецидивираща и постоянна хематурия - огнищни и сегментни гломерулни увреждания**
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N02.2 **Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мембранозен гломерулонефрит**

N02.3 **Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит**

N02.4 **Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит**

N02.5 **Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит**
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N02.6 **Рецидивираща и постоянна хематурия - болест на плътните отлагания**
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N02.7 **Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен полулунен гломерулонефрит**
Екстракапилярен гломерулонефрит

N02.8 **Рецидивираща и постоянна хематурия - други изменения**
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Хроничен нефритен синдром

Включва: хроничен(-на):
- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит
- бъбречна болест БДУ

Не включва: хроничен тубулоинтерстициален нефрит (N11.—)
дифузен склерозиращ гломерулонефрит (N18.—)
нефритен синдром БДУ (N05.—)

N03.0 **Хроничен нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения**
Минимално увреждане

N03.1 **Хроничен нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания**
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N03.2 **Хроничен нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит**

N03.3 **Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит**

N03.4 **Хроничен нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит**

N03.5 **Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит**
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N03.6 **Хроничен нефритен синдром - болест на плътните отлагания**
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N03.7 **Хроничен нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит**
Екстракапилярен гломерулонефрит

N03.8 **Хроничен нефритен синдром - други изменения**
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Нефрозен синдром

Включва: вроден нефрозен синдром
липоидна нефроза

N04.0 **Нефрозен синдром - незначителни гломерулни нарушения**
Минимално увреждане

N04.1 **Нефрозен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания**
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N04.2 **Нефрозен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит**

N04.3 **Нефрозен синдром -дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит**

N04.4 **Нефрозен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит**

N04.5 **Нефрозен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит**
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N04.6 **Нефрозен синдром - болест на плътните отлагания**
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N04.7 **Нефрозен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит**
Екстракапилярен гломерулонефрит

N04.8 **Нефрозен синдром - други изменения**
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Нефритен синдром, неуточнен

Включва: гломерулна болест
гломерулонефрит | БДУ
нефрит

нефропатия БДУ и бъбречна болест БДУ с морфологични увреждания, уточнени в .0—.8

Не включва: нефропатия БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
бъбречна болест БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
тубулоинтерстициален нефрит БДУ (N12)

N05.0 Нефритен синдром, неуточнен - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N05.1 Нефритен синдром, неуточнен - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N05.2 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N05.3 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N05.4 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N05.5 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N05.6 Нефритен синдром, неуточнен - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N05.7 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N05.8 Нефритен синдром, неуточнен - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Гломерулни увреждания при болести, класифицирани другаде

N08.2* Гломерулни увреждания при болести на кръвта и имунни нарушения
Пурпура на Henoh – Schoenlein (D69.0†)

N08.3* Гломерулни увреждания при захарен диабет (E10—E14†)

N08.4* Гломерулни увреждания при други болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата Амилоидоза(E85.-†)

N08.5* Гломерулни увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Гломерулни увреждания при:
- синдром на Goodpasture (M31.0†)
- нодозен полиартериит (M30.0†)
- системен лупус еритематодес (M32.1†)
- тромботична тромбоцитопенична пурпура (M31.1†)
- грануломатоза на Wegener (M31.3†)

Други тубулоинтерстициални болести на бъбреците

N15.8 Други уточнени тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците

Тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците при болести, класифицирани другаде

N16.4* Бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Системен лупус еритематодес(M32.1†)

Забележка: Кодовете на диагнози към рубриките **N08.2** - **N08.5** и **N16.4** обозначени със знака (*) не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

30075-17 Биопсия на коремна стена или пъп

Биопсия на бъбрек

36561-00 Затворена биопсия на бъбрек
Ендоскопска биопсия през съществуваща:
- нефростомия
- нефротомия
- пиелостомия
- пиелотомия

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочнипътища
Обзорна бъбречна графия
Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра
Не включва: контрастна:
- цистография (58718-00 [1979])
- цистоуретрография (58721-00 [1979])
- пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
- уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

Включва всяко едно от следните:
91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-14 Изследване за белтък в урината
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-16 Изследване за билирубин в урината
по преценка:
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
Антибиограма

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва всяко едно от следните:
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

По преценка:
91910-08 Изследване на време на кървене
91910-11 Изследване на фибриноген
91923-01 Определяне на общи имуноглобулини IgM
91923-02 Определяне на общи имуноглобулини IgG
91923-03 Определяне на общи имуноглобулини IgA
91923-04 Определяне на C3 компонент на комплемента
91923-05 Определяне на C4 компонент на комплемента
91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91924-02 Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел
91922-00 Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
91922-04 Серологично изследване на HBsAg на хепатитен B вирус
91922-06 Серологично изследване на антитела срещу хепатитен C вирус

1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

13706-05 Приложение на гама глобулин
Инжектиране или трансфузия на:
- гама глобулин
- имуноглобулин
- Intragam

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-11 Интравенозното приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96200-00	Подкожно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Афереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Болни, при които не може да се проведе ПББ по медицински показания, но вече гломерулонефритът е диагностициран по клинични и лабораторни данни и са били еднократно хоспитализирани по КП № 85, при следващи хоспитализации да се отчитат по КП № 86.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нефрология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нефрология".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по нефрология или Клиника/отделение по вътрешни болести III-то ниво
2. Клинична лаборатория II или III ниво с възможност за КГА, хемостазеология и др.
3. Рентгенов апарат за скопия и графия и ехографски апарат
4. Апаратура за пункционна бъбречна биопсия

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по клинична имунология
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Апаратура за плазмафереза- само когато ще се извършва плазмафереза
4. КТ/МРТ
5. Клиника/отделение по хемодиализа
6. Лаборатория по клинична микробиология

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- трима лекари с призната специалност по нефрология, един от които да има придобита квалификация за извършване на абдоминална ехография; един с допълнителна квалификация за извършване на бъбречна биопсия;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При бременни с гломерулонефрит лечението се осъществява в университетските клиники по акушерство и гинекология под наблюдение на нефролог.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- нефротичен или нефритен синдром, с олигурия, хиперволемия, с или без прояви на белодробен и/или мозъчен оток, налагащи провеждане на активно наблюдение и спешно лечение;
- остро влошена бъбречна функция, налагаща спешна консервативна и/или диализна корекция на хомеостатичните параметри;
- микроскопска или макроскопска хематурия с или без протеинурия;
- изолирана постоянна протеинурия от различна степен;
- високостепенна протеинурия с отоци около очите и по крайниците или цялото тяло, със или без изливи в серозните кухини с клинико-лабораторна констелация на нефротичен синдром (протеинурия, хипопротеинемия с хипоалбуминемия, хиперхолестеролемия и хипертриглицеридемия);
- всеки от горните синдроми в съчетание с повишени стойности на кръвното налягане;

• всеки от горните синдроми в съчетание с влошаване на бъбречната функция с покачване на остатъчно азотните тела;
• положителни имунологични изследвания (ANA, анти- DNK – антитела; C3, C4 фракции и др.).

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

1. Вземане на биологичен материал (кръв и/или урина) за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.
2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови се извършват до края на болничния престой.
3. Медико-диагностични изследвания се извършват в хода на хоспитализацията на пациента.
4. Затворена (перкутанна) (иглена) биопсия на бъбрек извършва в хода на болничния престой на пациента.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента.

Патогенетично лечение - в лечебната схема се включват:

• кортикостероиди – в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози при хроничен гломерулонефрит.

Пулсовете могат да се повтарят според степента на повлияване на клиничните симптоми и лабораторни показатели.

Пероралното лечение се провежда с кортизонов перорален препарат в доза съобразно приетите стандарти, с последващо намаляване на дозата по индивидуална схема до пълното му спиране или преминаване на поддържащо лечение. Прилага се в интервалите между пулсовете и след това до пълното овладяване на клиничните симптоми и лабораторни показатели, понякога с продължителност до една година.

• цитостатици - в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози – съгласно правилата за добра медицинска практика.

В терапевтичната схема могат да бъдат включени и други цитостатици – Циклоспорин А и Микофенолат мофетин самостоятелно или в комбинация, както и имуносупресори.

Кортикостероидите и имуносупресорите се прилагат в различни терапевтични схеми според тежестта на протичане на заболяването и степента на подтискане на активността му и хистологичната картина.

При необходимост (тежък нефрозен синдром и/или изявена морфологична и/или имунологична активност) се провежда терапия с:

- антикоагуланти – директни (хепарин, нискомолекулярни хепарини), индиректни;
- антиагреганти;
- вливане на биопродукти;
- плазмафереза по преценка.

Като допълнителна терапия могат да се прилагат и антилипемични средства и имуномодулация с имуновенин, омега-3-ненаситени мастни киселини и други антиоксиданти.

Симптоматично лечение:

- антихипертензивно лечение;
- диуретично лечение.

При болни с хроничен гломерулонефрит - лечението трябва да бъде своевременно, комплексно и достатъчно продължително. Провежда се диетично, етиологично, патогенетично и симптоматично лечение.

Лечение на остър гломерулонефрит

а) диетолечение – ограничаване на течности, NaCl, K, белтъци;
б) дехидратираща терапия – диуретици;
в) антихипертензивно лечение;
г) антибактериално лечение по микробиологични показания.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на:- анамнестичните данни и клиничните прояви на заболяването - отоци по лицето и крайниците или цялото тяло, повишени стойности на артериалното налягане, влошена бъбречна функция;

- наличието на характерни за гломерулонефрита лабораторни отклонения – макроскопска или микроскопска хематурия, протеинурия – различна по степен, хипопротеинемия с диспротеинемия, хиперлипидемия;
- възможни промени в хуморалния и клетъчен имунен статус (при вторични гломерулонефрити);
- чрез морфологично изследване на материал от проведена бъбречна биопсия.

При документирани медицински противопоказания (асиметрия на бъбрека, единствен бъбрек, неконтролирана хипертония, кистозна болест, повишена ехогенност на паренхима, изтънен паренхим, хеморагична диатеза) биопсията не е задължителна.

При всички останали случаи на новооткрит гломерулонефрит се провежда задължително бъбречна биопсия.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- взет материал за биопсичното изследване на бъбрек (с изключение на случаите на медицински противопоказания - асиметрия на бъбрека, единствен бъбрек, неконтролирана хипертония, кистозна болест, повишена ехогенност на паренхима, изтънен паренхим, нарушена коагулация и др.);
- започнато патогенетично лечение (при необходимост).

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Гломерулонефритите са група заболявания, които се характеризират с различни по вид и степен структурни и функционални промени, засягащи предимно гломерулите. Представляват остро или хронично двустранно, дифузно имунно възпаление на бъбреците. Могат да се проявят като самостоятелно заболяване (първични или идиопатични гломерулонефрити) или в хода на друго основно заболяване (вторични или съпътстващи гломерулонефрити – напр. при лупус еритематодес, болест на Шьонлайн – Хенох и др.). Диагнозата се поставя въз основа на клиничните прояви на болестта, лабораторните изследвания на кръв и урина и имунологичните показатели. За отдиференцирането на отделните видове гломерулонефрити и определянето на тежестта им е необходимо да се направи бъбречна биопсия. Тя до голяма степен определя вида и продължителността на лечението.

Клинично гломерулонефритите се проявяват с няколко общи, изразени в различна степен синдроми. Основните прояви са повишено кръвно налягане, отоци по лицето, краката или цялото тяло, поява на кръв и белтък в урината. Установяват се съответни промени в лабораторните показатели – ускорена утайка, намаляване на белтъците и увеличаване на мастите в кръвта. При някои пациенти може да се наблюдава преходно или трайно влошаване на бъбречната функция с покачване на стойностите на уреята и креатинина.

При навременното поставяне на диагнозата и провеждането на правилно лечение острият гломерулонефрит може да бъде излекуван. Само при малка част от пациентите заболяването може да хронифицира. Хроничният гломерулонефрит е с хронично рецидивиращ ход с различна

продължителност на ремисиите. При неправилно лечение или липса на такова, заболяването може да прогресира и да доведе до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Възможностите за лечение и прогнозата на острия или хроничен гломерулонефрит зависят от вида на морфологичния вариант на заболяването, доказан чрез бъбречна биопсия. Диагнозата се поставя и лечението се провежда в специализирана нефрологична клиника или отделение от специалисти - нефролози. Прилага се т. нар. патогенетично лечение с кортикостероиди, цитостатици и антикоагуланти по определени схеми. Наред с това се назначават лекарства, регулиращи кръвното налягане и отводняващи. Това лечение е продължително и често пъти се налага неколкократно постъпване в болница. То се провежда съобразено с получените резултати.

Отказът Ви от болничното лечение или извършване на необходимите изследвания или някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение; това може да доведе до усложняване на заболяването или неговото хронифициране с последващо влошаване на бъбречната функция до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Преди постъпването Ви в отделението ще получите копие от формуляра за информация на пациента; можете да задавате въпросите си и да коментирате тази информация с Вашия личен лекар или лекаря нефролог от приемния кабинет; трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте имал достатъчно време да я осмислите. В случай, че се наложат допълнителни инструментални изследвания ще получите допълнителна информация за целта и начина на тяхното провеждане, начина на подготовка и евентуалните рискове и усложнения. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да постъпите в болница за съответните изследвания и лечение.

КП № 85.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ – ОСТРИ И ХРОНИЧНИ, ПЪРВИЧНИ И ВТОРИЧНИ ПРИ СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ – НОВООТКРИТИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 5 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър нефритен синдром

Включва: остър(-ра):
- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит
- бъбречна болест БДУ

Не включва: остър тубулоинтерстициален нефрит (N10)
нефритен синдром БДУ (N05.-)

N00.0 Остър нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N00.1 Остър нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:
•хиалиноза
•склероза
Огнищен гломерулонефрит

N00.2 Остър нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N00.3 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N00.4 Остър нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N00.5 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N00.6 Остър нефритен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N00.7 Остър нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N00.8 Остър нефритен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Бързо прогресиращ нефритен синдром

Включва: бързо прогресиращ(-а):
- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит

Не включва: нефритен синдром БДУ (N05.—)

N01.0 Бързо прогресиращ нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N01.1 Бързо прогресиращ нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N01.2 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N01.3 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N01.4 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N01.5 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N01.6 Бързо прогресиращ нефритен синдром - болест на плътните отлагания

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N01.7 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N01.8 Бързо прогресиращ нефритен синдром - други изменения

Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Рецидивираща и постоянна хематурия

Включва: хематурия:
- доброкачествена (фамилна) (детска)
- с морфологични увреждания, уточнени в .0—.8

Не включва: хематурия БДУ (R31)

N02.0 Рецидивираща и постоянна хематурия - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N02.1 Рецидивираща и постоянна хематурия - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N02.2 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N02.3 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N02.4 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N02.5 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N02.6 Рецидивираща и постоянна хематурия - болест на плътните отлагания

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N02.7 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен полулунен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N02.8 Рецидивираща и постоянна хематурия - други изменения

Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Хроничен нефритен синдром

Включва: хроничен(-на):
- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит
- бъбречна болест БДУ

Не включва: хроничен тубулоинтерстициален нефрит (N11.—)
дифузен склерозиращ гломерулонефрит (N18.—)
нефритен синдром БДУ (N05.—)

N03.0 Хроничен нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N03.1 Хроничен нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N03.2 Хроничен нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N03.3 Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N03.4 Хроничен нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N03.5 Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N03.6 Хроничен нефритен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N03.7 Хроничен нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N03.8 Хроничен нефритен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Нефрозен синдром

Включва: вроден нефрозен синдром
липоидна нефроза

N04.0 Нефрозен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N04.1 Нефрозен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N04.2 Нефрозен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N04.3 Нефрозен синдром -дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N04.4 Нефрозен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N04.5 Нефрозен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N04.6 Нефрозен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N04.7 Нефрозен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N04.8 Нефрозен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Нефритен синдром, неуточнен

Включва: гломерулна болест | БДУ
гломерулонефрит | БДУ
нефрит | БДУ
нефропатия БДУ и бъбречна болест БДУ с морфологични увреждания, уточнени в .0—.8

Не включва: нефропатия БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
бъбречна болест БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
тубулоинтерстициален нефрит БДУ (N12)

N05.0 Нефритен синдром, неуточнен - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N05.1 Нефритен синдром, неуточнен - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N05.2 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N05.3 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N05.4 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N05.5 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N05.6 Нефритен синдром, неуточнен - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N05.7 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N05.8 Нефритен синдром, неуточнен - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Гломерулни увреждания при болести, класифицирани другаде

N08.2* Гломерулни увреждания при болести на кръвта и имунни нарушения
Пурпура на Henoh – Schoenlein (D69.0†)

N08.3* Гломерулни увреждания при захарен диабет (E10—E14†

N08.4* Гломерулни увреждания при други болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата
Амилоидоза(E85.-†)

N08.5* Гломерулни увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Гломерулни увреждания при:
- синдром на Goodpasture (M31.0†)
- нодозен полиартериит (M30.0†)
- системен лупус еритематодес (M32.1†)
- тромботична тромбоцитопенична пурпура (M31.1†)
- грануломатоза на Wegener (M31.3†)

Други тубулоинтерстициални болести на бъбреците

N15.8 Други уточнени тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците

Тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците при болести, класифицирани другаде

N16.4* Бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Системен лупус еритематодес(M32.1†)

Забележка: Кодовете на диагнози към рубриките **N08.2** - **N08.5** и **N16.4** обозначени със знака (*) не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

30075-17 Биопсия на коремна стена или пъп

Биопсия на бъбрек

36561-00 Затворена биопсия на бъбрек
Ендоскопска биопсия през съществуваща:
- нефростомия
- нефротомия
- пиелостомия
- пиелотомия

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Интравенозна пиелография [IVP]

58706-00 Интравенозна пиелография
Инфузионна пиелография
Включва: предварителен общ план
Томография

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочни пътища
Обзорна бъбречна графия
Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра
Не включва: контрастна:
- цистография (58718-00 [1979])
- цистоуретрография (58721-00 [1979])
- пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
- уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])

ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

Включва всяко едно от следните:
91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
Антибиограма
91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-14 Изследване за белтък в урината
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-16 Изследване за билирубин в урината

1924 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва всяко едно от следните:
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
91910-08 Изследване на време на кървене
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време(APTT)
91910-11 Изследване на фибриноген
По преценка:
91923-01 Определяне на общи имуноглобулини IgM
91923-02 Определяне на общи имуноглобулини IgG
91923-03 Определяне на общи имуноглобулини IgA
91923-04 Определяне на C3 компонент на комплемента
91923-05 Определяне на C4 компонент на комплемента
91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91924-02 Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел
91922-00 Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
91922-04 Серологично изследване на HBsAg на хепатитен B вирус
91922-06 Серологично изследване на антитела срещу хепатитен C вирус

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лечебна плазмафереза

13750-00 Терапевтична плазмафереза

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

13706-05 Приложение на гама глобулин
Инжектиране или трансфузия на:
- гама глобулин
- имуноглобулин
- Intragam

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
***Не включва*:** прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96200-00	Подкожно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-11	Интравенозното приложение на фармакологичен агент – антикоагуланти
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица

Кодове на основни процедури.

При диагноза с код **N04.0** "**Нефрозен синдром - незначителни гломерулни нарушения**" отпада изискването за хистологично доказване на нефротичен синдром.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Детска нефрология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по детска нефрология Или Клиника/отделение по педиатрия - III-то ниво на компетентност
2. Клинична лаборатория II или III ниво
3. Рентгенов апарат за скопия и графия и ехографски апарат

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по клинична имунология
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. КТ/МРТ
4. Клиника/отделение по хемодиализа
5. Лаборатория по клинична микробиология

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

- четирима лекари със специалност педиатрия, от тези лекари най-малко един с допълнителна квалификация за извършване на ехография и поне един със специалност и детска нефрология и хемодиализа

или

- четирима лекари със специалност педиатрия и/или детска нефрология и хемодиализа, от които най-малко един със специалност детска нефрология и хемодиализа, както и поне един от тези лекари е с придобита квалификация за извършване на ехография

или

- двама лекари със специалност детска нефрология и хемодиализа и двама лекари със специалност педиатрия, като най-малко един от тези лекари е с допълнителна квалификация за извършване на ехография;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Бъбречно трансплантирани деца могат да бъдат лекувани в клиника по нефрология и трансплантация за възрастни, като при необходимост се прави консултация със специалист по детска нефрология.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

• нефротичен или нефритен синдром, с олигурия, хиперволемия, с или без прояви на белодробен и/или мозъчен оток, налагащи провеждане на активно наблюдение и спешно лечение;

• остро влошена бъбречна функция, налагаща спешна консервативна и/или диализна корекция на хомеостатичните параметри;

• микроскопска или макроскопска хематурия с или без протеинурия;

• изолирана постоянна протеинурия от различна степен;

• високостепенна протеинурия с отоци около очите и по крайниците или цялото тяло, със или без изливи в серозните кухини с клинико-лабораторна констелация на нефротичен синдром (протеинурия, хипопротеинемия с хипоалбуминемия, хиперхолестеролемия и хипертриглицеридемия);

• всеки от горните синдроми в съчетание с повишени стойности на кръвното налягане;

• всеки от горните синдроми в съчетание с влошаване на бъбречната функция с покачване на остатъчно азотните тела;

• положителни имунологични изследвания (ANA, анти- DNK – антитела; C3, C4 фракции и др.).

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

1. Вземане на биологичен материал (кръв и/или урина) за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) се извършва в рамките на болничния престой.

3. Ако се налагат рентгенови изследвания, те се извършват в хода на болничния престой на пациента.

4. Затворена (перкутанна) (иглена) биопсия на бъбрек се извършва до края на болничния престой на пациента, когато е показана.

Забележка: Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента.

Патогенетично лечение - в лечебната схема се включват:

• кортикостероиди – в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози при хроничен гломерулонефрит.

Пулсовете могат да се повтарят неколкократно в двуседмични интервали според степента на повлияване на клиничните симптоми и лабораторни показатели.

Пероралното лечение се провежда с кортизонов перорален препарат в доза съобразно приетите стандарти, с последващо намаляване на дозата по индивидуална схема до пълното му спиране или преминаване на поддържащо лечение. Прилага се в интервалите между пулсовете и след това до пълното овладяване на клиничните симптоми и лабораторни показатели, понякога с продължителност до една година.

• цитостатици - в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози - съгласно правилата за добра медицинска практика.

В терапевтичната схема могат да бъдат включени и други цитостатици – самостоятелно или в комбинация, както и имуносупресори.

Кортикостероидите и имуносупресорите се прилагат в различни терапевтични схеми според тежестта на протичане на заболяването и степента на подтискане на активността му и хистологичната картина.

При необходимост (тежък нефротичен синдром и/или изявена морфологична и/или имунологична активност) се провежда терапия с:

- антикоагуланти – директни (хепарин, нискомолекулярни хепарини), индиректни;
- антиагреганти;
- вливане на биопродукти;
- плазмафереза по преценка.

Като допълнителна терапия могат да се прилагат и антилипемични средства и имуномодулация с имуновенин, омега-3-ненаситени мастни киселини и други антиоксиданти.

Симптоматично лечение:

- антихипертензивнолечени;
- диуретично лечение.

При болни с хроничен гломерулонефрит - лечението трябва да бъде своевременно, комплексно и достатъчно продължително. Провежда се диетично, етиологично, патогенетично и симптоматично лечение.

Лечение на остър гломерулонефрит:

а) диетолечение – ограничаване на течности, NaCl, K, белтъци;

б) дехидратираща терапия – диуретици;

в) антихипертензивно лечение;

г) антибактериално лечение по микробиологични показания.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на:

- анамнестичните и клиничните прояви на заболяването - отоци по лицето и крайниците или цялото тяло, повишени стойности на артериалното налягане;
- наличието на характерни за гломерулонефрита лабораторни отклонения – макроскопска или микроскопска хематурия, протеинурия – различна по степен, хипопротеинемия с диспротеинемия, хиперлипидемия;
- възможни промени в хуморалния и клетъчен имунен статус (при вторични гломерулонефрити);
- чрез морфологично изследване на материал от проведена бъбречна биопсия.

При чист нефротичен синдром, при рецидивираща и постоянна хематурия, при остър постинфекциозен гломерулонефрит и при документирани медицински противопоказания (асиметрия на бъбрека, единствен бъбрек, неконтролирана хипертония, кистозна болест, хеморагична диатеза) биопсията в детска възраст не е задължителна. В тези случаи биопсия може да се извърши по преценка - съобразно клиничния ход и клиниколабораторните изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- задължително взет материал за биопсичното изследване (с изключение на случаите, описани в забележките по-горе);
- започнато патогенетично лечение.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Гломерулонефритите са група заболявания, които се характеризират с различни по вид и степен структурни и функционални промени, засягащи предимно гломерулите. Представляват остро или хронично двустранно, дифузно имунно възпаление на бъбреците. Могат да се проявят като самостоятелно заболяване (първични или идиопатични гломерулонефрити) или в хода на друго основно заболяване (вторични или съпътстващи гломерулонефрити – напр. при лупус еритематодес, болест на Шьонлайн – Хенох и др.). Диагнозата се поставя въз основа на клиничните прояви на болестта, лабораторните изследвания на кръв и урина и имунологичните показатели. За отдиференцирането на отделните видове гломерулонефрити и определянето на тежестта им е необходимо да се направи бъбречна биопсия. Тя до голяма степен определя вида и продължителността на лечението.

Клинично гломерулонефритите се проявяват с няколко общи, изразени в различна степен синдроми. Основните прояви са повишено кръвно налягане, отоци по лицето, краката или цялото тяло, поява на кръв и белтък в урината. Установяват се съответни промени в лабораторните показатели – ускорена утайка, намаляване на белтъците и увеличаване на мастите в кръвта. При някои пациенти може да се наблюдава преходно или трайно влошаване на бъбречната функция с покачване на стойностите на уреята и креатинина.

При навременното поставяне на диагнозата и провеждането на правилно лечение острият гломерулонефрит може да бъде излекуван. Само при малка част от пациентите заболяването може да хронифицира. Хроничният гломерулонефрит е с хронично рецидивиращ ход, с различна продължителност на ремисиите. При неправилно лечение или липса на такова, заболяването може да прогресира и да доведе до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Възможностите за лечение и прогнозата на острия или хроничен гломерулонефрит зависят от вида на морфологичния вариант на заболяването, доказан чрез бъбречна биопсия. Диагнозата се поставя и лечението се провежда в специализирана нефрологична клиника или отделение от специалисти - нефролози. Прилага се т. нар. патогенетично лечение с кортикостероиди, цитостатици и антикоагуланти по определени схеми. Наред с това се назначават лекарства, регулиращи кръвното налягане и отводняващи. Това лечение е продължително и често пъти се налага неколкократно постъпване в болница. То се провежда съобразено с получените резултати.

Отказът Ви от болничното лечение или извършване на необходимите изследвания или някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение; това може да доведе до усложняване на заболяването или неговото хронифициране с последващо влошаване на бъбречната функция до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Преди постъпването Ви в отделението ще получите копие от формуляра за информация на пациента; можете да задавате въпросите си и да коментирате тази информация с Вашия личен лекар или лекаря нефролог от приемния кабинет; трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте имал достатъчно време да я осмислите. В случай, че се наложат допълнителни инструментални изследвания ще получите допълнителна информация за целта и начина на тяхното провеждане, начина на подготовка и евентуалните рискове и усложнения. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да постъпите в болница за съответните изследвания и лечение.

КП № 86.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ХИСТОЛОГИЧНО ДОКАЗАНИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ – ОСТРИ И ХРОНИЧНИ, ПЪРВИЧНИ И ВТОРИЧНИ ПРИ СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

При извършване на терапевтична афереза
Минимален болничен престой – 1 ден
минимална продължителност на процедурата - 2 часа;
максимална продължителност на процедурата - 8 часа;
кратност на процедурата - от 1 път седмично до ежедневно;

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Хипертоничен бъбрек [хипертонична бъбречна болест]
Включва: всяко състояние от рубриките N18.—, N19.— или N26.— в съчетание с всяко състояние от рубриката I10
бъбречна атеросклероза
атеросклеротичен нефрит (хроничен)(интерстициален)
хипертонична нефропатия
нефросклероза

Не включва: вторична хипертония (I15.—)

I12.0 Хипертоничен бъбрек с бъбречна недостатъчност
Хипертонична бъбречна недостатъчност

I12.9 Хипертоничен бъбрек без бъбречна недостатъчност
Хипертничен бъбрек БДУ

Остър нефритен синдром
Включва: остър(-ра):
- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит
- бъбречна болест БДУ

Не включва: остър тубулоинтерстициален нефрит (N10)
нефритен синдром БДУ (N05.-)

N00.0 Остър нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N00.1 Остър нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:
•хиалиноза
•склероза
Огнищен гломерулонефрит

N00.2 Остър нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N00.3 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N00.4 Остър нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N00.5 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N00.6 Остър нефритен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N00.7 Остър нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N00.8 Остър нефритен синдром - други изменения

Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Бързо прогресиращ нефритен синдром

Включва: бързо прогресиращ(-а):
- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит

Не включва: нефритен синдром БДУ (N05.—)

N01.0 Бързо прогресиращ нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N01.1 Бързо прогресиращ нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N01.2 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N01.3 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N01.4 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N01.5 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N01.6 Бързо прогресиращ нефритен синдром - болест на плътните отлагания

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N01.7 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N01.8 Бързо прогресиращ нефритен синдром - други изменения

Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Рецидивираща и постоянна хематурия

Включва: хематурия:
- доброкачествена (фамилна) (детска)
- с морфологични увреждания, уточнени в .0—.8

Не включва: хематурия БДУ (R31)

N02.0 Рецидивираща и постоянна хематурия - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N02.1 Рецидивираща и постоянна хематурия - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N02.2 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N02.3 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N02.4 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N02.5 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N02.6 Рецидивираща и постоянна хематурия - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N02.7 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N02.8 Рецидивираща и постоянна хематурия - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Хроничен нефритен синдром

Включва: хроничен(-на):
- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит
- бъбречна болест БДУ

Не включва: хроничен тубулоинтерстициален нефрит (N11.—)
дифузен склерозиращ гломерулонефрит (N18.—)
нефритен синдром БДУ (N05.—)

N03.0 Хроничен нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N03.1 Хроничен нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N03.2 Хроничен нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N03.3 Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N03.4 Хроничен нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N03.5 Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N03.6 Хроничен нефритен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N03.7 Хроничен нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N03.8 Хроничен нефритен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Нефрозен синдром

Включва: вроден нефрозен синдром
липоидна нефроза

N04.0 Нефрозен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N04.1 Нефрозен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N04.2 Нефрозен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N04.3 Нефрозен синдром -дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N04.4 Нефрозен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N04.5 Нефрозен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N04.6 Нефрозен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N04.7 Нефрозен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N04.8 Нефрозен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Нефритен синдром, неуточнен

Включва: гломерулна болест
гломерулонефрит | БДУ
нефрит
нефропатия БДУ и бъбречна болест БДУ с морфологични увреждания, уточнени в .0—.8

Не включва: нефропатия БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
бъбречна болест БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
тубулоинтерстициален нефрит БДУ (N12)

N05.0 Нефритен синдром, неуточнен - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N05.1 Нефритен синдром, неуточнен - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N05.2 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N05.3 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N05.4 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N05.5 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N05.6 Нефритен синдром, неуточнен - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N05.7 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N05.8 Нефритен синдром, неуточнен - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

<u>Гломерулни увреждания при болести, класифицирани другаде</u>

Включва: нефропатия при болести, класифицирани другаде

Не включва: бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при болести, класифицирани другаде (N16.—*)

N08.2* Гломерулни увреждания при болести на кръвта и имунни нарушения
Пурпура на Henoh – Schoenlein (D69.0†)

N08.3* Гломерулни увреждания при захарен диабет (E10—E14†

N08.4* Гломерулни увреждания при други болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата
Амилоидоза(E85.-†)

N08.5* Гломерулни увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Гломерулни увреждания при:
- синдром на Goodpasture (M31.0†)
- нодозен полиартериит (M30.0†)
- системен лупус еритематодес (M32.1†)
- тромботична тромбоцитопенична пурпура (M31.1†)
- грануломатоза на Wegener (M31.3†)

<u>Други тубулоинтерстициални болести на бъбреците</u>

N15.8 Други уточнени тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците

<u>Тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците при болести, класифицирани другаде</u>

N16.4* Бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Системен лупус еритематодес (M32.1†)

Забележка: Кодовете на диагнози към рубриките **N08.2 - N08.5** и **N16.4** обозначени със знака (*) не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочни пътища
Обзорна бъбречна графия
Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра
Не включва: контрастна:
- цистография (58718-00 [1979])
- цистоуретрография (58721-00 [1979])
- пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
- уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

Включва всяко едно от следните:
91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-14 Изследване за белтък в урината
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-16 Изследване за билирубин в урината По преценка:
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните:
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин
91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

По преценка:
91923-01 Определяне на общи имуноглобулини IgM
91923-02 Определяне на общи имуноглобулини IgG
91923-03 Определяне на общи имуноглобулини IgA
91923-04 Определяне на C3 компонент на комплемента
91923-05 Определяне на C4 компонент на комплемента
91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91924-02 Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

13706-05 Приложение на гама глобулин Инжектиране или трансфузия на:
- гама глобулин
- имуноглобулин
- Intragam

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
***Не включва*:** прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96197-00 Мускулно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96200-00 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96201-00 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-11	Интравенозното приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти
Афереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза
13750-04	Афереза на клетки

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Болни, при които не може да се проведе ПББ по медицински показания, но вече гломерулонефритът е диагностициран по клинични и лабораторни данни и са били еднократно хоспитализирани по КП № 85, при следващи хоспитализации да се отчитат по КП № 86.

НЗОК заплаща на лечебни заведения за дейности по провеждане на процедури за терапевтична афереза, при спазване на следните критерии:

Обем и обхват на дейностите по процедура „Терапевтична афереза"

1. Продължителност на процедура „Терапевтична афереза"

1.1. минимална продължителност на процедурата - 2 часа;

1.2. максимална продължителност на процедурата - 8 часа;

1.3. кратност на процедурата - от 1 път седмично до ежедневно;

За терапевтична афереза- 13750-00 и клетъчна афереза- 13750-04 се сключват договори с лечебни заведения, които са получавали заплащане с публични средства за тази дейност през 2018 г. и 2019г.

Терапевтична афереза се отчита както следва – с код 13750-00 лечебна плазмафереза и с код 13750-04 клетъчна афереза.

Клиничната пътека може да бъде отчетена само с един от кодовете за терапевтична афереза, ако се извършва само тази процедура. В тези случаи НЗОК заплаща само за извършената процедура (терапевтична афереза).

В случаите, в които при пациентите е необходимо да се извършат и други дейности (в рамките на тази клинична пътека, освен терапевтичната афереза), последните се отчитат със съответните кодове от таблица Основни процедури в изискуемия в ДЛА вид и брой.

2. Квалификация на екипа, провеждащ терапевтичната афереза:

Терапевтичната афереза се осъществява от екип от най-малко двама лекари с призната специалност по "Нефрология", от които най-малко един с придобит сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза. В екипа може да участват и лекари с медицинска специалност по профила на основното заболяване.

или

Терапевтичната афереза се осъществява от екип от най-малко двама лекари с призната специалност по "Анестезия и интензивно лечение", от които най-малко един с придобит сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза. В екипа може да участват и лекари с медицинска специалност по профила на основното заболяване.

3. Индикации за прилагане на „Терапевтичната афереза":

При бъбречна трансплантация.

НЗОК заплаща на многопрофилни болници за активно лечение за афереза при наличие на разрешение за дейност и на:

1. поне една от следните структури с квалифициран за извършването на дейността персонал и с апарат за екстракорпорално кръвообращение и сетове с мембрани/центрофуги за сепариране на

форменните елементи на кръвта от плазмата или разделяне на видовете полипептиди в човешката плазма:

а) клиника/отделение по диализа – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Диализно лечение“ или

б) клиника/отделение по анестезиология и/или интензивно лечение с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“;

2. разкрита структура по спешна медицина, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Спешна медицина";

3. разкрита структура по нефрология с III ниво на компетентност, съгласно съответните медицински стандарти;

4. медико-диагностични структури – клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност и структура по образна диагностика, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график;

5. наличието на апаратура и квалифициран персонал по т. 1 се удостоверява със съответните документи;

В случаите, при които пациентът се хоспитализира само за осъществяване на терапевтична афереза ЛЗ отчита медицинската процедура, като в отчетните документи се вписва клиничната пътека (КП № 86.1), диагнозата и кода на терапевтичната афереза код 13750-00 - клетъчна афереза 13750-04. В тези случаи се заплаща само тази медицинска процедура, като могат да се отчетат повече от една процедура в един отчетен период.

В случаите, при които в рамките на клиничната пътека се осъществяват и други медицински прегледи и процедури, освен афереза и са изпълнени изискванията за завършена терапевтична клинична пътека се заплаща КП и терапевтичната афереза.

При отчитане на код 13750-00 или 13750-04 НЗОК заплаща след проверка на дейността.

В цената на клиничната пътека се включват еднократни консумативи и медицински изделия, което е част от ДЛА на тази клинична пътека и подлежи на проверка.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нефрология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нефрология".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение понефрология или Клиника/отделение по вътрешни болести III-то ниво на компетентност
2. Клинична лаборатория II или III ниво с възможност за КГА, хемостазеология и др.
3. Рентгенов апарат за скопия и графия и ехографски апарат
4. Апаратура за пункционна бъбречна биопсия
5.Апаратура за терапевтична афереза – при отчитане на код 13750-00 (13750-04 - клетъчна афереза)

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща

сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по клинична имунология
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Апаратура за плазмафереза
4. КТ/МРТ
5. Клиника/отделение по хемодиализа
6. Лаборатория по клинична микробиология

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- трима лекари с призната специалност по нефрология, един от които да има придобита квалификация за извършване на коремна ехография и един с допълнителна квалификация за извършване на бъбречна биопсия; - лекар със специалност по клинична лаборатория; - лекар със специалност по образна диагностика.
- трима специалисти по „Нефрология“ за изпълнение на код 13750-00 (13750-04 - клетъчна афереза)

или

- трима специалисти по „Анестезиология и интензивно лечение“ за изпълнение на код 13750-00 (13750-04- клетъчна афереза)

Изисквания за професионален опит на специалистите по „Нефрология“ и/или „Анестезиология и интензивно лечение“ при изпълнение на дейност с код 13750-00/1375004 - минимум 15 процедури на един от тези специалисти терапевтична афереза годишно, платени с публични средства през предходната година, удостоверено с документ.

При бременни с гломерулонефрит лечението се осъществява в клиники/отделения по акушерство и гинекология под наблюдение на нефролог.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- нефротичен или нефритен синдром, с олигурия, хиперволемия, с или без прояви на белодробен и/или мозъчен оток, налагащи провеждане на активно наблюдение и спешно лечение;
- остро влошена бъбречна функция, налагаща спешна консервативна и/или диализна корекция на хомеостатичните параметри;
- микроскопска или макроскопска хематурия с или без протеинурия;
- изолирана постоянна протеинурия от различна степен;
- високостепенна протеинурия с отоци около очите и по крайниците или цялото тяло, със или без изливи в серозните кухини с клинико-лабораторна констелация на нефротичен синдром (протеинурия, хипопротеинемия с хипоалбуминемия, хиперхолестеролемия и хипертриглицеридемия);
- всеки от горните синдроми в съчетание с повишени стойности на кръвното налягане;
- клинико-лабораторна констелация на нефротичен синдром (протеинурия, хипопротеинемия с хипоалбуминемия, хиперхолестеролемия и хипертриглицеридемия);
- всеки от горните синдроми в съчетание с влошаване на бъбречната функция с покачване на остатъчно азотните тела;
- положителни имунологични изследвания (ANA, анти- DNK – антитела; C3, C4 фракции и др.);
- изразена морфологична активност в патоморфологичния резултат при ребиопсия, с или без съчетание с някои от изброените по - горе клинични и/или лабораторни показатели.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

1. Вземане на биологичен материал (кръв и/или урина) за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови изследвания се извършват до края на болничния престой.

3. Медико-диагностични изследвания се извършват по време на хоспитализацията на пациента.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента.

По преценка на лекуващия лекар се извършват следните медико-диагностични изследвания:

Биохимични: кръвна захар;

Електролити: калций, фосфор, калий, натрий, хлор;

Хемокоагулационни изследвания:

- време на кървене, време на съсирване, протромбиново време;
- парциално тромбопластиново време, кефалин - каолинов индекс /APTT/, фибриноген;

Имунологични изследвания (по преценка):

- хуморален имунитет - Ig G или Ig A или Ig M или Ig E или комплемент C3 или C4 C1 инхибитор;
- клетъчен имунитет - определяне на лимфоцитните популации: CD3+, CD3+8+, CD3+4+, CD19+, CD3-16+56+ и/или други специфични клетъчно – повърхностни лимфоцитни маркери;
- АНА, ДНК – АТ.

На активно патогенетично лечение в стационар подлежат пациенти с морфологично уточнено заболяване.

Патогенетично лечение - в лечебната схема се включват:

- кортикостероиди – в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози при хроничен гломерулонефрит.

Пулсовете могат да се повтарят според степента на повлияване на клиничните симптоми и лабораторни показатели.

Пероралното лечение се провежда с кортизонов перорален препарат в доза съобразно приетите стандарти, с последващо намаляване на дозата по индивидуална схема до пълното му спиране или преминаване на поддържащо лечение. Прилага се в интервалите между пулсовете и след това до пълното овладяване на клиничните симптоми и лабораторни показатели, понякога с продължителност до една година.

- цитостатици - в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози - съгласно правилата за добра медицинска практика.

В терапевтичната схема могат да бъдат включени и други цитостатици – самостоятелно или в комбинация, както и имуносупресори. При включване на Циклоспорин А е необходимо следене на кръвните нива на медикамента.

Кортикостероидите и имуносупресорите се прилагат в различни терапевтични схеми според хистологичната картина, тежестта на протичане на заболяването и степента на подтискане на активността му.

При необходимост (тежък нефротичен синдром и/или изявена морфологична и/или имунологична активност) се провежда терапия с:

- антикоагуланти – директни (хепарин, нискомолекулярни хепарини), индиректни;
- антиагреганти;
- вливане на биопродукти;
- плазмафереза по преценка.

Като допълнителна терапия могат да се прилагат и антилипемични средства и имуномодулация с човешки имуноглобулин, омега-3-ненаситени мастни киселини и други антиоксиданти.

Симптоматично лечение:

- антихипертензивно лечение;
- диуретично лечение.

При болни с хроничен гломерулонефрит - лечението трябва да бъде своевременно, комплексно и достатъчно продължително. Провежда се диетично, етиологично, патогенетично и симптоматично лечение.

Лечение на остър гломерулонефрит

а) диетолечение – ограничаване на течности, NaCl, K, белтъци;

б) дехидратираща терапия – диуретици;
в) антихипертензивно лечение;
г) антибактериално лечение по микробиологични показания.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на:

- анамнестичните и клиничните прояви на заболяването - отоци по лицето и крайниците или цялото тяло, повишени стойности на артериалното налягане;
- наличието на характерни за гломерулонефрита лабораторни отклонения – макроскопска или микроскопска хематурия, протеинурия – различна по степен, хипопротеинемия с диспротеинемия, хиперлипидемия;
- възможни промени в хуморалния и клетъчен имунен статус (при вторични гломерулонефрити);
- чрез морфологично изследване на материал от проведена бъбречна биопсия.

Всяка нова хоспитализация при ГН (в рамките на различен отчетен период), която отговаря на някои от индикациите за хоспитализация се отчита като нова клинична пътека. В тези случаи нова бъбречна биопсия не е необходима и тя се назначава само по показания: неуспешна предходна биопсия или недостатъчен материал от бъбречна тъкан; преоценка на диагнозата и/или оценка на резултатите от продължително (няколко месеца) лечение.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- адаптирано патогенетично лечение;
- подобряване в клиничната и/или лабораторна находка (проследяване за протеинурия; уринен седимент, бъбречна функция – клирънс или креатинин);
- подобряване или стабилизиране на клиничната и/или лабораторна находка (проследяване за протеинурия; уринен седимент, бъбречна функция – клирънс или креатинин);
- стабилизиране на АН и/или липса на отточен синдром.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Гломерулонефритите са група заболявания, които се характеризират с различни по вид и степен структурни и функционални промени, засягащи предимно гломерулите. Представляват остро или хронично двустранно, дифузно имунно възпаление на бъбреците. Могат да се проявят като самостоятелно заболяване (първични или идиопатични гломерулонефрити) или в хода на друго основно заболяване (вторични или съпътстващи гломерулонефрити – напр. при лупус еритематодес, болест на Шьонлайн – Хенох и др.). Диагнозата се поставя въз основа на клиничните прояви на болестта, лабораторните изследвания на кръв и урина и имунологичните показатели. За

отдиференцирането на отделните видове гломерулонефрити и определянето на тежестта им е необходимо да се направи бъбречна биопсия. Тя до голяма степен определя вида и продължителността на лечението.

Клинично гломерулонефритите се проявяват с няколко общи, изразени в различна степен синдроми. Основните прояви са повишено кръвно налягане, отоци по лицето, краката или цялото тяло, поява на кръв и белтък в урината. Установяват се съответни промени в лабораторните показатели – ускорена утайка, намаляване на белтъците и увеличаване на мастите в кръвта. При някои пациенти може да се наблюдава преходно или трайно влошаване на бъбречната функция с покачване на стойностите на уреята и креатинина.

При навременното поставяне на диагнозата и провеждането на правилно лечение острият гломерулонефрит може да бъде излекуван. Само при малка част от пациентите заболяването може да хронифицира. Хроничният гломерулонефрит е с хронично рецидивиращ ход с различна продължителност на ремисиите. При неправилно лечение или липса на такова, заболяването може да прогресира и да доведе до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Възможностите за лечение и прогнозата на острия или хроничен гломерулонефрит зависят от вида на морфологичния вариант на заболяването, доказан чрез бъбречна биопсия. Диагнозата се поставя и лечението се провежда в специализирана нефрологична клиника или отделение от специалисти - нефролози. Прилага се т.нар. патогенетично лечение с кортикостероиди, цитостатици и антикоагуланти по определени схеми. Наред с това се назначават лекарства, регулиращи кръвното налягане и отводняващи. Това лечение е продължително и често пъти се налага неколкократно постъпване в болница. То се провежда съобразено с получените резултати.

Отказът Ви от болничното лечение или извършване на необходимите изследвания или някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение; това може да доведе до усложняване на заболяването или неговото хронифициране с последващо влошаване на бъбречната функция до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Преди постъпването Ви в отделението ще получите копие от формуляра за информация на пациента; можете да задавате въпросите си и да коментирате тази информация с Вашия личен лекар или лекаря нефролог от приемния кабинет; трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте имал достатъчно време да я осмислите. В случай, че се наложат допълнителни инструментални изследвания ще получите допълнителна информация за целта и начина на тяхното провеждане, начина на подготовка и евентуалните рискове и усложнения. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да постъпите в болница за съответните изследвания и лечение.

КП № 86.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ХИСТОЛОГИЧНО ДОКАЗАНИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТИ – ОСТРИ И ХРОНИЧНИ, ПЪРВИЧНИ И ВТОРИЧНИ ПРИ СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

При извършване на терапевтична афереза
Минимален болничен престой – 1 ден
минимална продължителност на процедурата 2 часа;
максимална продължителност на процедурата 8 часа;
кратност на процедурата - от 1 път седмично до ежедневно;

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър нефритен синдром
Включва: остър(-ра):
- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит
- бъбречна болест БДУ

Не включва: остър тубулоинтерстициален нефрит (N10)
нефритен синдром БДУ (N05.-)

N00.0 Остър нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N00.1 Остър нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:
•хиалиноза
•склероза
Огнищен гломерулонефрит

N00.2 Остър нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N00.3 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N00.4 Остър нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N00.5 Остър нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N00.6 Остър нефритен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N00.7 Остър нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N00.8 Остър нефритен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Бързо прогресиращ нефритен синдром
Включва: бързо прогресиращ(-а):
- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит

Не включва: нефритен синдром БДУ (N05.—)

N01.0 Бързо прогресиращ нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N01.1 Бързо прогресиращ нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N01.2 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N01.3 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N01.4 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N01.5 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N01.6 Бързо прогресиращ нефритен синдром - болест на плътните отлагания

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N01.7 Бързо прогресиращ нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N01.8 Бързо прогресиращ нефритен синдром - други изменения

Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Рецидивираща и постоянна хематурия

Включва: хематурия:
- доброкачествена (фамилна) (детска)
- с морфологични увреждания, уточнени в .0—.8

Не включва: хематурия БДУ (R31)

N02.0 Рецидивираща и постоянна хематурия - незначителни гломерулни нарушения

Минимално увреждане

N02.1 Рецидивираща и постоянна хематурия - огнищни и сегментни гломерулни увреждания

Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N02.2 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N02.3 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N02.4 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N02.5 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N02.6 Рецидивираща и постоянна хематурия - болест на плътните отлагания

Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N02.7 Рецидивираща и постоянна хематурия - дифузен полулунен гломерулонефрит

Екстракапилярен гломерулонефрит

N02.8 Рецидивираща и постоянна хематурия - други изменения

Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Хроничен нефритен синдром

Включва: хроничен(-на):
- гломерулна болест
- гломерулонефрит
- нефрит
- бъбречна болест БДУ

Не включва: хроничен тубулоинтерстициален нефрит (N11.—)
дифузен склерозиращ гломерулонефрит (N18.—)
нефритен синдром БДУ (N05.—)

N03.0 Хроничен нефритен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N03.1 Хроничен нефритен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N03.2 Хроничен нефритен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N03.3 Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N03.4 Хроничен нефритен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N03.5 Хроничен нефритен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N03.6 Хроничен нефритен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N03.7 Хроничен нефритен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N03.8 Хроничен нефритен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Нефрозен синдром

Включва: вроден нефрозен синдром
липоидна нефроза

N04.0 Нефрозен синдром - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N04.1 Нефрозен синдром - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N04.2 Нефрозен синдром - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N04.3 Нефрозен синдром -дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N04.4 Нефрозен синдром - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N04.5 Нефрозен синдром - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N04.6 Нефрозен синдром - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N04.7 Нефрозен синдром - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N04.8 Нефрозен синдром - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Нефритен синдром, неуточнен

Включва: гломерулна болест | БДУ
гломерулонефрит | БДУ
нефрит | БДУ
нефропатия БДУ и бъбречнаболест БДУ с морфологични увреждания, уточнени в .0—.8

Не включва: нефропатия БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
бъбречна болест БДУ с неустановено морфологично увреждане (N28.9)
тубулоинтерстициален нефрит БДУ (N12)

N05.0 Нефритен синдром, неуточнен - незначителни гломерулни нарушения
Минимално увреждане

N05.1 Нефритен синдром, неуточнен - огнищни и сегментни гломерулни увреждания
Огнищна и сегментна:
- хиалиноза
- склероза

Огнищен гломерулонефрит

N05.2 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мембранозен гломерулонефрит

N05.3 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиопролиферативен гломерулонефрит

N05.4 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен ендокапилярен пролиферативен гломерулонефрит

N05.5 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен мезангиокапилярен гломерулонефрит
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 1 и тип 3 или БДУ)

N05.6 Нефритен синдром, неуточнен - болест на плътните отлагания
Мембранопролиферативен гломерулонефрит (тип 2)

N05.7 Нефритен синдром, неуточнен - дифузен полулунен гломерулонефрит
Екстракапилярен гломерулонефрит

N05.8 Нефритен синдром, неуточнен - други изменения
Пролиферативен гломерулонефрит БДУ

Гломерулни увреждания при болести, класифицирани другаде

N08.2* Гломерулни увреждания при болести на кръвта и имунни нарушения
Пурпура на Henoh – Schoenlein (D69.0†)

N08.3* Гломерулни увреждания при захарен диабет (E10—E14†

N08.4* Гломерулни увреждания при други болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата
Амилоидоза(E85.-†)

N08.5* Гломерулни увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Гломерулни увреждания при:
- синдром на Goodpasture (M31.0†)
- нодозен полиартериит (M30.0†)
- системен лупус еритематодес (M32.1†)
- тромботична тромбоцитопенична пурпура (M31.1†)
- грануломатоза на Wegener (M31.3†)

Други тубулоинтерстициални болести на бъбреците

N15.8 Други уточнени тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците

Тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците при болести, класифицирани другаде

N16.4* Бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Системен лупус еритематодес(M32.1†)

Забележка: Кодовете на диагнози към рубриките **N08.2 - N08.5** и **N16.4** обозначени със знака (*) не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])

- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочни пътища
Обзорна бъбречна графия
Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра
Не включва: контрастна:
- цистография (58718-00 [1979])
- цистоуретрография (58721-00 [1979])
- пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
- уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

Включва всяко едно от следните:
91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-14 Изследване за белтък в урината
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-16 Изследване за билирубин в урината

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните:
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-23	Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35	Клинично-химични изследвания за Фосфати

По преценка:

91923-01	Определяне на общи имуноглобулини IgM
91923-02	Определяне на общи имуноглобулини IgG
91923-03	Определяне на общи имуноглобулини IgA
91923-04	Определяне на С3 компонент на комплемента
91923-05	Определяне на С4 компонент на комплемента
91924-01	Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91924-02	Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
13706-05	Приложение на гама глобулин Инжектиране или трансфузия на: • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam

Приложение на фармакотерапия

96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96200-00	Подкожно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-11	Интравенозното приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент - антикоагуланти
Афереза	
13750-00	Терапевтичнаплазмафереза
13750-04	Афереза на клетки

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Болни, при които не може да се проведе ПББ по медицински показания, но вече гломерулонефритът е диагностициран по клинични и лабораторни данни и са били еднократно хоспитализирани по КП № 85, при следващи хоспитализации да се отчитат по КП № 86.

НЗОК заплаща на лечебни заведения за дейности по провеждане на процедури за терапевтична афереза, при спазване на следните критерии:

Обем и обхват на дейностите по процедура „Терапевтична афереза"

1. Продължителност на процедура „Терапевтична афереза"

1.1. минимална продължителност на процедурата - 2 часа;

1.2. максимална продължителност на процедурата - 8 часа;

1.3. кратност на процедурата - от 1 път седмично до ежедневно;

За терапевтична афереза- 13750-00 и клетъчна афереза- 13750-04 се сключват договори с лечебни заведения, които са получавали заплащане с публични средства за тази дейност през 2018 г. и 2019г.

Терапевтична афереза се отчита както следва – с код 13750-00 лечебна плазмафереза и с код 13750-04 клетъчна афереза.

Клиничната пътека може да бъде отчетена само с един от кодовете за терапевтична афереза, ако се извършва само тази процедура. В тези случаи НЗОК заплаща само за извършената процедура (терапевтична афереза).

В случаите, в които при пациентите е необходимо да се извършат и други дейности (в рамките на тази клинична пътека, освен терапевтичната афереза), последните се отчитат със съответните кодове от таблица Основни процедури в изискуемия в ДЛА вид и брой.

2. Квалификация на екипа, провеждащ терапевтичната афереза:

Терапевтичната афереза се осъществява от екип от най-малко двама лекари с призната специалност по "Детска нефрология", от които най-малко един с придобит сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза. В екипа може да участват и лекари с медицинска специалност по профила на основното заболяване.

или

Терапевтичната афереза се осъществява от екип от най-малко двама лекари с призната специалност по "Анестезия и интензивно лечение", от които най-малко един с придобит сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза. В екипа може да участват и лекари с медицинска специалност по профила на основното заболяване.

3. Индикации за прилагане на „Терапевтичната афереза":

При бъбречна трансплантация.

НЗОК заплаща на многопрофилни болници за активно лечение за афереза при наличие на разрешение за дейност и на:

1. поне една от следните структури с квалифициран за извършването на дейността персонал и с апарат за екстракорпорално кръвообращение и сетове с мембрани/центрофуги за сепариране на форменните елементи на кръвта от плазмата или разделяне на видовете полипептиди в човешката плазма:

а) клиника/отделение по диализа – III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Диализно лечение" или

б) клиника/отделение по анестезиология и/или интензивно лечение с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение";

2. разкрита структура по спешна медицина, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Спешна медицина";

3. разкрита структура по детска нефрология/педиатрия с III ниво на компетентност, съгласно съответните медицински стандарти;

4. медико-диагностични структури – клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност и структура по образна диагностика, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график;

5. наличието на апаратура и квалифициран персонал по т. 1 се удостоверява със съответните документи;

В случаите, при които пациентът се хоспитализира само за осъществяване на терапевтична афереза ЛЗ отчита медицинската процедура, като в отчетните документи се вписва клиничната пътека (КП № 86.2), диагнозата и кода на терапевтичната афереза код 13750-00. В тези случаи се заплаща само тази медицинска процедура, като могат да се отчетат повече от една процедура в един отчетен период.

В случаите, при които в рамките на клиничната пътека се осъществяват и други медицински прегледи и процедури, освен афереза и са изпълнени изискванията за завършена терапевтична клинична пътека се заплаща КП и терапевтичната афереза.

При отчитане на код 13750-00 или 13750-04 НЗОК заплаща след проверка на дейността.

В цената на клиничната пътека се включват еднократни консумативи и медицински изделия, което е част от ДЛА на тази клинична пътека и подлежи на проверка.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска нефрология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детсканефрология или Клиника/отделение по педиатрия - III-то ниво на компетентност
2. Клинична лаборатория II или III ниво с възможност за КГА, хемостазеология и др.
3. Рентгенов апарат за скопия и графия и ехографски апарат
4.Апаратура за терапевтична афереза – при отчитане на код 13750-00 (13750-04- клетъчна афереза)

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по детска нефрология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по клинична имунология
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Апаратура за плазмафереза
4. КТ/МРТ
5. Клиника/отделение по хемодиализа
6. Лаборатория по клинична микробиология

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

- четирима лекари със специалност педиатрия; от тези лекари най-малко един с допълнителна квалификация за извършване на ехография и поне един със специалност и детска нефрология и хемодиализа

или

- четирима лекари със специалност педиатрия и/или детска нефрология и хемодиализа, от които най-малко един със специалност детска нефрология и хемодиализа, както и поне един от тези лекари е с придобита квалификация за извършване на ехография

или

- двама лекари със специалност детска нефрология и хемодиализа и двама лекари със специалност педиатрия, като най-малко един от тези лекари е с допълнителна квалификация за извършване на ехография;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.
- трима специалисти по „Детска нефрология“ за изпълнение на код 13750-00 (13750-04)

или

- трима специалисти по „Анестезиология и интензивно лечение“ за изпълнение на код 13750-00 (13750-04)

Изисквания за професионален опит на специалистите по „Детска нефрология“ и/или „Анестезиология и интензивно лечение“ при изпълнение на дейност с код 13750-00/13750-04 - минимум 15 процедури на един от тези специалисти терапевтична афереза годишно, платени с публични средства през предходната година, удостоверено с документ.

Изисква се сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза поне за един специалист.

Бъбречно трансплантирани деца могат да бъдат лекувани в клиника по нефрология и трансплантация за възрастни, като при необходимост се прави консултация с детски нефролог.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- нефротичен или нефритен синдром, с олигурия, хиперволемия, с или без прояви на белодробен и/или мозъчен оток, налагащи провеждане на активно наблюдение и спешно лечение;
- остро влошена бъбречна функция, налагаща спешна консервативна и/или диализна корекция на хомеостатичните параметри;
- микроскопска или макроскопска хематурия с или без протеинурия;
- изолирана постоянна протеинурия от различна степен;
- високостепенна протеинурия с отоци около очите и по крайниците или цялото тяло, със или без изливи в серозните кухини с клинико-лабораторна констелация на нефротичен синдром (протеинурия, хипопротеинемия с хипоалбуминемия, хиперхолестеролемия и хипертриглицеридемия);
- всеки от горните синдроми в съчетание с повишени стойности на кръвното налягане;
- клинико-лабораторна констелация на нефротичен синдром (протеинурия, хипопротеинемия с хипоалбуминемия, хиперхолестеролемия и хипертриглицеридемия);
- всеки от горните синдроми в съчетание с влошаване на бъбречната функция с покачване на остатъчно азотните тела;
- положителни имунологични изследвания (ANA, анти- DNK - антитела; C3, C4 фракции и др.);
- изразена морфологична активност в патоморфологичния резултат при ребиопсия, с или без съчетание с някои от изброените по-горе клинични и/или лабораторни показатели;
- хоспитализация за провеждане на пореден цитостатичен пулс според лечебната схема, независимо дали болният е с рецидив или в ремисия на заболяването.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.
2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови изследвания се извършват до края на болничния престой.
3. Медико-диагностични изследвания се извършват по време хоспитализацията на пациента.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

По преценка на лекуващия лекар се извършват следните медико-диагностични изследвания:

Биохимични: кръвна захар;

Електролити: калций, фосфор, калий, натрий, хлор;

Хемокоагулационни изследвания:

- време на кървене, време на съсирване, протромбиново време,
- парциално тромбопластиново време, кефалин- каолинов индекс/APTT/, фибриноген.

Имунологични изследвания (по преценка):

- хуморален имунитет - Ig G ,Ig A и Ig M и комплемент C3, а C4 и C1 - по преценка, ANA, Anti DNA, ANCA, anti GBM – по преценка;
- клетъчен имунитет – определяне на лимфоцитните популации: CD3+, CD3+8+, CD3+4+, CD19+, CD3-16+56+ и/или други специфични клетъчно - повърхностни лимфоцитни маркери.

На активно патогенетично лечение в стационар подлежат пациенти с морфологично уточнено заболяване.

Патогенетично лечение - в лечебната схема се включват:

• кортикостероиди – в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози при хроничен гломерулонефрит.

Пулсовете могат да се повтарят неколкократно в двуседмични интервали според степента на повлияване на клиничните симптоми и лабораторни показатели.

Пероралното лечение се провежда с кортизонов перорален препарат в доза съобразно приетите стандарти, с последващо намаляване на дозата по индивидуална схема до пълното му спиране или преминаване на поддържащо лечение. Прилага се в интервалите между пулсовете и след това до пълното овладяване на клиничните симптоми и лабораторни показатели, понякога с продължителност до една година.

• цитостатици - в пулсови и конвенционални (стандартно лечение) дози - съгласно правилата за добра медицинска практика.

В терапевтичната схема могат да бъдат включени и други цитостатици – самостоятелно или в комбинация, както и имуносупресори.

Кортикостероидите и имуносупресорите се прилагат в различни терапевтични схеми според хистологичната картина, тежестта на протичане на заболяването и степента на подтискане на активността му.

При необходимост (тежък нефротичен синдром и/или изявена морфологична и/или имунологична активност) се провежда терапия с:

- антикоагуланти – директни (хепарин, нискомолекулярни хепарини), индиректни;
- антиагреганти;
- вливане на биопродукти;
- плазмафереза по преценка.

Като допълнителна терапия могат да се прилагат и антилипемични средства и имуномодулация с човешки имуноглобулин, омега-3-ненаситени мастни киселини и други антиоксиданти.

Симптоматично лечение:

- антихипертензивнолечение;
- диуретично лечение.

При болни с хроничен гломерулонефрит - лечението трябва да бъде своевременно, комплексно и достатъчно продължително. Провежда се диетично, етиологично, патогенетично и симптоматично лечение.

Лечение на остър гломерулонефрит:

а) диетолечение – ограничаване на течности, NaCl, K, белтъци;

б) дехидратираща терапия – диуретици;

в) антихипертензивно лечение;

г) антибактериално лечение по микробиологични показания.

Забележка: При чист нефротичен синдром, при рецидивираща и постоянна хематурия, при остър постинфекциозен гломерулонефрит и при документирани медицински противопоказания, биопсията в детската възраст не е задължителна.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на:

- анамнестичните и клиничните прояви на заболяването - отоци по лицето и крайниците или цялото тяло, повишени стойности на артериалното налягане;
- наличието на характерни за гломерулонефрита лабораторни отклонения – макроскопска или микроскопска хематурия, протеинурия - различна по степен, хипопротеинемия с диспротеинемия, хиперлипидемия;
- възможни промени в хуморалния и клетъчен имунен статус (при вторични гломерулонефрити);
- чрез морфологично изследване на материал от проведена бъбречна биопсия.

Всяка нова хоспитализация при ГН (в рамките на различен отчетен период), която отговаря на някои от индикациите за хоспитализация се отчита като нова клинична пътека. В тези случаи нова бъбречна биопсия не е необходима и тя се назначава само по показания: неуспешна предходна биопсия или недостатъчен материал от бъбречна тъкан; преоценка на диагнозата и/или оценка на резултатите от продължително (няколко месеца) лечение.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- адаптирано патогенетично лечение;
- подобряване в клиничната и/или лабораторна находка (проследяване за протеинурия; уринен седимент; бъбречна функция – клирънс или креатинин);
- стабилизиране на АН и/или липса на оточен синдром.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Гломерулонефритите са група заболявания, които се характеризират с различни по вид и степен структурни и функционални промени, засягащи предимно гломерулите. Представляват остро или хронично двустранно, дифузно имунно възпаление на бъбреците. Могат да се проявят като самостоятелно заболяване (първични или идиопатични гломерулонефрити) или в хода на друго основно заболяване (вторични или съпътстващи гломерулонефрити – напр. при лупус еритематодес, болест на Шьонлайн – Хенох и др.). Диагнозата се поставя въз основа на клиничните прояви на болестта, лабораторните изследвания на кръв и урина и имунологичните показатели. За отдиференцирането на отделните видове гломерулонефрити и определянето на тежестта им е необходимо да се направи бъбречна биопсия. Тя до голяма степен определя вида и продължителността на лечението.

Клинично гломерулонефритите се проявяват с няколко общи, изразени в различна степен синдроми. Основните прояви са повишено кръвно налягане, отоци по лицето, краката или цялото тяло, поява на кръв и белтък в урината. Установяват се съответни промени в лабораторните показатели – ускорена утайка, намаляване на белтъците и увеличаване на мастите в кръвта. При някои пациенти може да се наблюдава преходно или трайно влошаване на бъбречната функция с покачване на стойностите на уреята и креатинина.

При навременното поставяне на диагнозата и провеждането на правилно лечение острият гломерулонефрит може да бъде излекуван. Само при малка част от пациентите заболяването може да хронифицира. Хроничният гломерулонефрит е с хронично рецидивиращ ход с различна продължителност на ремисиите. При неправилно лечение или липса на такова, заболяването може да прогресира и да доведе до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Възможностите за лечение и прогнозата на острия или хроничен гломерулонефрит зависят от вида на морфологичния вариант на заболяването, доказан чрез бъбречна биопсия. Диагнозата се поставя и лечението се провежда в специализирана нефрологична клиника или отделение от специалисти – нефролози. Прилага се т.нар. патогенетично лечение с кортикостероиди, цитостатици и антикоагуланти по определени схеми. Наред с това се назначават лекарства, регулиращи кръвното налягане и отводняващи. Това лечение е продължително и често пъти се налага неколкократно постъпване в болница. То се провежда съобразено с получените резултати.

Отказът Ви от болничното лечение или извършване на необходимите изследвания или някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение; това може да доведе до усложняване на заболяването или неговото хронифициране с последващо влошаване на бъбречната функция до развитие на хронична бъбречна недостатъчност.

Преди постъпването Ви в отделението ще получите копие от формуляра за информация на пациента; можете да задавате въпросите си и да коментирате тази информация с Вашия личен лекар

или лекаря нефролог от приемния кабинет; трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте имал достатъчно време да я осмислите. В случай, че се наложат допълнителни инструментални изследвания ще получите допълнителна информация за целта и начина на тяхното провеждане, начина на подготовка и евентуалните рискове и усложнения. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да постъпите в болница за съответните изследвания и лечение

КП № 87.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 4 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остра бъбречна недостатъчност

N17.0 Остра бъбречна недостатъчност с тубулна некроза
Тубулна некроза:
- БДУ
- остра
- бъбречна

N17.1 Остра бъбречна недостатъчност с остра кортикална некроза
Кортикална некроза:
- БДУ
- остра
- бъбречна

N17.8 Друга остра бъбречна недостатъчност

Усложнения в послеродовия период, некласифицирани другаде

O90.4 Остра бъбречна недостатъчност след раждането
Хепаторенален синдром, съпровождащ раждането

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

***Не включва*:** такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Ретроградна рентгенография на отделителна система

58715-01 Ретроградна пиелография

58721-00 Ретроградна микционна цистоуретрография

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочни пътища

Обзорна бъбречна графия

Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра

Не включва: контрастна:
- цистография (58718-00 [1979])
- цистоуретрография (58721-00 [1979])
- пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
- уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729- 01 [1945])

1932 Изследвания на урината

Включва всяко едно от следните:
91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-14 Изследване за белтък в урината
91920-16 Изследване за билирубин в урината

По преценка:
91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
Антибиограма

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

13311-00 измерване на газове на смесена венозна кръв

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микробиологично изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва всяко едно от следните:

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин – по преценка

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций

91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати

91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

По преценка:

91923-01 Определяне на общи имуноглобулини IgM

91923-02 Определяне на общи имуноглобулини IgG

91923-03 Определяне на общи имуноглобулини IgA

91923-04 Определяне на C3 компонент на комплемента

91923-05 Определяне на C4 компонент на комплемента

91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум

91924-02 Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
антибиограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:

- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити

Трансфузия на:
тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
- кръвозаместители
- Dextran
- Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
- кръвни заместители
- гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
***Не включва*:** прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нефрология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нефрология" и медицински стандарт "Диализно лечение".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по нефрология или Клиника/отделение по вътрешни болести II-ро ниво на компетентност
2. Клинична лаборатория II ниво с възможност за КГА
3. Ехографски апарат
4. Клиника/отделение по хемодиализа

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ

ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КТ/МРТ
3. Рентгенов апарат за скопия и графия
4. Лаборатория по клинична микробиология на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари, от които поне един с призната специалност по нефрология и един с призната специалност по вътрешни болести или нефрология. Един от лекарите с призната специалност по нефрология или по вътрешни болести трябва да има придобита квалификация за извършване на коремна ехография;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Съчетание на някои от следните симптоми:

- олиго- или анурия;
- хиперкалиемия;
- динамично повишаващи се стойности на креатинин и урея над референтните стойности за съответната лаборатория;
- отклонения в АКС с данни за метаболитна ацидоза.

Всеки пациент с ОБН – независимо от обема на диуреза, като се изключват случаите с необходимост за изкуствена вентилация или ранен следоперативен период.

За проследяване степента на възстановяване на бъбречната функция.

За подготовка и въвеждане в програмна диализа (хемо-, перитонеална) при невъзстановяване на функцията.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

1. Вземане на биологичен материал (кръв и/или урина) за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови изследвания се извършват до края на болничния престой.

3. Медико-диагностични изследвания се извършват по време на хоспитализацията на пациента.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента.

Лечението цели да се премахне причината за ОБН, да се поддържа бъбречната функция и хомеостазата, като при нужда се прилагат извънбъбречни методи за очистване на кръвта.

Вливане на водно-солеви разтвори и кръвнозаместителни течности за поддържане на еуволемия.

Диуретици - при диуретичен отговор.

Парентерално хранене.

Антибиотици.

Антианемично лечение, вкл. и с кръвопреливане.

Корекции на алкално-киселинния дисбаланс и електролитните отклонения.

Прилагане на извънбъбречно очистване на кръвта - интермитентна хемодиализа, постоянна нискодебитна хемофилтрация, сорбентна хемоперфузия и пр.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на съчетание на бързо настъпила азотна ретенция с някои от следните клинични и лабораторни отклонения:

- олиго-анурия;
- хипертония;
- хиперхидратация;
- хиперкалиемия;
- ацидоза.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

Пациентът може да бъде дехоспитализиран след повлияване на клиничните оплаквания и подобряване на лабораторните показатели.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)
ОСТРА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ (ОБН)

ОБН представлява остро (за часове и дни от изходна норма) влошаване на бъбречната функция, поради различни причини като: шокови състояния, хирургически интервенции, инфекции, отравяния и др. Много често ОБН се проявява в хода на пролежаването в интензивно или друго отделение във връзка с горните състояния и началните фази на ОБН много често се маскират от шока, следоперативния период и др. Впоследствие количеството на урината може да намалее до спиране с развитие на тежка, животозаплашваща симптоматика.

Лечението се извършва задължително в болнични условия, като преди всички се полагат усилия за премахване на причиняващия фактор, която мярка сама по себе си може да подобри бъбречната функция. Редовно се налагат вливания, диуретици, антибиотици и други средства, назначени от лекуващия лекар. При определени показания се извършват хемодиализни процедури, които могат да имат животоспасяващ ефект до възстановяване на уриноотделянето.

Прогнозата на ОБН може да бъде добра с пълно възстановяване на бъбреците, ако се проведе навреме съответното лечение. Възможен е и смъртен изход (в малък процент от случаите), както и хронифициране, което налага системно наблюдение от нефролог след преминаване на острите прояви.

КП № 87.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРАБЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 5 дни

КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остра бъбречна недостатъчност

N17.0 Остра бъбречна недостатъчност с тубулна некроза
Тубулна некроза:
- БДУ
- остра
- бъбречна

N17.1 Остра бъбречна недостатъчност с остра кортикална некроза
Кортикална некроза:
- БДУ
- остра
- бъбречна

N17.8 Друга остра бъбречна недостатъчност

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.1. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинм
***Не включва*:** такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Компютърна томография на корем и таз

***Включва*:** кост
бъбрек, уретер и мехур
меки тъкани
***Не включва*:** компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
тази при сканиране на гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])

56501-00 Компютърна томография на корем и таз

56507-00 Компютърна томография на корем и таз с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на корем и таз без, след това с венозен контраст

Интравенозна пиелография [IVP]

Инфузионна пиелография

Включва: предварителен общ план
томография

58706-00 Интравенозна пиелография

Ретроградна рентгенография на отделителна система

58715-01 Ретроградна пиелография

58721-00 Ретроградна микционна цистоуретрография

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочни пътища

Обзорна бъбречна графия

Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра

Не включва: контрастна:

- цистография (58718-00 [1979])
- цистоуретрография (58721-00 [1979])
- пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
- уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урина

Включва всяко едно от следните:

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
Антибиограма

91920-01 Изследване на уринен седимент

91920-05 Изследване за уробилиноген в урината

91920-06 Изследване на pH на урина

91920-07 Изследване за кетотела в урината

91920-08 Изследване на захар в уринна проба

91920-10 Изследване на относително тегло на урина

91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

91920-14 Изследване за белтък в урината

91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-16 Изследване за билирубин в урината

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 измерване на газове на смесена венозна кръв

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва всяко едно от следните:
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин
91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
По преценка:
91923-01 Определяне на общи имуноглобулини IgM
91923-02 Определяне на общи имуноглобулини IgG
91923-03 Определяне на общи имуноглобулини IgA
91923-04 Определяне на C3 компонент на комплемента
91923-05 Определяне на C4 компонент на комплемента
91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91924-02 Флоуцитометрично имунофенотипизиране на левкоцити – стандартен панел

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
антибиограма

1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
- тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
- кръвозаместители
- Dextran
- Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
- кръвни заместители
- гранулоцити

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, с изключение на тези с кодове 58500-00, 11700-00 и 91920-02 и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия" и медицинската специалност "Детска нефрология", осъществявани най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия" и медицински стандарт "Диализно лечение".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска нефрология или Клиника/отделение по педиатрия - II-ро ниво на компетентност
2. Клинична лаборатория II ниво с възможност за КГА
3. Ехографски апарат
4. Клиника/отделение по хемодиализа

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КТ/МРТ
3. Рентгенов апарат за скопия и графия
4. Лаборатория по клинична микробиология на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари със специалност педиатрия; от тези лекари най-малко един с допълнителна квалификация за извършване на ехография и поне един със специалност и детска нефрология и хемодиализа или

– двама лекари със специалност детска нефрология и хемодиализа и двама лекари със специалност педиатрия, като най-малко един от тези лекари е с допълнителна квалификация за извършване на ехография.

- четирима лекари със специалност педиатрия, като един от тях да е работещ в областта на нефрологията и/или хемодиализата при деца до 18 години или със специалност по детска нефрология. Един от лекарите с призната специалност по педиатрия да има придобита квалификация за извършване на ехография

или

- четирима лекари със специалност педиатрия и/или детска нефрология и хемодиализа, от които най-малко един със специалност детска нефрология и хемодиализа, както и поне един от тези лекари е с придобита квалификация за извършване на ехография;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

Забележка: Лечението на деца с тежка ОБН се извършва в университетска клиника от специалист по детска нефрология с възможност за провеждане на диализно лечение.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Съчетание на някои от следните симптоми:

- олиго или анурия;
- хиперкалиемия;

- динамично повишаващи се стойности на креатинин и урея над референтните стойности за съответната лаборатория;
- отклонения в АКС с данни за метаболитна ацидоза.

Всеки пациент с ОБН – независимо от обема на диуреза, като се изключват случаите с необходимост за изкуствена вентилация или ранен следоперативен период.

За проследяване степента на възстановяване на бъбречната функция.

За подготовка и въвеждане в програмна диализа (хемо-, перитонеална) при невъзстановяване на функцията.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.
2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) се извършват до края на болничния престой.
3. Ако се налагат рентгенови изследвания, те се извършват в хода на болничния престой на пациента.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента.

Лечението цели да се премахне причината за ОБН, да се поддържа бъбречната функция и хомеостазата, като при нужда се прилагат извънбъбречни методи за очистване на кръвта.

Вливане на водно-солеви разтвори и кръвнозаместителни течности за поддържане на еуволемия.

Диуретици - при диуретичен отговор.

Парентерално хранене.

Антибиотици.

Антианемично лечение, вкл. и с кръвопреливане.

Корекции на алкално-киселинния дисбаланс и електролитните отклонения.

Прилагане на извънбъбречно очистване на кръвта-интермитентна хемодиализа, постоянна нискодебитна хемофилтрация, сорбентна хемоперфузия и пр.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на съчетание на бързо настъпила азотна ретенция с някои от следните клинични и лабораторни отклонения:

- олиго-анурия;
- хипертония;
- хиперхидратация;
- хиперкалиемия;
- ацидоза.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

Пациентът може да бъде дехоспитализиран след повлияване на клиничните оплаквания и подобряване на лабораторните показатели.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОСТРА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ (ОБН)

ОБН представлява остро (за часове и дни от изходна норма) влошаване на бъбречната функция, поради различни причини като: шокови състояния, хирургически интервенции, инфекции, отравяния и др. Много често ОБН се проявява в хода на пролежаването в интензивно или друго отделение във връзка с горните състояния и началните фази на ОБН много често се маскират от шока, следоперативния период и др. Впоследствие количеството на урината може да намалее до спиране с развитие на тежка, животозаплашваща симптоматика.

Лечението се извършва задължително в болнични условия, като преди всички се полагат усилия за премахване на причиняващия фактор, която мярка сама по себе си може да подобри бъбречната функция. Редовно се налагат вливания, диуретици, антибиотици и други средства, назначени от лекуващия лекар. При определени показания се извършват хемодиализни процедури, които могат да имат животоспасяващ ефект до възстановяване на уриноотделянето.

Прогнозата на ОБН може да бъде добра с пълно възстановяване на бъбреците, ако се проведе навреме съответното лечение. Възможен е и смъртен изход (в малък процент от случаите), както и хронифициране, което налага системно наблюдение от нефролог след преминаване на острите прояви.

КП № 88.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Придобита хемолитична анемия

D59.3 Хемолитично-уремичен синдром

Анемия при хронични болести, класифицирани другаде

D63.8* Анемия при други хронични заболявания, класифицирани другаде

Хронична бъбречна болест

Включва: хронична бъбречна недостатъчност
При необходимост от идентифициране на основното заболяване се използва допълнителен код.
При необходимост от идентифициране на хипертония се използва допълнителен код.

N18.1 Хронично бъбречно заболяване, стадий 1
Бъбречна увреда с нормална или повишена GFR (≥ 90 mL/min)

N18.2 Хронично бъбречно заболяване, стадий 2
Бъбречна увреда с леко понижена GFR (60-89 mL/min)

N18.3 Хронично бъбречно заболяване, стадий 3
Бъбречна увреда с умерено понижена GFR (30-59 mL/min)

N18.4 Хронично бъбречно заболяване, стадий 4
Бъбречна увреда със силно понижена GFR (15-29 mL/min)

N18.5 Хронично бъбречно заболяване, стадий 5
Краен стадий на бъбречно заболяване:
• с отхвърлен алографт
• БДУ
• на диализа
• без диализа или трансплант
Бъбречен ретинит + (H32.8*)
Уремичен:
• апоплексия + (I68.8*)
• деменция + (F02.8*)
• невропатия + (G63.8*)
• парализа + (G99.8*)
• перикардит + (I32.8*)

N18.9 Хронична бъбречна болест, неуточнена
Хронично бъбречно увреждане
Хронична уремия БДУ
Дифузен склерозиращ гломерулонефрит БДУ“.

N19 Бъбречна недостатъчност, неуточнена
Уремия БДУ
Не включва: бъбречна недостатъчност с хипертония (I12.0)
уремия на новородено (P96.0)
- Остра бъбречна недостатъчност N17.0
- Остър нефритен синдром N 00
- Обструктивна и рефлуксна нефропатия N13

Забележка: Кодът на диагноза към рубриката **D63,** обозначен със знака (*) не може да се използва самостоятелно, а изисква основен код за диагноза, посочен в скобите след него и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочни пътища

Обзорна бъбречна графия

***Включва*:** мехур
бъбреци
уретер
уретра

***Не включва*:** контрастна:
- цистография (58718-00 [1979])
- цистоуретрография (58721-00 [1979])
- пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
- уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

***Не включва*:** такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем

***Включва*:** сканиране на уринарен тракт

***Не включва*:** коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

Включва всяко едно от следните:
91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-14 Изследване за белтък в урината
по преценка:
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина

91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-16 Изследване за билирубин в урината

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните:
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин
91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол – по преценка
91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди – по преценка
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ – по преценка
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ – по преценка
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-36 Клинично-химични изследвания за Желязо
91910-37 Клинично-химични изследвания за ЖСК
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати
91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди – по преценка

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
антибиограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])

- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоин фекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоин фекциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури. Една от трите диагностични процедури задължително е образно изследване.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Нефрология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нефрология".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по нефрология или Клиника/отделение по вътрешни болести - II-ро ниво на компетентност
2. Клинична лаборатория II ниво с възможност за КГА
3. Ехографски апарат

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КТ/МРТ
3. Рентгенов апарат за скопия и графия
4. Клиника/отделение по хемодиализа
5. Лаборатория по клинична микробиология на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

- четирима лекари, от които поне един с призната специалност по нефрология и един с призната специалност по вътрешни болести или нефрология. Един от лекарите с призната специалност по нефрология или по вътрешни болести трябва да има придобита квалификация за извършване на ехография;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Олигурия, хиперволемия със или без прояви на белодробен или мозъчен оток, рефрактерна на лечение уремична кардиомиопатия с прояви на левостранна сърдечна слабост, ритъмни и проводни нарушения, налагащи провеждане на активно наблюдение и спешно лечение.
- Остро влошена бъбречна функция, налагаща спешна консервативна или диализна корекция на хомеостатичните параметри.
- Уремичен перикардит с прояви на сърдечна тампонада.

- Новооткрита хронична бъбречна недостатъчност.
- Терминална хронична бъбречна недостатъчност за подготовка и включване на хемодиализно и перитонеално диализно лечение.
- Влошаване на съществуваща бъбречна недостатъчност с клинични прояви
- Ренална анемия
- Тежка метаболитна ацидоза свързана с хроничната бъбречна недостатъчност.
- Тежки електролитни нарушения.
- Изразен хиперхидратационен синдром при хронична бъбречна недостатъчност с прояви на сърдечна декомпенсация, белодробен и мозъчен едем.
- Малигнизация на артериална хипертония при ХБН.
- Синдром на дисеквилибриум.
- Уремичен перикардит.
- Рефрактерна на лечение в амбулаторни условия уремична кардиомиопатия.
- Уремичен бял дроб.
- Клинично изявен уремичен гастро ентероколит, нефрогенен асцит.
- Усложнения на перитонеалната диализа - диализен перитонит, тежка малнутриция (хипопротеинемия) и др.
- Усложнения свързани с временния и/или постоянен съдов достъп (кървене, инфекция, тромбоза, нарушаване на целостта на катетър и/или AV фистула, респективно съдови протези и др.)

Всеки от горепосочените синдроми само в съчетание с влошаване на бъбречната функция и повишаване на остатъчно азотните тела, подлежат на хоспитализация.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.
2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови изследвания се извършват до края на болничния престой.
3. Медико-диагностични изследвания се извършват в хода на хоспитализацията на пациента.

Забележка: Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват задължително до края на болничния престой на пациента.

Лечението е симптоматично и патогенетично (в по-ранните стадии на ХБН), прилагат се методи на извънбъбречно очистване на кръвта и органзаместващо.

СИМПТОМАТИЧНО:

1. Диетолечение – ниско белтъчен хранителен режим, парентерално хранене, хранене при болни на диализа.
2. Антихипертензивно лечение.
3. Корекция на водно – електролитния баланс и Ca/P баланс – диуретична терапия, корекция на отклоненията в серумния калий, и др.
4. Корекция на АКР.
5. Антианемично лечение.

ПАТОГЕНЕТИЧНО:

При дифузни заболявания на бъбреците – имунни и автоимунни нефропатии и тубулоинтестерциални нефрити - кортикостероиди, цитостатици, имуносупресори, антикоагуланти и др. При бактериални инфекции на пикочните пътища – антибактериално лечение.

ИЗВЪНБЪБРЕЧНИ МЕТОДИ НА ОЧИСТВАНЕ НА КРЪВТА: хемодиализа, хемофилтрация, перитонеална диализа и др.

ОРГАНОЗАМЕСТВАЩО: трансплантация от жив родствен или трупен орган – пре- и постоперативно консервативно наблюдение и лечение на пациента.

Основни групи медикаменти:

- диуретици;
- антихипертензивни средства;
- антибиотици;
- антикоагуланти;

- антиагреганти;
- кръв и биопродукти;
- водносолеви разтвори.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на клиничната картина, инструменталните (ехография, рентген) и лабораторни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:
- овладяна симптоматика и подобряване на състоянието;
- назначаване на оптимизирана терапия;
- проследяване на стойностите на остатъчни азотни тела.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:
- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ХРОНИЧНА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ (ХБН)

ХБН представлява комплекс от симптоми, предизвикани от хроничното (с месеци и години) прогресиращо ограничение на бъбречната функция (отделителна и ендокринна). В основата му стоят хронични промени в двата или единствения бъбрек като резултат на диабетно заболяване, повишено кръвно налягане с бъбречно засягане, хроничен гломерулонефрит, хроничен пиелонефрит, бъбречна поликистоза и други. Проявите на синдрома могат да бъдат от едва доловими до крайно тежко животозаплашващо състояние. Типични са повишения обем 24-часова урина, нощно уриниране, анемия, покачено кръвно налягане, повишени кръвни нива на уреята, креатинина и други.

Лечението в по-леките степени е консервативно, т.е. придържане към ниско-белтъчна диета, понижаващи кръвното налягане средства, Еритропоетин, калциеви препарати и пр. За доказване обостряне на основното бъбречно заболяване може да се наложи бъбречна биопсия със съответно лечение, урологични процедури и средства против пикочните инфекции.

При силно ограничена бъбречна функция трябва да се започне хронична хемоперитонеална диализа, като за предпочитане е това да стане планово (след диспансерно наблюдение), пред спешно такова. Това лечение няма алтернатива, т.е. то е животоспасяващо. Чрез успешното му прилагане, с активното участие на пациента може да се постигнат много години удължаване на живота, който да се води при задоволително качество.

Болните на хронично диализно лечение и много рядко непосредствено преди неговото започване са кандидати за бъбречна трансплантация – другата възможност за лечение на крайната ХБН. Става въпрос за хирургическо присаждане на бъбрек, който е взет от жив родствен или трупен донор.

Наред с благоприятните резултати, както в консервативната, така и в диализнотрансплантационната фаза са възможни и тежки усложнения, вкл. и животозаплашващи. За тяхното предотвратяване голяма роля има и пациента с неговото съзнателно участие в лечебно-диагностичния процес.

КП № 88.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Придобита хемолитична анемия
D59.3 Хемолитично-уремичен синдром

Анемия при хронични болести, класифицирани другаде
D63.8* Анемия при други хронични заболявания, класифицирани другаде

N19 Бъбречна недостатъчност, неуточнена
Уремия БДУ
Не включва: бъбречна недостатъчност с хипертония (I12.0)
уремия на новородено (P96.0)
- Остра бъбречна недостатъчност N17.0
- Остър нефритен синдром N 00
- Обструктивна и рефлуксна нефропатия N13

Хронична бъбречна болест
Включва: хронична бъбречна недостатъчност
При необходимост от идентифициране на основното заболяване се използва допълнителен код.
При необходимост от идентифициране на хипертония се използва допълнителен код.

N18.1 Хронично бъбречно заболяване, стадий 1
Бъбречна увреда с нормална или повишена GFR (≥ 90 mL/min)

N18.2 Хронично бъбречно заболяване, стадий 2
Бъбречна увреда с леко понижена GFR (60-89 mL/min)

N18.3 Хронично бъбречно заболяване, стадий 3
Бъбречна увреда с умерено понижена GFR (30-59 mL/min)

N18.4 Хронично бъбречно заболяване, стадий 4
Бъбречна увреда със силно понижена GFR (15-29 mL/min)

N18.5 Хронично бъбречно заболяване, стадий 5
Краен стадий на бъбречно заболяване:
• с отхвърлен алографт
• БДУ
• на диализа
• без диализа или трансплант
Бъбречен ретинит + (H32.8*)
Уремичен:
• апоплексия + (I68.8*)
• деменция + (F02.8*)
• невропатия + (G63.8*)
• парализа + (G99.8*)
• перикардит + (I32.8*)

N18.9 Хронична бъбречна болест, неуточнена
Хронично бъбречно увреждане
Хронична уремия БДУ
Дифузен склерозиращ гломерулонефрит БДУ“.

Усложнения, свързани с пикочо-полови протезни устройства, имплантати и трансплантати

Не включва: смърт и отхвърляне на присадени органи и тъкани (T86.—)

T83.2 Усложнение от механичен произход, свързано с трансплантация на пикочен орган
Състояния, кодирани в рубрика T82.0, дължащи се на трансплантация на пикочен орган

T83.5 Инфекция и възпалителна реакция, обусловени от протезни устройства, имплантати и трансплантати на пикочната система

T83.8 Други усложнения, свързани с пикочо-полови протезни устройства, имплантати и трансплантати
Състояния, кодирани в рубрика T82.8, дължащи се на пикочо-полови протезни устройства, имплантати и трансплантати

Наличие на трансплантирани органи и тъкани

Включва: **орган или тъкан, заместени с хетеро- или хомо-трансплантат**

Не включва: усложнения, свързани с трансплантиран орган или тъкан — виж Азбучния указател наличие на:
- съдов трансплантат (Z95.—)
- изкуствена сърдечна клапа (Z95.3)

Z94.0 Наличие на трансплантиран бъбрек

Кодът на диагноза към рубриката **D63,** обозначен със знака (*) не може да се използва самостоятелно, а изисква основен код за диагноза, посочен в скобите след него и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Компютърна томография на корем и таз

Включва: кост
бъбрек,
уретер и мехур меки тъкани
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
тази при сканиране на гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])

56501-00 Компютърна томография на корем и таз
56507-00 Компютърна томография на корем и таз с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на корем и таз без, след това с венозен контраст

58721-00 Ретроградна микционна цистоуретрография

Друга рентгенография на пикочна система

58700-00 Рентгенография на пикочни пътища
Обзорна бъбречна графия
Включва: мехур
бъбреци
уретер
уретра
Не включва: контрастна:
- цистография (58718-00 [1979])
- цистоуретрография (58721-00 [1979])
- пиелография (58706-00 [1978], 58715 [1979] и [1980])
- уретрография (58718-01 [1979])

Ултразвук на корем или таз

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

Включва всяко едно от следните:
91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-14 Изследване за белтък в урината
91920-10 Изследване на относително тегло на урина
91920-16 Изследване за билирубин в урината

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните:

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина

91910-36 Клинично-химични изследвания за Желязо

91910-37 Клинично-химични изследвания за ЖСК

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций

91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати

91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди

По преценка:

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
Антибиограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])

	• имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741]) *Забележка*: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Една от трите диагностични процедури задължително е образно изследване.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия" и "Детска нефрология", осъществявани най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска нефрология или Клиника/отделение по педиатрия – II-ро ниво на компетентност.
2. Клинична лаборатория II ниво с възможност за КГА
3. Ехографски апарат

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нефрология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КТ/МРТ
3. Рентгенов апарат за скопия и графия
4. Клиника/отделение по хемодиализа
5. Лаборатория по клинична микробиология на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари със специалност педиатрия; от тези лекари най-малко един с допълнителна квалификация за извършване на ехография и поне един със специалност и детска нефрология и хемодиализа или

– двама лекари със специалност детска нефрология и хемодиализа и двама лекари със специалност педиатрия, като най-малко един от тези лекари е с допълнителна квалификация за извършване на ехография;

- четирима лекари със специалност педиатрия, като един от тях да е работещ в областта на нефрологията и/или хемодиализата при деца до 18 години или със специалност по детска нефрология. Един от лекарите с призната специалност по педиатрия да има придобита квалификация за извършване на ехография

или

- четирима лекари със специалност педиатрия и/или детска нефрология и хемодиализа, от които най-малко един със специалност детска нефрология и хемодиализа, както и поне един от тези лекари е с придобита квалификация за извършване на ехография;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Олигурия, хиперволемия със или без прояви на белодробен или мозъчен оток, рефрактерна на лечение уремична кардиомиопатия с прояви на левостранна сърдечна слабост, ритъмни и проводни нарушения, налагащи провеждане на активно наблюдение и спешно лечение.
- Остро влошена бъбречна функция, налагаща спешна консервативна или диализна корекция на хомеостатичните параметри.
- Уремичен перикардит с прояви на сърдечна тампонада.
- Новооткрита хронична бъбречна недостатъчност.
- Терминална хронична бъбречна недостатъчност за подготовка и включване на хемодиализно и перитонеално диализно лечение.
- Влошаване на съществуваща бъбречна недостатъчност с клинични прояви.
- Ренална анемия
- Тежка метаболитна ацидоза свързана с хроничната бъбречна недостатъчност.
- Тежки електролитни нарушения.
- Изразен хиперхидратационен синдром при хронична бъбречна недостатъчност с прояви на сърдечна декомпенсация, белодробен и мозъчен едем.
- Малигнизация на артериална хипертония при ХБН.
- Синдром на дисеквилибриум.
- Уремичен перикардит.
- Рефрактерна на лечение в амбулаторни условия уремична кардиомиопатия.
- Уремичен бял дроб.
- Клинично изявен уремичен гастро ентероколит, нефрогенен асцит.
- Усложнения на перитонеалната диализа - диализен перитонит, тежка малнутриция (хипопротеинемия) и др.
- Усложнения на съдовия достъп при хрониохемодиализа
- Проследяване степента на бъбречната функция.

Всеки от пациентите с горепосочените синдроми само в съчетание с влошаване на бъбречната функция и повишаване на остатъчните азотни тела, подлежат на хоспитализация.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови изследвания се извършват до края на болничния престой.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента

Лечението е симптоматично и патогенетично (в по-ранните стадии на ХБН), прилагат се методи на извънбъбречно очистване на кръвта и органзаместващо.

СИМПТОМАТИЧНО:

1. Диетолечение – ниско белтъчен хранителен режим, парентерално хранене, хранене при болни на диализа.

2. Антихипертензивно лечение.

3. Корекция на водно – електролитния баланс и Ca/P баланс – диуретична терапия, корекция на отклоненията в серумния калий, и др.

4. Корекция на АКР.

5. Антианемично лечение.

ПАТОГЕНЕТИЧНО:

При дифузни заболявания на бъбреците – имунни и автоимунни нефропатии и тубулоинтестерциални нефрити - кортикостероиди, цитостатици, имуносупресори, антикоагуланти и др.

При бактериални инфекции на пикочните пътища – антибактериално лечение.

ИЗВЪНБЪБРЕЧНИ МЕТОДИ НА ОЧИСТВАНЕ НА КРЪВТА: хемодиализа, хемофилтрация, перитонеална диализа и др.

ОРГАНОЗАМЕСТВАЩО: трансплантация от жив родствен или трупен орган – пре- и постоперативно консервативно наблюдение и лечение на пациента.

Основни групи медикаменти:
- диуретици;
- антихипертензивни средства;
- антибиотици;
- антикоагуланти;
- антиагреганти; - кръв и биопродукти;
- водносолеви разтвори.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на клиничната картина, инструменталните и лабораторни изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:
- овладяна симптоматика и подобряване на състоянието;
- назначаване на оптимизирана терапия;
- проследяване на стойностите на остатъчни азотни тела.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:
- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)
ХРОНИЧНА БЪБРЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ (ХБН)

ХБН представлява комплекс от симптоми, предизвикани от хроничното (с месеци и години) прогресиращо ограничение на бъбречната функция (отделителна и ендокринна). В основата му стоят хронични промени в двата или единствения бъбрек като резултат на диабетно заболяване, повишено кръвно налягане с бъбречно засягане, хроничен гломерулонефрит, хроничен пиелонефрит, бъбречна поликистоза и други. Проявите на синдрома могат да бъдат от едва доловими до крайно тежко животозаплашващо състояние. Типични са повишения обем 24-часова урина, нощно уриниране, анемия, покачено кръвно налягане, повишени кръвни нива на уреята, креатинина и други.

Лечението в по-леките степени е консервативно, т.е. придържане към ниско-белтъчна диета, понижаващи кръвното налягане средства, еритропоетин, калциеви препарати и пр. За доказване обостряне на основното бъбречно заболяване може да се наложи бъбречна биопсия със съответно лечение, урологични процедури и средства против пикочните инфекции.

При силно ограничена бъбречна функция трябва да се започне хронична хемоперитонеална диализа, като за предпочитане е това да стане планово (след диспансерно наблюдение), пред спешно такова. Това лечение няма алтернатива, т.е. то е животоспасяващо. Чрез успешното му прилагане, с активното участие на пациента може да се постигнат много години удължаване на живота, който да се води при задоволително качество.

Болните на хронично диализно лечение и много рядко непосредствено преди неговото започване, са кандидати за бъбречна трансплантация – другата възможност за лечение на крайната ХБН. Става въпрос за хирургическо присаждане на бъбрек, който е взет от жив родствен или трупен донор.

Наред с благоприятните резултати, както в консервативната, така и в диализнотрансплантационната фаза са възможни и тежки усложнения, вкл. и животозаплашващи. За тяхното предотвратяване голяма роля има и пациента с неговото съзнателно участие в лечебно-диагностичния процес.

КП № 89.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪЕДИНИТЕЛНАТА ТЪКАН ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ
1. Минимален болничен престой – 2 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

D69.0 Алергична пурпура·
Пурпура:·
Анафилактоидна·
Henoch-Schonlein·
Нетромбоцитопенична·
Съдова·
Алергичен васкулит

G73.7* **Миопатия при болести, класифицирани другаде**
Миопатия при:
склеродермия (M34.8†)
синдром на Sjögren (M35.0†)
системен lupus (M32.1†)

Перикардит при болести, класифицирани другаде

I32.8* **Перикардит при други болести, класифицирани другаде**
Перикардит (при):
системен лупус еритематодес (M32.1†)
уремичен (N18.8†)

Ендокардит и увреждания на сърдечните клапи при болести, класифицирани другаде
Включва: увреждане на ендокарда при:
болест на Libman - Sacks (M32.1†)

I39.0* **Увреждания на митралната клапа при болести, класифицирани другаде**
I39.1* **Увреждания на аортната клапа при болести, класифицирани другаде**
I39.2* **Увреждания на трикуспидалната клапа при болести, класифицирани другаде**
I39.3* **Увреждания на пулмоналната клапа при болести, класифицирани другаде**
I39.4* **Увреждания на няколко клапи при болести, класифицирани другаде**

Миокардит при болести класифицирани другаде

I41.8* **Миокардит при болести класифициранидругаде**
Ревматоиден артрит /M05.3/
Саркоидозен миокардит / D86.8/

Други болести на периферните съдове

Не включва: локални студови реакции (T69.1)
измръзване (T33—T35)
окопна длан и окопно стъпало (T69.0)
спазъм на мозъчна артерия (G45.9)

I73.0 Синдром на Рейно
Raynaud болест
гангрена феномен
/вторичен/

Респираторни нарушения при болести, класифицирани другаде

J99.1* **Респираторни нарушения при други дифузни нарушения на съединителната тъкан**
Респираторни нарушения при:
дерматомиозит (M33.0—M33.1†)

полимиозит (M33.2†)
синдром на Sjögren (M35.0†)
системен(-на):
лупус еритематодес (M32.1†)
L52 Erythema nodosum
склеродермия (M34.8†)
грануломатоза на Wegener (M31.3†)

Възлест полиартериит и наследствени състояния

M30.0 Възлест полиартериит
M30.1 Полиартериит с увреждане на белия дроб [Churg-Strauss]
Алергичен грануломатозен ангиит
M30.3 Слузно-кожен-лимфонодуларен синдром [Kawasaki]
M30.8 Други състояния, свързани с възлест полиартериит
Кръстосан полиангиит-синдром

Други некротизиращи васкулопатии

M31.0 Суперчувствителен ангиит
Синдром на Goodpasture
M31. 1 Тромботична микроангиопатия
Тромботична тромбоцитопенична пурпура
M31.2 Злокачествен сединен гранулом
M31.3 Грануломатоза на Wegener
Некротизираща респираторна грануломатоза
M31.4 Синдром на аортната дъга [Takayasu]
M31.5 Гигантоклетъчен артериит с ревматична полимиалгия
M31.6 Други гигантоклетъчни артериити
M31.8 Други уточнени некротизиращи васкулопатии
Хипокомплементемичен васкулит

Дисеминиран lupus erythematodes

Не включва: lupus erythematodes (дискоиден) (БДУ) (L93.0)
M32.0 Дисеминиран лекарствен lupus erythematodes
M32.1† Дисеминиран lupus erythematodes с увреждане на други органи или системи
Дисеминиран lupus erythematodes с увреждане на:
белия дроб (J99.1*)
бъбреците (N08.5* , N16.4*)
Болест на Libman-Sacks (I39.—*)
Перикардит при дисеминиран lupus erythematodes (I32.8*)
M32.8 Други форми на дисеминиран lupus erythematodes

Дерматополимиозит

M33.1 Други дерматомиозити
M33.2 Полимиозит

Системна склероза

Включва: склеродермия
Не включва: склеродермия:
локализирана (L94.0)
неонатална (P83.8)
M34.0 Прогресивна системна склероза
M34.1 Синдром CR(E)ST
Съчетание на калциноза, синдром на Рейно, дисфункция на хранопровода, склеродактилия и телеангиектазия
M34.2 Системна склероза, предизвикана от лекарствени средства и химични продукти
M34.8 Други форми на системна склероза

Системна склероза с:
увреждане на белия дроб† (J99.1*)
миопатия† (G73.7*)

Други системни увреждания на съединителната тъкан

Не включва: реактивна перфорираща колагеноза (L87.1)

M35.0 Синдром на Sjögren
Синдром на Sjögren с:
белодробни увреждания† (J99.1*)
кератоконюнктивит† (H19.3*)
тубулоинтестицилни увреждания на бъбреците† (N16.4*)
• миопатии† (G73.7*)

M35.1 Други кръстосани форми
Асоциирана болест на съединителната тъкан
Не включва: кръстосан полиангиит-синдром (M30.8)

M35.2 Синдром на Behçet

M35.3 Ревматична полимиалгия
Не включва: ревматична полимиалгия с гигантоклетъчен артериит (M31.5)

M35.4 Дифузен (еозинофилен) фасциит

M35.5 Мултиплена фиброскleроза

M35.6 Рецидивиращ паникулит [Weber-Christian]
Не включва: паникулит:
БДУ (M79.3)
при лупус (L93.2)

M35.7 Хипермобилен синдром
Фамилна слабост на връзките
Не включва: слабост на връзките БДУ (M24.2)
синдром на Ehlers—Danlos (Q79.6)

Гломерулни увреждания при болести, класифицирани другаде

Включва: нефропатия при болести, класифицирани другаде

Не включва: бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при болести, класифицирани другаде (N16.—*)

N08.5* Гломерулни увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Гломерулни увреждания при:
синдром на Goodpasture (M31.0†)
нодозен полиартериит (M30.0†)
системен лупус еритематодес (M32.1†)
тромботична тромбоцитопенична пурпура (M31.1†)
грануломатоза на Wegener (M31.3†)

Тубулоинтерстициални увреждания на бъбреците при болести, класифицирани другаде

N16.4* Бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при системни болести на съединителната тъкан
Бъбречни тубулоинтерстициални увреждания при:
сух синдром [Sjögren] (M35.0†)
системен лупус еритематодес (M32.1†)

Диагнозите със знак звездичка (*), не могат да се използват като самостоятелни диагнози (самостоятелен код), а изискват основна диагноза (основен код), обозначена със знак кръстче (†), която винаги стои на първо място.

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на бъбрек

36561-00 Затворена биопсия на бъбрек

Аспирация на други мускулно-скелетни точки

50124-00 Аспирация на става или друга синовиална кухина, некласифицирана другаде

Аспирация на бурса

Биопсия на кожа и подкожна тъкан

30071-00 Биопсия на кожа и подкожна тъкан

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост гръдна
стена бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
корем (56301-01, 56307-01 [1957])
и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
гръдна кост (58521-00 [1972])
гръден вход (58509-00 [1974])
трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница
57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става
Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])
57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])
57524-00 Рентгенография на феморална кост и коляно
57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])
57524-01 Рентгенография на коляно и подбедрица
57518-02 Рентгенография на подбедрица
57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

59903-03 Аортография

Артериография

59970-05 Артериография на бъбречни артерии

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
използвайки:
мапиране с цветен поток
Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
механично секторно сканиране
трансдюсер с фазово излъчване
с видео запис
55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност

Ултразвук на други места

55800-00 Ултразвук на ръка или китка
55804-00 Ултразвук на предмишница или лакът
55808-00 Ултразвук на рамо или горна част на ръка
55816-00 Ултразвук на тазобедрена става
55828-00 Ултразвук на коляно
55836-00 Ултразвук на глезен или стъпало

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош
Включва: сърце

1926 Микробиологични изследвания

91920-02 Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
антибиограма

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-12 Химично изследване на урина pH
Белтък
Билирубин
Уробилиноген
Глюкоза
Кетони
Относително тегло
Нитрити – по преценка на лекуващия лекар
Левкоцити
Кръв

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар

91910-11 Изследване на фибриноген - по преценка на лекуващия лекар

1930 Имунологични изследвания

91923-07 Изследване на ревматоиден фактор
91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум

1924 Биохимични изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28 Клинико-химични изследвания за Креатинкиназа (КК)

1927 Морфологични изследвания

91934-06 Микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и/или ставна течност за хистология

91919-00 Микроскопско изследване на проба от кожа и друга покривна тъкан Капиляроскопия
Друго морфологично изследване

Изследване на локализирана кост чрез нуклеарно медицинско изображение

Включва: кръвни:
поток }
обем } изследване
Не включва: това на става (61446-01, 61449-01 [2010])

61446-00 Локализирано костно изследване
61421-00 Изследване на костна система на цяло тяло
Включва: кръвни:
поток }
обем } изследване

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
на ≥ 1 мускул(и)
използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

1968 Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки
58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
2 отдела (58112-00 [1969]) • 3 отдела (58115-00 [1969])
4 отдела (58108-00 [1969])
58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
2 отдела (58112-00 [1969])
3 отдела (58115-00 [1969])
4 отдела (58108-00 [1969]
58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак
Не включва: радиография на гръбнак:
2 отдела (58112-00 [1969]) • 3 отдела (58115-00 [1969])
4 отдела (58108-00 [1969])

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на агент в други мускулно-скелетни точки точки

50124-01 Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, некласифицирано другаде
Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ
Инжектиране:
в бурса на:
кортикостероид
локален анестетик

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антикоагуланти
96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антикоагуланти

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент
Антибактериален
Антибиотик
Противогъбен
Антипротозоен
Противовирусен
Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (00)
96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент
Антибактериален
Антибиотик

	Противогъбен Антипротозоен Противовирусен *Не включва*: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент. Стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96201-03	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
13706-05	Приложение на човешки имуноглобулин Инжектиране или трансфузия на: гама глобулин имуноглобулин Intragam

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и три различни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, от таблицата с диагностичните процедури.

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва задължително извършване на следните медико-диагностични изследвания: хематологични изследвания - хемоглобин, левкоцити (91910-04), левкограма (91910-05), и/ или следните биохимичните изследвания: кр. захар (91910-12), урея (91910-14), креатинин (91910-13), ALAT (91910-27), ASAT (91910-26), КК (91910-28).

По преценка изследване на СУЕ(91910-07) и фибриноген (91910-11).

Имунологичните изследвания - РФ /Waaler Ross/ (91923-07) и ANA (91924-01) – се извършват при необходимост.

Диагностичната процедура изследване на урина включва едно от следните медикодиагностични изследвания: посявка на урина (91920-02), бъбречен клирънс (91920-11), химично изследване на урина (91920-12).

Код **91934-06** “Микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и ставна течност за хистология” по тази КП и за тази възрастова група включва: друго микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и ставна течност - микроскопско изследване на: кост, лигамент, бурса, мускул, хрущял, синовиална мембрана, фасция, сухожилие, кожа ставна течност;

Всички диагностични процедури, включени в таблицата с основни диагностични процедури, се извършват от ЛЗ за БМП по време на хоспитализацията.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява от обхвата на медицинската специалност "Ревматология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ревматология", в обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицинските стандарти „Ревматология", „Вътрешни болести" и „Кардиология".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ревматология или клиника/отделение по вътрешни болести
2. Клинична лаборатория*
3. Отделение по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия; КТ или МРТ; ехограф, подходящ за изследване на стави
4. Апарат за ЕКГ
5. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ревматология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апарат за двойноенергийна рентгенова абсорбциометрия (ДХА)
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат или

в клиника/отделение по вътрешни болести II ниво на компетентност – двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат. В клиника/отделение с III ниво на компетентност броят на специалистите е в съответствие с медицински стандарт „Ревматология“

- лекар със специалност клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.;

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. Имунологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

4.2. Радиоизотопна лаборатория или нуклеарно-медицинско звено – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на пациенти със доказани системни заболявания и наличие на:
   - тежка психоза, епилептичен гърч, мозъчно-съдов инцидент;
   - тежък интоксикационно-фебрилен синдром;
   - васкулит с некрози;
   - бързопрогресиращ полимиозит;
   - остро възникнал нефрозен синдром или рязко повишение на креатинина;
   - белодробни прояви, изхождащи от болестта (пулмонит, белодробна съдова болест, плеврален излив);
   - прогресиращ лупусен кардит (перикарден излив, миокардит с прогресираща СН, рефрактерен на ГКС лечение, ендокардит с увреждане на много клапи);
   - васкулитен обрив, съчетан с коремна болка;
   - новоустановена артериална хипертония;
   - цитопения (левкоцити под 3000, тромбоцити под 100 000);
   - васкулитен синдром и рецидивираща хематурия и/или протеинурия.
2. Първоначална диагностика, стадиране и определяне на терапевтичен подход при болни с данни за системно заболяване;
3. Диагностично уточняване, рестадиране и корекция на терапевтичен подход при болни със системно заболяване с недостатъчен терапевтичен ефект от провежданото извънболнично лечение;
4. Провеждане на пулс-терапия с цитостатици, кортикостероиди, интравенозен гамаглобулин и други биологични средства по определена терапевтична схема.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания при спешни индикации се взема до 6 час от постъпването, а в останалите случаи се взема до 24 час от постъпването. Медикаментозното лечение започва до 6 час от началото на хоспитализацията.

В случай на необходимост рентгенография същата се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията.

Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променени показатели (ПКК, С-реактивен протеин и по преценка – АСАТ, АЛАТ, креатинин, анализ на урина и СУЕ) се извършват задължително до края на хоспитализацията.

SLEDAI индекс за оценка активността на SLE, респ. нуждата от хоспитализация:

8 точки – невролупус (епилептиформени припадъци и/или психоза, органичен мозъчен синдром, зрителни нарушения, увреда на ЧМН, мозъчно-съдови инциденти, лупусно главоболие);

8 точки – васкулит (васкулитни обриви с некрози по крайниците и тялото);

4 точки – артрит или миозит;

4 точки – нефрит (цилиндрурия и/или хематурия, протеинурия, пиурия);

2 точки – кожни прояви (пеперудообразен еритем и/или алопеция, афтоза);

2 точки – полисерозит (перикардит или плеврит);

2 точки – хипокомплементемия;

2 точки – повишени антитела срещу нативна ДНК;

1 точка – фебрилитет над 38 градуса;

1 точка – цитопения (левкоцити под 3000, тромбоцити под 100 000).

Точки се дават за всеки установен признак – броят варира от 0 до 105 точки. Тази точкова система, определяща активността на заболяването, се отнася само за пациенти с вече поставена диагноза лупус – те се хоспитализират, ако имат 8 и повече точки.

Медикаментозното лечение включва следните лекарствени групи:

- нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС);
- бавнодействащи (болестопроменящи) противоревматични лекарствени средства; - за перорално приложение; - за парентерално приложение.
- кортикостероиди:
  - за перорално приложение; - за парентерално приложение;
- имуносупресори:
  - за перорално приложение;
  - за парентерално приложение;
- антибактериални, антивирусни и антимикотични средства;
- средства за локално приложение
  - кортикостероиди с удължено действие;
  - перкутанни средства
- симптоматични – диуретици, кардиотоници, съдоразширяващи, антихипертензивни, антихистаминови, антикоагуланти, антиагреганти.
- лечебна плазмафереза – при съответни индикации.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Съгласно международно приетите диагностични таблици за съответната нозология и съобразно клиничната картина, рентгенографските промени, лабораторните и инструментални изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

1. поставена окончателна диагноза;
2. овладяване на фебрилитета;
3. подобрение в общото състояние и на показателите за клинична или биологична активност на заболяването;
4. приключване на пулстерапия.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1. Хоспитализацията на пациента се документира в "История на заболяването" (ИЗ) и в част II на "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗНЗОК №7;

8.2.Документиране на диагностично-лечебния алгоритъм – в "История на заболяването".

8.3. Изписването/ превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

- "История на заболяването";
- част III на "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.4. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

СИСТЕМЕН ЛУПУС ЕРИТЕМАТОДУС

Системният лупус еритематозус (СЛЕ) е хронично автоимунно заболяване, което може да засегне различни органи и системи. Причините не са известни. Предполага се участие на голям брой наследствени рискови фактори, в съчетание с някои фактори на околната среда като: вирусни инфекции, някои медикаменти, слънчево облъчване.

СЛЕ е рядка болест, която засяга предимно момичета и млади жени във възрастта от 15-45 години, като съотношението жени/мъже е 9:1. Изявата на заболяването е необичайна под 5 години и много рядка във възрастта преди пубертета.

Началото на заболяването при повечето от случаите е постепенно, бавно, с неспецифични оплаквания от умора, отпадналост, непостоянна температура, отслабване на тегло, липса на апетит. По-късно се развиват специфични симптоми във връзка със засягане на един или повече органи. Измененията по кожата са чести и включват разнообразни обриви, като т.нар. "пеперудообразен обрив" по лицето, смятан за специфичен при СЛЕ, се установява в 30 - 50% от децата. Характерно за обривите при СЛЕ е тяхната фоточувствителност. Язвите по лигавицата на устата и носа също са чести в началото на заболяването. Понякога се явява косопад, зачервяване и побледняване на ръцете при студ (синдром на Рейно). При повечето от децата се развива артрит в различни стави, който е преходен, недеформиращ. Понякога децата имат оплаквания от болки в гърдите, усилващи се при дишане и болки зад гръдната кост. Състоянието се обуславя от възпаление на плеврата и перикарда.

Засягане на бъбреците се наблюдава при почти всички деца със СЛЕ и варира от леко възпаление до значителни увреждания на органите. Въпреки липсата на оплаквания в началото на заболяването се установяват патологични отклонения в урината и в изследванията, отразяващи бъбречната функция. При деца с по-тежко бъбречно увреждане се открива кръв в урината и отоци в областта на клепачите, в ходилата и долни крайници.

Засягането на централната нервна система е рядко. Протича с главоболие, гърчове и нервнопсихични прояви, като нарушена концентрация и памет, емоционална лабилност, депресия и психози.

В отделни случаи СЛЕ протича с анемия, дължаща се на разпад на еритроцитите (хемолитична) и/или с намаление на тромбоцитния брой, протичащо с прояви на кървене от кожата, стомашно – чревния тракт и други органи.

При СЛЕ се откриват разнообразни имунологични отклонения и феномени, които подпомагат поставянето на диагнозата и проследяване на болните деца. Касае се за автоантитела, насочени най-често към клетъчното ядро (антинуклеарни антитела) и неговите компоненти (анти – ДНК антитела, насочени към генетичния материал на клетката, анти-Згп антитела, антифосфолипидни антитела и други). Изследването на комплементните протеини (С3 и С4) отразява активността на заболяването, особено при бъбречно засягане.

Глюкокортикостероидите (метилпреднизолон, преднизон или преднизолон) са основно лечение при СЛЕ. Те намаляват възпалителната и имунолотгична активност на заболяването. Дозата, начинът на приложението им (през устата или венозно) и продължителността на лечението, зависят от тежестта на заболяването и степента на органно засягане.

Имуносупресивните медикаменти (циклофосфамид, имуран) също потискат патологичния имунен отговор и се включват при по-тежки форми на лупус или недостатъчен ефект от глюкокортикостероидите. Нестероидни антиревматични средства (фелоран, индометацин и други) се използват при ставно – мускулни болки (артрит) за кратък период от време.

Лечението е продължително и изисква периодични прегледи и изследвания, които се определят от лекуващия педиатър-ревматолог.

Прогнозата на заболяването е значително подобрена с ранното включване на глюкокортикостероиди и имуносупресори и умелия контрол на лечението.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Какво представлява болестта?

В превод от гръцки език "склеродерма" означава твърда кожа, защото кожата се променя в твърда и лъскава. Болестта има различни форми при които отличителен белег е втвърдената кожа.

При локализираната склеродермия заболяването е ограничено, като променените участъци имат формата на петна (морфея) или са линеарни (линеарна склеродерма). Последната се придружава от промени в тъканите в дълбочина и това причинява деформации. В началото на заболяването кожните промени са оградени от червеновиолетов ръб. Има загуба на подкожна мастна тъкан, което причинява хлътване. При линеарната форма се наблюдава забавен растеж на подлежащите мускули и тъкани.

При системната склеродерма (системна склероза) заболяването е дифузно и поразява не само кожата, но и вътрешните органи. Това води до оплаквания, включващи затруднения в дишането, високо кръвно налягане, болки в сърдечната област.

Каква е честотата?

Това е рядко заболяване. Изследванията показват, че честотата не надвишава повече от 3 нови случая на 100 000 население за година. Локализираната склеродерма е обичайната форма на заболяването при деца, предимно момичета. Само 10 % от децата имат клиничните прояви на системна склероза.

Какво причинява болестта?

Това е възпалително заболяване, но причината за този особен вид възпаление все още не е установена. Болестта е автоимунна, което означава че имунната система на пациента реагира срещу кожните структури и/или вътрешните органи (при системна склероза). Възпалителният процес води до появата на оток и повишена температура. Покъсно се разраства фиброзна тъкан (през периода на възстановяване).

Предава ли се болестта по наследство?

Няма доказателства за генетично предразположение към болестта. Проучванията в тази област продължават, особено при деца. При възрастни има съчетание с други автоимунни заболявания в семейството.

Можем ли да се предпазим от заболяването?

Няма профилактика на това заболяване.

Заразно ли е то?

Не. Някои инфекции могат да бъдат провокиращ фактор за отключване на болестта, но самото заболяване не е инфекциозно и заболелите не трябва да се изолират от околните.

ЛОКАЛИЗИРАНА СКЛЕРОДЕРМА

Как се диагностицира болестта?

Често в ранните стадии около участъка на втвърдена кожа има пурпурно-виолетов ръб. Това е в резултат на възпалителния процес. Постепенно засегнатият участък кожа придобива кафяв, а по-късно по-бял оттенък. Диагнозата се поставя от опитен лекар и се потвърждава чрез кожна биопсия. Линеарната склеродерма засяга лентовидно горните или долни крайници. При процеса се обхващат в дълбочина подкожната тъкан, мускулите и подлежащите кости, което води до изоставане в растежа и развитието на крайника. Понякога линеарната склеродерма засяга лицето и скалпа. Кръвните тестове обикновено са нормални по отношение на показателите за възпаление. При тази форма на заболяването няма значително засягане на вътрешни органи.

Какво е лечението на локализираната склеродерма?

То е по посока на ограничаване на възпалителния процес, затова трябва да започне рано. Лечението има много малко влияние върху вече отложената фиброзна тъкан. Ако възпалителния процес бъде спрян, организмът има възможността да реабсорбира част от фиброзната тъкан и така да се стигне до известно омекотяване на засегнатата кожа. Лекарската преценка е важна при избора на лечение, тъй като то може да варира от локално (с различни кремове) до включване на кортикостероиди и метотрексат. При линеарната склеродерма е необходимо по-агресивно лечение, тъй като тъканото засягане в дълбочина е по-изразено. Ако не се проведе лечение, резултатът е скъсяване с умаляване на засегнатия крайник. Под твърдата кожа не се развива достатъчно подкожна мастна и мускулна тъкан. Втвърдената кожа около ставите води до тяхното деформиране и сковаване. За диагнозата най-често се използва термографията като тест, който измерва топлината на кожата. Противовъзпалителното лечение включва най-често кортикостероиди или метотрексат. Те трябва да бъдат предписани от ревматолог или дерматолог (детски ревматолог или детски дерматолог). Резултатът от лечението при локализираната склеродерма е все още в процес на проучване.

Физиотерапията е много важна част от лечението на линеарната склеродерма раздвижване на ставите, покрити с променена кожа, дълбок масаж, физиопроцедури. Важно е да бъдат използвани слънцезащитни кремове в областта на лезиите.

СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМА

Как се диагностицира системната склеродерма? Какви са главните симптоми?

Ранните симптоми са промяна в цвета на пръстите на ръцете и краката при вариране на околната температура (Рейно феномен), изтръпване и улцерации по върха на пръстите. Кожата се втвърдява и става по-лъскава. По-късно измененията могат да обхванат цялото тяло. Засягат се и вътрешни органи, което определя дългосрочната прогноза на болестта. Оценката на състоянието се извършва чрез кръвни или други функционални тестове.

При децата рано се засяга хранопровода, което е причина за смущения в гълтането. Може да се засегне и целия стомашно-чревен тракт. От поражението на белите дробове сърцето и бъбреците зависи изхода на болестта.

Какво е лечението на системната форма на склеродермия?

За съжаление няма лечение, което може да спре напълно прогресирането на това заболяване. Използват се кортикостероиди, метотрексат или Д-пеницилamин. При Рейно феномен е важно да се поддържа добро кръвообращение чрез затопляне. Понякога се налага използването на лекарства разширяващи кръвоносните съдове. Когато има засягане на бял дроб или бъбреци се използва циклофосфамид. Изборът на подходяща схема на лечение трябва да се извърши от специалист ревматолог (детски ревматолог) често в екип с други специалисти. Под проучване са нови терапевтични схеми. Наложително е използването на физиотерапия, особено когато е затруднено движението в ставите или има затруднения в дишането.

Необходимост от периодични прегледи?

Те са необходими за да се установи дали заболяването прогресира, както и да се назначи съответното лечение. Контролира се функцията на бял дроб, сърце, бъбреци, чревен тракт, както и наличието на евентуални странични ефекти на лечението.

Какво е дългосрочното развитие на болестта?

Морфеята обикновено оставя само козметични кожни дефекти. Линеарната склеродерма причинява сериозни козметични проблеми във връзка със загубата на мускулатура и засягането на костта.

Системната склероза е застрашаващо живота състояние. Продължителността на живота се определя от степента на засягане на вътрешните органи. При някои пациенти заболяването може да се постави под контрол за продължително време.

Възможно ли е пълно възстановяване?

Възстановяване е възможно при някои пациенти с локализирана склеродерма. При системна склероза това е по-малко вероятно. Целта е значително подобрение и стабилизиране на състоянието.

ПОЛИМИОЗИТ /ДЕРМАТОМИОЗИТ

Възпалителните заболявания на мускулите са хетерогенна група болестни състояния, характеризиращи се с проксимална мускулна слабост и негнойно възпаление на скелетната

мускулатура. Основните прояви на болестта са мускулната слабост ангажираща симетрично раменния и тазовия пояс. Нарушени са обичайните движения на горните и долни крайници. Слабостта в шийната мускулатура затруднява вдигането на главата от възглавницата, засягането мускулатурата на мекото небце и гълтача затруднява преглъщането. Кожни прояви се наблюдават при болни с дерматомиозит, с оток и лилаво-червеникав обрив по клепачите на очите и откритите части на тялото. Понякога може да има болки по ставите, задух и затруднено дишане при засягане на междуребрената мускулатура. Сърдечните симптоми са сравнително рядко (ритъмни и проводни нарушения). При тази болест бъбреците не се засягат много.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, да се определи стадият и активността на болестта и да се определи адекватно лечение. За целта може да се наложи провеждане на някои инвазивни процедури или рентгенови изследвания, кожно-мускулна биопсия, електро-миография, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на полимиозит /дерматомиозита включва кортикостероиди, имуносупресори, антималарици. Изборът на конкретен медикамент или комбинация от медикаменти е от компетенцията на Вашия лекар. При изява на нежелани лекарствени реакции или други смущаващи Ви обстоятелства, уведомете лекуващия лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорност за вашето здраве.

СИСТЕМЕН ВАСКУЛИТ

Системните васкулити са група заболявания, чиято главна патологична проява е възпаление на съдовата стена. Това довежда до стеснение на съда и нарушено хранене на съответната тъкан или орган и последваща некроза (смърт на клетките и тъканите). Васкулитът може да бъде самостоятелно заболяване или вторична проява на друга основна болест. Причините за болестта в повечето случаи са неизвестни, но се наблюдават при някои вирусни инфекции, автоимунни заболявания, злокачествени заболявания, могат да се предизвикат от някои медикаменти, храни, напитки, консерванти, серуми, ваксини, ухапвания от насекоми и др.

Васкулитите се делят на първични и вторични, а също така и в зависимост от големината на поразения кръвоносен съд на такива, засягащи малки, средни и големи кръвоносни съдове.

Болестта може да се прояви по различни начини в зависимост от степента и локализацията на съдовото засягане. Според остротата на протичане се различават побавно прогресиращи и ограничени форми, както и с бърза еволюция и многосистемно засягане. Обикновено заболяването започва с някои неспецифични симптоми като повишена температура, отпадналост, загуба на тегло и др. Наред с това се манифестират и прояви, подсказващи многосистемно засягане - кожен обрив, периферна невропатия, асиметричен артрит. Паралелно може да се появят и симптоми от вътрешните органи: бъбреци, стомашно-чревен тракт, сърце и др.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания; да се определи стадия и активността на Вашето заболяване и да се назначи подходящо лечение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури и рентгенови изследвания, кожно – мускулна биопсия, ангиография, ядрено-магнитен резонанс, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на системните васкулити включва: кортикостероиди, имуносупресори (циклофосфамид), имуномодулиращи, други медикаменти. Провежда се в някои случаи лечение с моноклонални антитела, плазмафереза, лимфофереза, криоплазмофереза. Изборът на конкретните медикаменти и тяхната комбинация е от компетенцията на Вашия лекар. При изява на нежелани лекарствени реакции или други смущения, уведомете лекуващия Ви лекар. Гаранция за успешното лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП № 89.2
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪЕДИНИТЕЛНАТА ТЪКАН ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

D69.0 Алергична пурпура • Пурпура:
Анафилактоидна
Henoch-Schonlein
Нетромбоцитопенична
Съдова
Алергичен васкулит

G73.7* **Миопатия при болести, класифицирани другаде**
Миопатия при:
склеродермия (M34.8†)
синдром на Sjögren (M35.0†)
системен lupus (M32.1†)
ревматоиден артрит (M05—M06†)

Други болести на периферните съдове
Не включва: локални студови реакции (T69.1)
измръзване (T33—T35)
окопна длан и окопно стъпало (T69.0)
спазъм на мозъчна артерия (G45.9)
Включва:
I73.0 Синдром на Raynaud Raynaud:
болест
гангрена
феномен (вторичен)
I73.8 Други уточнени болести на периферните съдове
I73.9 Болест на периферните съдове, неуточнена

L52 Erythema nodosum

Възлест полиартериит и наследствени състояния
M30.0 **Възлест полиартериит**
M30.1 **Полиартериит с увреждане на белия дроб [Churg-Strauss]**
Алергичен грануломатозен ангиит
M30,2 **Ювенилен полиартериит**
M30.3 **Слузно-кожен-лимфонодуларен синдром [Kawasaki]**
M30.8 **Други състояния, свързани с възлест полиартериит**
Кръстосан полиангиит-синдром

Други некротизиращи васкулопатии
M31.0 **Суперчувствителен ангиит**
Синдром на Goodpasture
M31. 1 **Тромботична микроангиопатия**
Тромботична тромбоцитопенична пурпура
M31.2 **Злокачествен срединен гранулом**

M31.3 Грануломатоза на Wegener
Некротизираща респираторна грануломатоза
M31.4 Синдром на аортната дъга [Takayasu]
M31.5 Гигантоклетъчен артериит с ревматична полимиалгия
M31.6 Други гигантоклетъчни артериити
M31.8 Други уточнени некротизиращи васкулопатии
Хипокомплементемичен васкулит

Дисеминиран lupus erythematodes
Не включва: lupus erythematodes (дискоиден) (БДУ) (L93.0)
M32.0 Дисеминиран лекарствен lupus erythematodes
M32.1† Дисеминиран lupus erythematodes с увреждане на други органи или системи
Дисеминиран lupus erythematodes с увреждане на:
белия дроб (J99.1*)
бъбреците (N08.5* , N16.4*)
Болест на Libman-Sacks (I39.—*)
Перикардит при дисеминиран lupus erythematodes (I32.8*)
M32.8 Други форми на дисеминиран lupus erythematodes

Дерматополимиозит
M33.0 Ювенилен дерматомиозит
M33.1 Други дерматомиозити
M33.2 Полимиозит

Системна склероза
Включва: склеродермия
Не включва: склеродермия:
локализирана (L94.0)
неонатална (P83.8)
M34.0 Прогресивна системна склероза
M34.1 Синдром CR(E)ST
Съчетание на калциноза, синдром на Рейно, дисфункция на хранопровода, склеродактилия и телеангиектазия
M34.2 Системна склероза, предизвикана от лекарствени средства и химични продукти
M34.8 Други форми на системна склероза
Системна склероза с:
увреждане на белия дроб† (J99.1*)
миопатия† (G73.7*)

Други системни увреждания на съединителната тъкан
Не включва: реактивна перфорираща колагеноза (L87.1)
M35.0 Синдром на Sjögren
Синдром на Sjögren с:
белодробни увреждания† (J99.1*)
кератоконюнктивит† (H19.3*)
тубулоинтестицилни увреждания на бъбреците† (N16.4*)
миопатии† (G73.7*)
M35.1 Други кръстосани форми
Асоциирана болест на съединителната тъкан
Не включва: кръстосан полиангиит-синдром (M30.8)
M35.2 Синдром на Behçet
M35.3 Ревматична полимиалгия
Не включва: ревматична полимиалгия с гигантоклетъчен артериит (M31.5)
M35.4 Дифузен (еозинофилен) фасциит
M35.5 Мултиплена фибросклероза

M35.6 Рецидивиращ паникулит [Weber-Christian]
Не включва: паникулит:
БДУ (M79.3)
при лупус (L93.2)

M35.7 Хипермобилен синдром
Фамилна слабост на връзките
Не включва: слабост на връзките БДУ (M24.2)
синдром на Ehlers—Danlos (Q79.6)

M35.8 Други уточнени системни увреждания на съединителната тъкан

Диагнозите със знак звездичка (*) не могат да се използват като самостоятелни диагнози (самостоятелен код), а изискват основна диагноза (основен код), обозначена със знак кръстче (†), която винаги стои на първо място.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на бъбрек

36561-00 Затворена биопсия на бъбрек

Аспирация на други мускулно-скелетни точки

50124-00 Аспирация на става или друга синовиална кухина, некласифицирана другаде
Аспирация на бурса

Биопсия на кожа и подкожна тъкан

30071-00 Биопсия на кожа и подкожна тъкан

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост гръдна
стена бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
корем (56301-01, 56307-01 [1957])
и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
мозък (57001, 57007 [1957])
56301-00 Компютърна томография на гръден кош
56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце бял
дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
гръдна кост (58521-00 [1972])
гръден вход (58509-00 [1974])
трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро

Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57524-00 Рентгенография на фемурална кост и коляно

57518-01 Рентгенография на коляно

Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57524-01 Рентгенография на коляно и подбедрица

57518-02 Рентгенография на подбедрица

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

59903-03 Аортография

Артериография

59970-05 Артериография на бъбречни артерии

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
използвайки:
мапиране с цветен поток
Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
механично секторно сканиране
трансдюсер с фазово излъчване
с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош
Включва: сърце

1932 Изследвания на урината

91920-14 Изследване за белтък в урината

91920-01 Изследване на уринен седимент

91920-16 Изследване за билирубин в урината

91920-05 Изследване за уробилиноген в урината

91920-08 Изследване на захар в уринна проба

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

1926 Микробиологични изследвания

91937-02 Микробиологично/Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

и/или

1929 Вирусологични изследвания

91911-19 Други вирусологични изследвания

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

При необходимост:

91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)

91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

91910-28 Клинико-химични изследвания за Креатинкиназа (КК)

91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ

По преценка:

91910-11 Изследване на фибриноген

1930 Имунологични изследвания

91923-07 Изследване на ревматоиден фактор

91923-08 Изследване на антистрептолизинов титър (AST)
Включва: при ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции

91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум

91915-00 Други имунологични изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

91919-00 Микроскопско изследване на проба от кожа и друга покривна тъкан Капиляроскопия
Друго морфологично изследване

Невромускулна електродиагностика

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на агент в други мускулно-скелетни точки

50124-01 Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, некласифицирано другаде
Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ
Инжектиране:
в бурса на:
кортикостероид
локален анестетик

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин Инжектиране
или трансфузия на:
гама глобулин
имуноглобулин
Intragam

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент

Противоинфекциозен агент

Антибактериален

Антибиотик

Противогъбен

Антипротозоен

Противовирусен

Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент

Антибактериален

Антибиотик

Противогъбен

Антипротозоен

Противовирусен

Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антикоагуланти

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антикоагуланти

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96201-03 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент

96197-00 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент

96201-00 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и три различни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, от таблицата с диагностичните процедури.

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като

допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва задължително извършване на следните медико-диагностични изследвания: хематологични изследвания –хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити (91910-04); ДКК (91910-05); биохимични изследвания – чернодробни ензими (91910-26, 91910-27), креатинин (91910-13), кръвна захар (91910-12); при необходимост: АФ (91910-30), CRP (91910-19), КК (91910-28), ГГТ (91910-29),

По преценка: изследване на СУЕ(91910-07), имунологични изследвания – ANA (9192401), Waaler Ross (91923-07), AST (91923-08) /при необходимост други (91915-00)/, фибриноген (91910-11).

Диагностичната процедура изследване на урина включва следните медикодиагностични изследвания: химично изследване на урина – всички позиции /белтък (91920-

14), седимент (91920-01), билирубин (9192016), уробилиноген (91920-05), глюкоза (9192008)/.

Клиничната пътека не може да бъде завършена само с терапевтична процедура **50124-01.**

Всички диагностични процедури, включени в таблицата с основни диагностични процедури, се извършват от ЛЗ за БМП по време на хоспитализацията.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска ревматология, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена и апаратура са съобразени с медицински стандарт „Ревматология”.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска ревматология или Детска клиника/ отделение – III ниво
2. Клинична лаборатория*
3. Образна диагностика – ехограф, подходящ за изследване на стави
4. Апарат за ЕКГ
5. Ренгенов апарат за скопия и графия

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ревматология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. КТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Вирусологична лаборатория
4. Имунологична лаборатория
5. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- лекар със специалност по детска ревматология
или
лекар със специалност по детска ревмокардиология
или
лекари със специалност по педиатрия – четирима; - лекар със специалност клинична лаборатория; - лекар със специалност по образна диагностика.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- Радиоизотопна лаборатория или нуклеарно-медицинско звено – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

- Отделение по физиотерапия и рехабилитация - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на пациенти със доказани системни заболявания и наличие на:
   - тежка психоза, епилептичен гърч, мозъчно-съдов инцидент;
   - тежък интоксикационно-фебрилен синдром;
   - васкулит с некрози;
   - бързопрогресиращ полимиозит;
   - остро възникнал нефрозен синдром или рязко повишение на креатинина;
   - белодробни прояви, изхождащи от болестта (пулмонит, белодробна съдова болест, плеврален излив);
   - прогресиращ лупусен кардит (перикарден излив, миокардит с прогресираща СН, рефрактерен на ГКС лечение, ендокардит с увреждане на много клапи);
   - васкулитен обрив, съчетан с коремна болка;
   - новоустановена артериална хипертония;
   - цитопения (левкоцити под 3000, тромбоцити под 100 000);
   - васкулитен синдром и рецидивираща хематурия и/или протеинурия.
2. Първоначална диагностика, стадиране и определяне на терапевтичен подход при болни с данни за системно заболяване;
3. Диагностично уточняване, рестадиране и корекция на терапевтичен подход при болни със системно заболяване с недостатъчен терапевтичен ефект от провежданото извънболнично лечение;

4. Провеждане на пулс-терапия с цитостатици, кортикостероиди, интравенозен гамаглобулин и други биологични средства по определена терапевтична схема.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания при спешни индикации се взема до 6 час от постъпването, а в останалите случаи се взема до 24 час от постъпването.

Медикаментозното лечение започва до 6 час от началото на хоспитализацията.

В случай на необходимост рентгенография същата се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията.

Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променени показатели се извършват задължително до края на хоспитализацията.

SLEDAI индекс за оценка активността на SLE, респ. нуждата от хоспитализация:

8 точки – невролупус (епилептиформени припадъци и/или психоза, органичен мозъчен синдром, зрителни нарушения, увреда на ЧМН, мозъчно-съдови инциденти, лупусно главоболие);

8 точки – васкулит (васкулитни обриви с некрози по крайниците и тялото);

4 точки – артрит или миозит;

4 точки – нефрит (цилиндрурия и/или хематурия, протеинурия, пиурия);

2 точки – кожни прояви (пеперудообразен еритем и/или алопеция, афтоза);

2 точки – полисерозит (перикардит или плеврит);

2 точки – хипокомплементемия;

2 точки – повишени антитела срещу нативна ДНК;

1 точка – фебрилитет над 38 градуса;

1 точка – цитопения (левкоцити под 3000, тромбоцити под 100 000).

Точки се дават за всеки установен признак – броят варира от 0 до 105 точки. Тази точкова система, определяща активността на заболяването, се отнася само за пациенти с вече поставена диагноза лупус – те се хоспитализират, ако имат 8 и повече точки.

Медикаментозното лечение включва следните лекарствени групи:

- нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС);
- бавнодействащи (болестопроменящи) противоревматични лекарствени средства:
  - за перорално приложение;
  - за парентерално приложение;
- терапевтични средства с имуномодулиращ ефект – интравенозен гамаглобулин, биологични средства, моноклонални антитела и др.
- кортикостероиди:
  - за перорално приложение;
  - за парентерално приложение;
- имуносупресори:
  - за перорално приложение;
  - за парентерално приложение;
- антибактериални, антивирусни и антимикотични средства;
- средства за локално приложение:
  - кортикостероиди с удължено действие;
  - перкутанни средства;
- симптоматични – диуретици, кардиотоници, съдоразширяващи, антихипертензивни, антихистаминови, антикоагуланти, антиагреганти.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Съгласно международно приетите диагностични критерии (таблици), за съответната нозология и съобразно клиничната картина, рентгенографските промени, лабораторните и инструментални изследвания.

Имунологични изследвания се извършват веднъж на три месеца по преценка на лекуващия детски ревматолог, при когото е диспансеризирано детето.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ Медицински критерии за дехоспитализация:

- поставена окончателна диагноза;
- овладяване на фебрилитета;
- подобрение на показателите за възпалителна и имунологична активност на заболяването;
- корекция на отклоненията в клинико-лабораторните показатели;
- приключване на пулс-терапия и корекция на отклоненията в клинико-лабораторните показатели.

Имунологични изследвания се извършват веднъж на три месеца по преценка на лекуващия детски ревматолог.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1.Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

8.2. Документиране на диагностично - лечебния алгоритъм – в “История на заболяването”.

8.3. Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

-“История на заболяването”;

-част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

-епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.4. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

СИСТЕМЕН ЛУПУС ЕРИТЕМАТОДУС

Системният лупус еритематозус (СЛЕ) е хронично автоимунно заболяване, което може да засегне различни органи и системи. Причините не са известни. Предполага се участие на голям брой наследствени рискови фактори, в съчетание с някои фактори на околната среда като: вирусни инфекции, някои медикаменти, слънчево облъчване.

СЛЕ е рядка болест, която засяга предимно момичета и млади жени във възрастта от 15-45 години, като съотношението жени/мъже е 9:1. Изявата на заболяването е необичайна под 5 години и много рядка във възрастта преди пубертета.

Началото на заболяването при повечето от случаите е постепенно, бавно, с неспецифични оплаквания от умора, отпадналост, непостоянна температура, отслабване на тегло, липса на апетит. По-късно се развиват специфични симптоми във връзка със засягане на един или повече органи. Измененията по кожата са чести и включват разнообразни обриви, като т.нар. "пеперудообразен обрив" по лицето, смятан за специфичен при СЛЕ, се установява в 30 - 50% от децата. Характерно за обривите при СЛЕ е тяхната фоточувствителност. Язвите по лигавицата на устата и носа също са чести в началото на заболяването. Понякога се явява косопад, зачервяване и побледняване на ръцете при студ (синдром на Рейно). При повечето от децата се развива артрит в различни стави, който е преходен, недеформиращ. Понякога децата имат оплаквания от болки в гърдите, усилващи се при дишане и болки зад гръдната кост. Състоянието се обуславя от възпаление на плеврата и перикарда.

Засягане на бъбреците се наблюдава при почти всички деца със СЛЕ и варира от леко възпаление до значителни увреждания на органите. Въпреки липсата на оплаквания в началото на заболяването се установяват патологични отклонения в урината и в изследванията, отразяващи бъбречната функция. При деца с по-тежко бъбречно увреждане се открива кръв в урината и отоци в областта на клепачите, в ходилата и долни крайници.

Засягането на централната нервна система е рядко. Протича с главоболие, гърчове и нервнопсихични прояви, като нарушена концентрация и памет, емоционална лабилност, депресия и психози.

В отделни случаи СЛЕ протича с анемия, дължаща се на разпад на еритроцитите (хемолитична) и/или с намаление на тромбоцитния брой, протичащо с прояви на кървене от кожата, стомашно – чревния тракт и други органи.

При СЛЕ се откриват разнообразни имунологични отклонения и феномени, които подпомагат поставянето на диагнозата и проследяване на болните деца. Касае се за автоантитела, насочени най-често към клетъчното ядро (антинуклеарни антитела) и неговите компоненти (анти – ДНК антитела, насочени към генетичния материал на клетката, анти-Згп антитела, антифосфолипидни антитела и други). Изследването на комплементните протеини (С3 и С4) отразява активността на заболяването, особено при бъбречно засягане.

Глюкокортикостероидите (метилпреднизолон, преднизон или преднизолон) са основно лечение при СЛЕ. Те намаляват възпалителната и имунолотгична активност на заболяването. Дозата, начинът на приложението им (през устата или венозно) и продължителността на лечението, зависят от тежестта на заболяването и степента на органно засягане. Имуносупресивните медикаменти (циклофосфамид, имуран) също потискат патологичния имунен отговор и се включват при по-тежки форми на лупус или недостатъчен ефект от глюкокортикостероидите. Нестероидни антиревматични средства (фелоран, индометацин и други) се използват при ставно – мускулни болки (артрит) за кратък период от време.

Лечението е продължително и изисква периодични прегледи и изследвания, които се определят от лекуващия педиатър-ревматолог.

Прогнозата на заболяването е значително подобрена с ранното включване на глюкокортикостероиди и имуносупресори и умелия контрол на лечението.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Какво представлява болестта?

В превод от гръцки език "склеродерма" означава твърда кожа, защото кожата се променя в твърда и лъскава. Болестта има различни форми при които отличителен белег е втвърдената кожа.

При локализираната склеродермия заболяването е ограничено, като променените участъци имат формата на петна (морфея) или са линеарни (линеарна склеродерма). Последната се придружава от промени в тъканите в дълбочина и това причинява деформации. В началото на заболяването кожните промени са оградени от червеновиолетов ръб. Има загуба на подкожна мастна тъкан, което причинява хлътване. При линеарната форма се наблюдава забавен растеж на подлежащите мускули и тъкани.

При системната склеродерма (системна склероза) заболяването е дифузно и поразява не само кожата, но и вътрешните органи. Това води до оплаквания, включващи затруднения в дишането, високо кръвно налягане, болки в сърдечната област.

Каква е честотата?

Това е рядко заболяване. Изследванията показват, че честотата не надвишава повече от 3 нови случая на 100 000 население за година. Локализираната склеродерма е обичайната форма на заболяването при деца, предимно момичета. Само 10 % от децата имат клиничните прояви на системна склероза.

Какво причинява болестта?

Това е възпалително заболяване, но причината за този особен вид възпаление все още не е установена. Болестта е автоимунна, което означава че имунната система на пациента реагира срещу кожните структури и/или вътрешните органи (при системна склероза). Възпалителният процес води до появата на оток и повишена температура. Покъсно се разраства фиброзна тъкан (през периода на възстановяване).

Предава ли се болестта по наследство?

Няма доказателства за генетично предразположение към болестта. Проучванията в тази област продължават, особено при деца. При възрастни има съчетание с други автоимунни заболявания в семейството.

Можем ли да се предпазим от заболяването?

Няма профилактика на това заболяване.

Заразно ли е то?

Не. Някои инфекции могат да бъдат провокиращ фактор за отключване на болестта, но самото заболяване не е инфекциозно и заболелите не трябва да се изолират от околните.

ЛОКАЛИЗИРАНА СКЛЕРОДЕРМА

Как се диагностицира болестта?

Често в ранните стадии около участъка на втвърдена кожа има пурпурно-виолетов ръб. Това е в резултат на възпалителния процес. Постепенно засегнатият участък кожа придобива кафяв, а по-късно по-бял оттенък. Диагнозата се поставя от опитен лекар и се потвърждава чрез кожна биопсия. Линеарната склеродерма засяга лентовидно горните или долни крайници. При процеса се обхващат в дълбочина подкожната тъкан, мускулите и подлежащите кости, което води до изоставане в растежа и развитието на крайника. Понякога линеарната склеродерма засяга лицето и скалпа. Кръвните тестове обикновено са нормални по отношение на показателите за възпаление. При тази форма на заболяването няма значително засягане на вътрешни органи.

Какво е лечението на локализираната склеродерма?

То е по посока на ограничаване на възпалителния процес, затова трябва да започне рано. Лечението има много малко влияние върху вече отложената фиброзна тъкан. Ако възпалителния процес бъде спрян, организмът има възможността да реабсорбира част от фиброзната тъкан и така да се стигне до известно омекотяване на засегнатата кожа. Лекарската преценка е важна при избора на лечение, тъй като то може да варира от локално (с различни кремове) до включване на кортикостероиди и метотрексат. При линеарната склеродерма е необходимо по-агресивно лечение, тъй като тъканото засягане в дълбочина е по-изразено. Ако не се проведе лечение, резултатът е скъсяване с умаляване на засегнатия крайник. Под твърдата кожа не се развива достатъчно подкожна мастна и мускулна тъкан. Втвърдената кожа около ставите води до тяхното деформиране и сковаване. За диагнозата най-често се използва термографията като тест, който измерва топлината на кожата. Противовъзпалителното лечение включва най-често кортикостероиди или метотрексат. Те трябва да бъдат предписани от ревматолог или дерматолог (детски ревматолог или детски дерматолог). Резултатът от лечението при локализираната склеродерма е все още в процес на проучване.

Физиотерапията е много важна част от лечението на линеарната склеродерма раздвижване на ставите, покрити с променена кожа, дълбок масаж, физиопроцедури. Важно е да бъдат използвани слънцезащитни кремове в областта на лезиите.

СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМА

Как се диагностицира системната склеродерма? Какви са главните симптоми?

Ранните симптоми са промяна в цвета на пръстите на ръцете и краката при вариране на околната температура (Рейно феномен), изтръпване и улцерации по върха на пръстите. Кожата се втвърдява и става по-лъскава. По-късно измененията могат да обхванат цялото тяло. Засягат се и вътрешни органи, което определя дългосрочната прогноза на болестта. Оценката на състоянието се извършва чрез кръвни или други функционални тестове.

При децата рано се засяга хранопровода, което е причина за смущения в гълтането. Може да се засегне и целия стомашно-чревен тракт. От поражението на белите дробове сърцето и бъбреците зависи изхода на болестта.

Какво е лечението на системната форма на склеродермия?

За съжаление няма лечение, което може да спре напълно прогресирането на това заболяване. Използват се кортикостероиди, метотрексат или Д-пеницилamин. При Рейно феномен е важно да се поддържа добро кръвообращение чрез затопляне. Понякога се налага използването на лекарства разширяващи кръвоносните съдове. Когато има засягане на бял дроб или бъбреци се използва циклофосфамид. Изборът на подходяща схема на лечение трябва да се извърши от специалист ревматолог (детски ревматолог) често в екип с други специалисти. Под проучване са нови терапевтични схеми. Наложително е използването на физиотерапия, особено когато е затруднено движението в ставите или има затруднения в дишането.

Необходимост от периодични прегледи?

Те са необходими за да се установи дали заболяването прогресира, както и да се назначи съответното лечение. Контролира се функцията на бял дроб, сърце, бъбреци, чревен тракт, както и наличието на евентуални странични ефекти на лечението.

Какво е дългосрочното развитие на болестта?

Морфеята обикновено оставя само козметични кожни дефекти. Линеарната склеродерма причинява сериозни козметични проблеми във връзка със загубата на мускулатура и засягането на костта.

Системната склероза е застрашаващо живота състояние. Продължителността на живота се определя от степента на засягане на вътрешните органи. При някои пациенти заболяването може да се постави под контрол за продължително време.

Възможно ли е пълно възстановяване?

Възстановяване е възможно при някои пациенти с локализирана склеродерма. При системна склероза това е по-малко вероятно. Целта е значително подобрение и стабилизиране на състоянието.

ПОЛИМИОЗИТ /ДЕРМАТОМИОЗИТ

Възпалителните заболявания на мускулите са хетерогенна група болестни състояния, характеризиращи се с проксимална мускулна слабост и негнойно възпаление на скелетната мускулатура. Основните прояви на болестта са мускулната слабост ангажираща симетрично раменния и тазовия пояс. Нарушени са обичайните движения на горните и долни крайници. Слабостта в шийната мускулатура затруднява вдигането на главата от възглавницата, засягането мускулатурата на мекото небце и гълтача затруднява преглъщането. Кожни прояви се наблюдават при болни с дерматомиозит, с оток и лилаво-червеникав обрив по клепачите на очите и откритите части на тялото. Понякога може да има болки по ставите, задух и затруднено дишане при засягане на междуребрената мускулатура. Сърдечните симптоми са сравнително рядко (ритъмни и проводни нарушения). При тази болест бъбреците не се засягат много.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, да се определи стадият и активността на болестта и да се определи адекватно лечение. За целта може да се наложи провеждане на някои инвазивни процедури или рентгенови изследвания, кожно-мускулна биопсия, електро-миография, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на полимиозит /дерматомиозита включва кортикостероиди, имуносупресори, антималарици. Изборът на конкретен медикамент или комбинация от медикаменти е от компетенцията на Вашия лекар. При изява на нежелани лекарствени реакции или други смущаващи Ви обстоятелства, уведомете лекуващия лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорност за вашето здраве.

СИСТЕМЕН ВАСКУЛИТ

Системните васкулити са група заболявания, чиято главна патологична проява е възпаление на съдовата стена. Това довежда до стеснение на съда и нарушено хранене на съответната тъкан или орган и последваща некроза (смърт на клетките и тъканите). Васкулитът може да бъде самостоятелно заболяване или вторична проява на друга основна болест. Причините за болестта в повечето случаи са неизвестни, но се наблюдават при някои вирусни инфекции, автоимунни заболявания, злокачествени заболявания, могат да се предизвикат от някои медикаменти, храни, напитки, консерванти, серуми, ваксини, ухапвания от насекоми и др.

Васкулитите се делят на първични и вторични, а също така и в зависимост от големината на поразения кръвоносен съд на такива, засягащи малки, средни и големи кръвоносни съдове.

Болестта може да се прояви по различни начини в зависимост от степента и локализацията на съдовото засягане. Според остротата на протичане се различават побавно прогресиращи и ограничени форми, както и с бърза еволюция и многосистемно засягане. Обикновено заболяването започва с някои неспецифични симптоми като повишена

температура, отпадналост, загуба на тегло и др. Наред с това се манифестират и прояви, подсказващи многосистемно засягане - кожен обрив, периферна невропатия, асиметричен артрит. Паралелно може да се появят и симптоми от вътрешните органи: бъбреци, стомашно-чревен тракт, сърце и др.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания; да се определи стадия и активността на Вашето заболяване и да се назначи подходящо лечение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури и рентгенови изследвания, кожно – мускулна биопсия, ангиография, ядрено-магнитен резонанс, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на системните васкулити включва: кортикостероиди, имуносупресори (циклофосфамид), имуномодулиращи, други медикаменти. Провежда се в някои случаи лечение с моноклонални антитела, плазмафереза, лимфофереза, криоплазмофереза. Изборът на конкретните медикаменти и тяхната комбинация е от компетенцията на Вашия лекар. При изява на нежелани лекарствени реакции или други смущения, уведомете лекуващия Ви лекар. Гаранция за успешното лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП № 89.3
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СИСТЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪЕДИНИТЕЛНАТА ТЪКАН ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ - С УСЛОЖНЕНИЯ

1. Минимален болничен престой – 4 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Възлест полиартериит и наследствени състояния

M30.0 Възлест полиартериит

M30.1 Полиартериит с увреждане на белия дроб [Churg-Strauss]
Алергичен грануломатозен ангиит
Кръстосан полиангиит-синдром

Други некротизиращи васкулопатии

M31. 1 Тромботична микроангиопатия
Тромботична тромбоцитопенична пурпура

M31.3 Грануломатоза на Wegener
Некротизираща респираторна грануломатоза

M31.4 Синдром на аортната дъга [Takayasu]

M31.8 Други уточнени некротизиращи васкулопатии
Хипокомплементемичен васкулит

Дисеминиран lupus erythematodes

Не включва: lupus erythematodes (дискоиден) (БДУ) (L93.0)

M32.1† Дисеминиран lupus erythematodes с увреждане на други органи или системи
Дисеминиран lupus erythematodes с увреждане на:
белия дроб (J99.1*)
бъбреците (N08.5* , N16.4*)
Болест на Libman-Sacks (I39.—*)
Перикардит при дисеминиран lupus erythematodes (I32.8*)

M32.8 Други форми на дисеминиран lupus erythematodes

M33.1 Други дерматомиозити

M34.8 Други форми на системна склероза Системна склероза с:
увреждане на белия дроб† (J99.1*)
миопатия† (G73.7*)

Диагнозите със знак звездичка (*), не могат да се използват като самостоятелни диагнози (самостоятелен код), а изискват основна диагноза (основен код), обозначена със знак кръстче (†), която винаги стои на първо място.

Диагноза с МКБ код M32.8 „Други форми на дисеминиран lupus erythematodes“ в тази КП включва мозъчна форма и трансверзален миелит.

Диагноза с МКБ код M33.1 „Други дерматомиозити“ в тази КП включва засягане на белите дробове или сърцето.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на кожа и подкожна тъкан

30071-00 Биопсия на кожа и подкожна тъкан

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост гръдна
стена бял
дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
корем (56301-01, 56307-01 [1957])
и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце бял
дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
гръдна кост (58521-00 [1972])
гръден вход (58509-00 [1974])
трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

59903-03 Аортография

Артериография

59970-05 Артериография на бъбречни артерии

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
използвайки:
мапиране с цветен поток
Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
механично секторно сканиране
трансдюсер с фазово излъчване
с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош

Включва: сърце

1926 Микробиологични изследвания

91920-02 Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
антибиограма

1932 Изследвания на урината

91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-11	Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-12	Химично изследване на урина pH Белтък Билирубин Уробилиноген Глюкоза Кетони Относително тегло – по преценка на лекуващия лекар Нитрити– по преценка на лекуващия лекар Левкоцити Кръв
1924	**Биохимични изследвания**
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Клинико-химични изследвания за Креатинкиназа (КК)
1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар
91910-11	Изследване на фибриноген – по преценка на лекуващия лекар
1930	**Имунологични изследвания**
91923-07	Изследване на ревматоиден фактор

91924-01	Определяне на антинуклеарни антитела в серум
1927	**Морфологични изследвания**
91934-06	Микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и/или ставна течност за хистология
91919-00	Микроскопско изследване на проба от кожа и друга покривна тъкан Капиляроскопия Друго морфологично изследване
Изследване на локализирана кост чрез нуклеарно медицинско изображение	

Включва: кръвни:
поток }
обем } изследване
Не включва: това на става (61446-01, 61449-01 [2010])

61446-00 Локализирано костно изследване

61421-00 Изследване на костна система на цяло тяло
Включва: кръвни:
поток }
обем } изследване

Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
на ≥ 1 мускул(и)
използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на агент в други мускулно-скелетни точки точки

50124-01 Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, некласифицирано другаде
Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ
Инжектиране:
в бурса на:
кортикостероид
локален анестетик

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на на фармакологичен агент. Антикоагуланти

96200-11 Подкожно приложение на на фармакологичен агент. Антикоагуланти

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96201-03 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент

96197-00 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент

96201-00 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин Инжектиране или трансфузия на:
гама глобулин
имуноглобулин
Intragam

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и две диагностични процедури, едната от които задължително е изследване на кръв.

Клиничната пътека не може да бъде завършена само с терапевтична процедура 50124-01.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва задължително извършване на целия комплекс от следните медико-диагностични изследвания: хематологични изследвания /минимум/: хемоглобин, левкоцити (91910-04), левкограма (91910-05 и/или следните биохимични изследвания: кр. захар (91910-12), урея (91910-14), креатинин (9191013), ALAT (91910-27), ASAT (91910-26), КК (91910-28).

По преценка: изследване на СУЕ(91910-07) и изследване на фибриноген (91910-11).

Имунологичните изследвания: РФ/Waaler Ross/ (91923-07) и ANA (91924-01) се извършва при необходимост.

Диагностичната процедура изследване на урина включва следните медикодиагностични изследвания: посявка на урина (91920-02), бъбречен клирънс (91920-11), химично изследване на урина (91920-12).

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Код **91934-06** "Микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и ставна течност за хистология" по тази КП и за тази възрастова група включва: друго микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и ставна течност - микроскопско изследване на: кост, лигамент, бурса, мускул, хрущял, синовиална мембрана, фасция, сухожилие, кожа ставна течност;

Всички медико-диагностични изследвания, включени в таблицата с основни диагностични процедури, се осъществяват от ЛЗ за БМП по време на хоспитализацията.

1. **Договор за изпълнение на КП № 89.3 могат да сключат** лечебни заведения за болнична помощ, през които по КП 89.1 през 2019 г. са преминали не по-малко от 110 ЗОЛ.
2. **По КП № 89.3 НЗОК заплаща на лечебното заведение не повече от 15% от** общия брой преминали ЗОЛ по КП 89.1 в същото ЛЗ.
3. **НЗОК заплаща за лечението на едно ЗОЛ по КП № 89.3 не повече от един път за една календарна година.** При необходимост от повторна хоспитализация по същата КП, НЗОК заплаща на лечебното заведение по цената, определена за КП № 89.1.

НЗОК не заплаща за лечение на едно и също ЗОЛ по КП № 89.3 и по КП № 89.1 в рамките на един отчетен период.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява от обхвата на медицинската специалност "Ревматология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ревматология"

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицинските стандарти „Ревматология".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ревматология
2. Клинична лаборатория *
3. Отделение по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия; КТ или МРТ; ехограф, подходящ за изследване на стави
4. Апарат за ЕКГ

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ревматология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апарат за двойноенергийна рентгенова абсорбциометрия (ДХА)
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта
4. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина - второ ниво на компетентност
5. Имунологична лаборатория - трето ниво на компетентност

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- шестима лекари, от които четирима лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорнодвигателен апарат;

- лекар със специалност клинична лаборатория; - лекар със специалност по образна диагностика.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- Имунологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

- Радиоизотопна лаборатория или нуклеарно-медицинско звено – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на пациенти с доказани системни автоимунни заболявания и наличие на:
   - тежка психоза, епилептичен гърч, мозъчно-съдов инцидент;
   - транзверзален миелит или оптикомиелит;
   - тежък интоксикационно-фебрилен синдром;
   - васкулит с некрози;
   - бързопрогресиращ полимиозит;
   - остро възникнал нефрозен синдром или рязко повишение на креатинина;
   - белодробни прояви, изхождащи от болестта (пулмонит, белодробна съдова болест, плеврален излив);
   - прогресиращ автоимунен кардит (перикарден излив, миокардит с прогресираща СН, рефрактерен на ГКС лечение, ендокардит с увреждане на клапи);
   - васкулитен обрив, съчетан с коремна болка;
   - новоустановена артериална хипертония;
   - цитопения (левкоцити под 2500, тромбоцити под 90 000);
   - васкулитен синдром и рецидивираща хематурия и/или протеинурия;
   - васкулитни исхмични прояви от страна на горните крайници, долните крайници, коремните и мозъчните кръвоносни съдове;
   - бързо прогресиращ модифициран Rodnan skin score или еритродермия;
   - бързо прогресиращ синдром на Raynaud с тежки исхемични прояви или некрози.
2. Първоначална диагностика, стадиране и определяне на терапевтичен подход при болни с данни за системно заболяване;
3. Диагностично уточняване, рестадиране и корекция на терапевтичен подход при болни със системно заболяване с недостатъчен терапевтичен ефект от провежданото извънболнично лечение;
4. Провеждане на пулс-терапия с цитостатици, кортикостероиди, интравенозен гамаглобулин и други биологични средства по определена терапевтична схема.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания при спешни индикации се взема до 6 час от постъпването.

Медикаментозното лечение започва до 6 час от началото на хоспитализацията.

В случай на необходимост рентгенография същата се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията.

Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променени показатели се извършват задължително до края на хоспитализацията.

Медикаментозното лечение включва следните лекарствени групи:

- нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС);
- бавнодействащи (болестопроменящи) противоревматични лекарствени средства;
- за перорално приложение;
- за парентерално приложение.
- кортикостероиди:
  - за перорално приложение;
  - за парентерално приложение;
  - имуносупресори:
  - за перорално приложение;
  - за парентерално приложение;

- антибактериални, антивирусни и антимикотични средства;
- средства за локално приложение
  - кортикостероиди с удължено действие;
  - перкутанни средства
- симптоматични – диуретици, кардиотоници, съдоразширяващи, антихипертензивни, антихистаминови, антикоагуланти, антиагреганти.
- лечебна плазмафереза – при съответни индикации.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Съгласно международно приетите диагностични таблици за съответната нозология и съобразно клиничната картина, рентгенографските промени, лабораторните и инструментални изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- поставена окончателна диагноза;
- овладяване на фебрилитета;
- подобрение в общото състояние и на показателите за клинична или биологична активност на заболяването;
- приключване на пулстерапия.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1. Хоспитализацията на пациента се документира в "История на заболяването" (ИЗ) и в част II на "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗНЗОК №7;

8.2. Документиране на диагностично-лечебния алгоритъм – в "История на заболяването".

8.3. Изписването/ превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

-"История на заболяването";

-част III на "Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7;

-епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.4. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

СИСТЕМЕН ЛУПУС ЕРИТЕМАТОДУС

Системният лупус еритематозус (СЛЕ) е хронично автоимунно заболяване, което може да засегне различни органи и системи. Причините не са известни. Предполага се участие на голям брой наследствени рискови фактори, в съчетание с някои фактори на околната среда като: вирусни инфекции, някои медикаменти, слънчево облъчване.

СЛЕ е рядка болест, която засяга предимно момичета и млади жени във възрастта от 15-45 години, като съотношението жени/мъже е 9:1. Изявата на заболяването е необичайна под 5 години и много рядка във възрастта преди пубертета.

Началото на заболяването при повечето от случаите е постепенно, бавно, с неспецифични оплаквания от умора, отпадналост, непостоянна температура, отслабване на тегло, липса на апетит. По-късно се развиват специфични симптоми във връзка със засягане на един или повече органи. Измененията по кожата са чести и включват разнообразни обриви, като т.нар. "пеперудообразен обрив" по лицето, смятан за специфичен при СЛЕ, се установява в 30 - 50% от децата. Характерно за обривите при СЛЕ е тяхната фоточувствителност. Язвите по лигавицата на устата и носа също са чести в началото на заболяването. Понякога се явява косопад, зачервяване и побледняване на ръцете при студ (синдром на Рейно). При повечето от децата се развива артрит в различни стави, който е преходен, недеформиращ. Понякога децата

имат оплаквания от болки в гърдите, усилващи се при дишане и болки зад гръдната кост. Състоянието се обуславя от възпаление на плеврата и перикарда.

Засягане на бъбреците се наблюдава при почти всички деца със СЛЕ и варира от леко възпаление до значителни увреждания на органите. Въпреки липсата на оплаквания в началото на заболяването се установяват патологични отклонения в урината и в изследванията, отразяващи бъбречната функция. При деца с по-тежко бъбречно увреждане се открива кръв в урината и отоци в областта на клепачите, в ходилата и долни крайници.

Засягането на централната нервна система е рядко. Протича с главоболие, гърчове и нервнопсихични прояви, като нарушена концентрация и памет, емоционална лабилност, депресия и психози.

В отделни случаи СЛЕ протича с анемия, дължаща се на разпад на еритроцитите (хемолитична) и/или с намаление на тромбоцитния брой, протичащо с прояви на кървене от кожата, стомашно – чревния тракт и други органи.

При СЛЕ се откриват разнообразни имунологични отклонения и феномени, които подпомагат поставянето на диагнозата и проследяване на болните деца. Касае се за автоантитела, насочени най-често към клетъчното ядро (антинуклеарни антитела) и неговите компоненти (анти – ДНК антитела, насочени към генетичния материал на клетката, анти-Згп антитела, антифосфолипидни антитела и други). Изследването на комплементните протеини (С3 и С4) отразява активността на заболяването, особено при бъбречно засягане.

Глюкокортикостероидите (метилпреднизолон, преднизон или преднизолон) са основно лечение при СЛЕ. Те намаляват възпалителната и имунолотгична активност на заболяването. Дозата, начинът на приложението им (през устата или венозно) и продължителността на лечението, зависят от тежестта на заболяването и степента на органно засягане. Имуносупресивните медикаменти (циклофосфамид, имуран) също потискат патологичния имунен отговор и се включват при по-тежки форми на лупус или недостатъчен ефект от глюкокортикостероидите. Нестероидни антиревматични средства (фелоран, индометацин и други) се използват при ставно – мускулни болки (артрит) за кратък период от време.

Лечението е продължително и изисква периодични прегледи и изследвания, които се определят от лекуващия педиатър-ревматолог.

Прогнозата на заболяването е значително подобрена с ранното включване на глюкокортикостероиди и имуносупресори и умелия контрол на лечението.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Какво представлява болестта?

В превод от гръцки език "склеродерма" означава твърда кожа, защото кожата се променя в твърда и лъскава. Болестта има различни форми при които отличителен белег е втвърдената кожа.

При локализираната склеродермия заболяването е ограничено, като променените участъци имат формата на петна (морфея) или са линеарни (линеарна склеродерма). Последната се придружава от промени в тъканите в дълбочина и това причинява деформации. В началото на заболяването кожните промени са оградени от червеновиолетов ръб. Има загуба на подкожна мастна тъкан, което причинява хлътване. При линеарната форма се наблюдава забавен растеж на подлежащите мускули и тъкани.

При системната склеродерма (системна склероза) заболяването е дифузно и поразява не само кожата, но и вътрешните органи. Това води до оплаквания, включващи затруднения в дишането, високо кръвно налягане, болки в сърдечната област.

Каква е честотата?

Това е рядко заболяване. Изследванията показват, че честотата не надвишава повече от 3 нови случая на 100 000 население за година. Локализираната склеродерма е обичайната форма на заболяването при деца, предимно момичета. Само 10 % от децата имат клиничните прояви на системна склероза.

Какво причинява болестта?

Това е възпалително заболяване, но причината за този особен вид възпаление все още не е установена. Болестта е автоимунна, което означава че имунната система на пациента реагира срещу кожните структури и/или вътрешните органи (при системна склероза). Възпалителният процес води до появата на оток и повишена температура. Покъсно се разраства фиброзна тъкан (през периода на възстановяване).

Предава ли се болестта по наследство?

Няма доказателства за генетично предразположение към болестта. Проучванията в тази област продължават, особено при деца. При възрастни има съчетание с други автоимунни заболявания в семейството.

Можем ли да се предпазим от заболяването?

Няма профилактика на това заболяване.

Заразно ли е то?

Не. Някои инфекции могат да бъдат провокиращ фактор за отключване на болестта, но самото заболяване не е инфекциозно и заболелите не трябва да се изолират от околните.

ЛОКАЛИЗИРАНА СКЛЕРОДЕРМА

Как се диагностицира болестта?

Често в ранните стадии около участъка на втвърдена кожа има пурпурно-виолетов ръб. Това е в резултат на възпалителния процес. Постепенно засегнатият участък кожа придобива кафяв, а по-късно по-бял оттенък. Диагнозата се поставя от опитен лекар и се потвърждава чрез кожна биопсия. Линеарната склеродерма засяга лентовидно горните или долни крайници. При процеса се обхващат в дълбочина подкожната тъкан, мускулите и подлежащите кости, което води до изоставане в растежа и развитието на крайника. Понякога линеарната склеродерма засяга лицето и скалпа. Кръвните тестове обикновено са нормални по отношение на показателите за възпаление. При тази форма на заболяването няма значително засягане на вътрешни органи.

Какво е лечението на локализираната склеродерма?

То е по посока на ограничаване на възпалителния процес, затова трябва да започне рано. Лечението има много малко влияние върху вече отложената фиброзна тъкан. Ако възпалителния процес бъде спрян, организмът има възможността да реабсорбира част от фиброзната тъкан и така да се стигне до известно омекотяване на засегнатата кожа. Лекарската преценка е важна при избора на лечение, тъй като то може да варира от локално (с различни кремове) до включване на кортикостероиди и метотрексат. При линеарната склеродерма е необходимо по-агресивно лечение, тъй като тъканото засягане в дълбочина е по-изразено. Ако не се проведе лечение, резултатът е скъсяване с умаляване на засегнатия крайник. Под твърдата кожа не се развива достатъчно подкожна мастна и мускулна тъкан. Втвърдената кожа около ставите води до тяхното деформиране и сковаване. За диагнозата най-често се използва термографията като тест, който измерва топлината на кожата. Противовъзпалителното лечение включва най-често кортикостероиди или метотрексат. Те трябва да бъдат предписани от ревматолог или дерматолог (детски ревматолог или детски дерматолог). Резултатът от лечението при локализираната склеродерма е все още в процес на проучване.

Физиотерапията е много важна част от лечението на линеарната склеродерма раздвижване на ставите, покрити с променена кожа, дълбок масаж, физиопроцедури. Важно е да бъдат използвани слънцезащитни кремове в областта на лезиите.

СИСТЕМНА СКЛЕРОДЕРМА

Как се диагностицира системната склеродерма? Какви са главните симптоми?

Ранните симптоми са промяна в цвета на пръстите на ръцете и краката при вариране на околната температура (Рейно феномен), изтръпване и улцерации по върха на пръстите. Кожата се втвърдява и става по-лъскава. По-късно измененията могат да обхванат цялото тяло. Засягат се и вътрешни органи, което определя дългосрочната прогноза на болестта. Оценката на състоянието се извършва чрез кръвни или други функционални тестове.

При децата рано се засяга хранопровода, което е причина за смущения в гълтането. Може да се засегне и целия стомашно-чревен тракт. От поражението на белите дробове сърцето и бъбреците зависи изхода на болестта.

Какво е лечението на системната форма на склеродермия?

За съжаление няма лечение, което може да спре напълно прогресирането на това заболяване. Използват се кортикостероиди, метотрексат или Д-пеницилламин. При Рейно феномен е важно да се поддържа добро кръвообращение чрез затопляне. Понякога се налага използването на лекарства разширяващи кръвоносните съдове. Когато има засягане на бял дроб или бъбреци се използва циклофосфамид. Изборът на подходяща схема на лечение

трябва да се извърши от специалист ревматолог (детски ревматолог) често в екип с други специалисти. Под проучване са нови терапевтични схеми. Наложително е използването на физиотерапия, особено когато е затруднено движението в ставите или има затруднения в дишането.

Необходимост от периодични прегледи?

Те са необходими за да се установи дали заболяването прогресира, както и да се назначи съответното лечение. Контролира се функцията на бял дроб, сърце, бъбреци, чревен тракт, както и наличието на евентуални странични ефекти на лечението.

Какво е дългосрочното развитие на болестта?

Морфеята обикновено оставя само козметични кожни дефекти. Линеарната склеродерма причинява сериозни козметични проблеми във връзка със загубата на мускулатура и засягането на костта.

Системната склероза е застрашаващо живота състояние. Продължителността на живота се определя от степента на засягане на вътрешните органи. При някои пациенти заболяването може да се постави под контрол за продължително време.

Възможно ли е пълно възстановяване?

Възстановяване е възможно при някои пациенти с локализирана склеродерма. При системна склероза това е по-малко вероятно. Целта е значително подобрение и стабилизиране на състоянието.

ПОЛИМИОЗИТ /ДЕРМАТОМИОЗИТ

Възпалителните заболявания на мускулите са хетерогенна група болестни състояния, характеризиращи се с проксимална мускулна слабост и негнойно възпаление на скелетната мускулатура. Основните прояви на болестта са мускулната слабост ангажираща симетрично раменния и тазовия пояс. Нарушени са обичайните движения на горните и долни крайници. Слабостта в шийната мускулатура затруднява вдигането на главата от възглавницата, засягането мускулатурата на мекото небце и гълтача затруднява преглъщането. Кожни прояви се наблюдават при болни с дерматомиозит, с оток и лилаво-червеникав обрив по клепачите на очите и откритите части на тялото. Понякога може да има болки по ставите, задух и затруднено дишане при засягане на междуребрената мускулатура. Сърдечните симптоми са сравнително рядко (ритъмни и проводни нарушения). При тази болест бъбреците не се засягат много.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, да се определи стадият и активността на болестта и да се определи адекватно лечение. За целта може да се наложи провеждане на някои инвазивни процедури или рентгенови изследвания, кожно-мускулна биопсия, електро-миография, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на полимиозит /дерматомиозита включва кортикостероиди, имуносупресори, антималарици. Изборът на конкретен медикамент или комбинация от медикаменти е от компетенцията на Вашия лекар. При изява на нежелани лекарствени реакции или други смущаващи Ви обстоятелства, уведомете лекуващия лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорност за вашето здраве.

СИСТЕМЕН ВАСКУЛИТ

Системните васкулити са група заболявания, чиято главна патологична проява е възпаление на съдовата стена. Това довежда до стеснение на съда и нарушено хранене на съответната тъкан или орган и последваща некроза (смърт на клетките и тъканите). Васкулитът може да бъде самостоятелно заболяване или вторична проява на друга основна болест. Причините за болестта в повечето случаи са неизвестни, но се наблюдават при някои вирусни инфекции, автоимунни заболявания, злокачествени заболявания, могат да се предизвикат от някои медикаменти, храни, напитки, консерванти, серуми, ваксини, ухапвания от насекоми и др.

Васкулитите се делят на първични и вторични, а също така и в зависимост от големината на поразения кръвоносен съд на такива, засягащи малки, средни и големи кръвоносни съдове.

Болестта може да се прояви по различни начини в зависимост от степента и локализацията на съдовото засягане. Според остротата на протичане се различават побавно прогресиращи и ограничени форми, както и с бърза еволюция и многосистемно засягане. Обикновено заболяването започва с някои неспецифични симптоми като повишена температура, отпадналост, загуба на тегло и др. Наред с това се манифестират и прояви, подсказващи многосистемно засягане - кожен обрив, периферна невропатия, асиметричен артрит. Паралелно може да се появят и симптоми от вътрешните органи: бъбреци, стомашно-чревен тракт, сърце и др.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания; да се определи стадия и активността на Вашето заболяване и да се назначи подходящо лечение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури и рентгенови изследвания, кожно – мускулна биопсия, ангиография, ядрено-магнитен резонанс, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на системните васкулити включва: кортикостероиди, имуносупресори (циклофосфамид), имуномодулиращи, други медикаменти. Провежда се в някои случаи лечение с моноклонални антитела, плазмафереза, лимфофереза, криоплазмофереза. Изборът на конкретните медикаменти и тяхната комбинация е от компетенцията на Вашия лекар. При изява на нежелани лекарствени реакции или други смущения, уведомете лекуващия Ви лекар. Гаранция за успешното лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП№ 90 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ВЪЗПАЛИТЕЛНИ СТАВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП№ 90.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ВЪЗПАЛИТЕЛНИ СТАВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

I00 Ревматизъм без данни за засягане на сърцето
Ревматичен артрит — остър или подостър

Перикардит при болести, класифицирани другаде
I32.8* Перикардит при други болести, класифицирани другаде
Перикардит (при):
- ревматоиден артрит

Ендокардит и увреждания на сърдечните клапи при болести, класифицирани другаде
Включва: увреждане на ендокарда при:
ревматоиден артрит (M05.3†)
Увреждания на митралната клапа при болести, класифицирани другаде
I39.1* Увреждания на аортната клапа при болести, класифицирани другаде
I39.2* Увреждания на трикуспидалната клапа при болести, класифицирани другаде
I39.3* Увреждания на пулмоналната клапа при болести, класифицирани другаде
I39.4* Увреждания на няколко клапи при болести, класифицирани другаде

Миокардит при болести, класифицирани другаде
I41.8* Миокардит при други болести, класифицирани другаде
Ревматоиден миокардит (M05.3†)
Саркоидозен миокардит (D86.8†)

Други увреждания на сърцето при болести, класифицирани другаде
Не включва: сърдечно-съдови нарушения БДУ при болести, класифицирани другаде (I98.—*)
I52.8 Други сърдечни увреждания при други болести, класифицирани другаде
Ревматоиден кардит (M05.3†)

Респираторни нарушения при болести, класифицирани другаде
J99.0* Ревматоидна болест на белия дроб (M05.1†)

Псориазис
L40.5† Артропатичен псориазис (M07.0—M07.3*, M09.0*)

Стафилококов артрит и полиартрит

M00.00 Множествена локализация			
M00.01 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M00.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M00.03 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M00.04 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M00.05 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M00.06 Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	

област	малък пищял[фибула]		
M00.07 Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M00.08 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

<u>Пневмококов артрит и полиартрит</u>
M00.10 Множествена локализация

M00.11 Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	стави
		стерноклавикуларна	
M00.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M00.13 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M00.14 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M00.15 Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M00.16 Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M00.17 Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M00.18 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

<u>Други стрептококови артрити и полиартрити</u>
M00.20 Множествена локализация

M00.21 Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	стави
		стерноклавикуларна	
M00.22 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M00.23 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M00.24 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M00.25 Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M00.26 Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M00.27 Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M00.28 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Артрити и полиартрити, предизвикани от други уточнени бактериални, агенти

M00.80 Множествена локализация

M00.81 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M00.82 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M00.83 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M00.84 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M00.85 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M00.86 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M00.87 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M00.88 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Менингококов артрит (A39.8†)

Не включва: постменингококов артрит (M03.0*)

M01.00* Множествена локализация

M01.01* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M01.02* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.03* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M01.04* Китка	карпални кости метакарпални кости	ставите между всички тези кости	
фаланги			
M01.05* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M01.06* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M01.07* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M01.08* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Артрит при Лаймска болест (A69.2†)

M01.20* Множествена локализация

M01.21* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M01.22* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.23* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M01.24* Китка	карпални кости	ставите между всички	

	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M01.25* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M01.26* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M01.27* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M01.28* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Артрит при други бактериални болести, класифицирани другаде

Артрит при:

- лепра [болест на Hansen] (A30.—†)
- локализирана салмонелозна инфекция (A02.2†)
- тиф и паратиф (A01.—†)
- гонококов артрит (A54.4†)

M01.30* Множествена локализация			
M01.31* Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	стави
		стерноклавикуларна	
M01.32* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.33* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M01.34* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M01.35* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
таз			
M01.36* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M01.37* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M01.38* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Артрит при рубеола (B06.8†)

M01.40* Множествена локализация			
M01.41* Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	стави
		стерноклавикуларна	
M01.42* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.43* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M01.44* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M01.45* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M01.46* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	

област	малък пищял[фибула]		
M01.47* Глезенна става	тарзални кости		глезенна става
и стъпало	метатарзални кости		други стави на стъпалото
	фаланги		
M01.48* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Артрит при други вирусни болести, класифицирани другаде

Артрит при:

- треска O'nyong-nyong (A92.1†)
- епидемичен паротит (B26.8†)

M01.50* Множествена локализация			
M01.51* Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	стави
		стерноклавикуларна	
M01.52* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.53* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M01.54* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M01.55* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M01.56* Колянна	голям пищял[тибиа]		колянна става
област	малък пищял[фибула]		
M01.57* Глезенна става	тарзални кости		глезенна става

и стъпало метатарзални кости други стави на стъпалото
фаланги

M01.58* Други	гръбначен стълб	
	ребра	
	шия	
	череп	
	глава	
	тяло	

Артрит при микози (B35-B49†)

M01.60* Множествена локализация			
M01.61* Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	стави
		стерноклавикуларна	
M01.62* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.63* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M01.64* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M01.65* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M01.66* Колянна	голям пищял[тибиа]		колянна става
област	малък пищял[фибула]		
M01.67* Глезенна става	тарзални кости		глезенна става
и стъпало	метатарзални кости		други стави на стъпалото
	фаланги		
M01.68* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		

	глава		
	тяло		

Артрит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

M01.80* Множествена локализация			
M01.81* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M01.82* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.83* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M01.84* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M01.85* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M01.86* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M01.87* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M01.88* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Артропатия след чревна анастомоза

M02.00 Множествена локализация			
M02.01 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M02.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M02.03 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M02.04 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M02.05 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M02.06 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M02.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M02.08 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Постдизентерийна артропатия

M02.10 Множествена локализация			
M02.11 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M02.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M02.13 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	

M02.14 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M02.15 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M02.16 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M02.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M02.18 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

<u>Синдром на Reiter-Leroy</u>

M02.30 Множествена локализация			
M02.31 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M02.32 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M02.33 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M02.34 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M02.35 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M02.36 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M02.37 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M02.38 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

<u>Постменингококов артрит (A39.8†)</u>

Не включва: менингококов артрит (M01.0*)

M03.00* Множествена локализация			
M03.01* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M03.02* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M03.03* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	

лъчева кост

M03.04* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M03.05* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M03.06* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M03.07* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости	глезенна става други стави на стъпалото

	фаланги		
M03.08* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

<u>Други постинфекциозни артропатии при болести, класифицирани другаде</u>

Постинфекциозна артропатия при:

- ентерит, предизвикан от *Yersinia enterocolitica* (A04.6†)
- вирусен хепатит (B15—B19†)

Не включва: вирусни артропатии (M01.4—M01.5*)

M03.20* Множествена локализация			
M03.21* Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M03.22* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M03.23* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M03.24* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M03.25* Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M03.26* Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M03.27* Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M03.28* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

<u>Синдром на Felty</u>

Ревматоиден артрит със спленомегалия и левкопения

M05.00 Множествена локализация			
M05.01 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M05.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M05.03 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M05.04 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	

фаланги

M05.05 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M05.06 Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M05.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M05.08 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		

	глава		
	тяло		

Ревматоидна болест със засягане на белия дроб (J99.0*)

M05.10† Множествена локализация			
M05.11† Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M05.12† Мишница	раменна кост	лакътна става	
M05.13† Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M05.14† Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M05.15† Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M05.16† Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M05.17† Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M05.18† Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Ревматоиден артрит със засягане на други органи и системи

Ревматоиден(-на):

- кардит (I52.8*)
- ендокардит (I39.—*)
- миокардит (I41.8*)
- миопатия (G73.7*)
- перикардит (I32.8*)
- полиневропатия (G63.6*)

M05.30† Множествена локализация			
M05.31† Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M05.32† Мишница	раменна кост	лакътна става	
M05.33† Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M05.34† Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M05.35† Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M05.36† Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M05.37† Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M05.38† Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Други серопозитивни ревматоидни артрити

M05.80 Множествена локализация

M05.81 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M05.82 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M05.83 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M05.84 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M05.85 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M05.86 Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M05.87 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M05.88 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Серонегативен ревматоиден артрит

M06.00 Множествена локализация

M06.01 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M06.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M06.03 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M06.04 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M06.05 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M06.06 Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M06.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M06.08 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Болест на Still при възрастни

Не включва: Болест на Still БДУ (M08.2)

M06.10 Множествена локализация

M06.11 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M06.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M06.13 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M06.14 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	

	фаланги	
M06.15 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M06.16 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M06.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M06.18 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

Ревматоиден бурсит

M06.20 Множествена локализация		
M06.21 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна } стави
M06.22 Мишница	раменна кост	лакътна става
M06.23 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
M06.24 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M06.25 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M06.26 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M06.27 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M06.28 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

Дистална интерфалангеална псориатична артропатия (L40.5†)

M07.00* Множествена локализация		
M07.04* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M07.07* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото

Инвалидизиращ артрит (L40.5†)

M07.10* Множествена локализация		
M07.11* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна } стави
M07.12* Мишница	раменна кост	лакътна става
M07.13* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
M07.14* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M07.15* Тазова област	сакрум	тазобедрена става

и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M07.16* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M07.17* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M07.18* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Псориатичен спондилит (L40.5†)

M07.28* Други	гръбначен стълб		

Други псориатични артропатии (L40.5†)

M07.30* Множествена локализация			
M07.31* Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
област	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M07.32* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M07.33* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M07.34* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M07.35* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M07.36* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M07.37* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M07.38* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Артропатия при болестта на Crohn [регионален ентерит] (K50.—†)

M07.40* Множествена локализация			
M07.41* Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
област	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M07.42* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M07.43* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M07.44* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M07.45* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M07.46* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M07.47* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M07.48* Други	гръбначен стълб		

	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Артропатия при улцерозен колит (K51.—†)

M07.50* Множествена локализация			
M07.51* Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M07.52* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M07.53* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M07.54* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M07.55* Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M07.56* Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M07.57* Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M07.58* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Други ентеропатични артропатии

M07.60* Множествена локализация			
M07.61* Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M07.62* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M07.63* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M07.64* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M07.65* Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M07.66* Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M07.67* Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M07.68* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Юношески анкилозиращ спондилит

Не включва:	анкилозиращ спондилит при възрастни (M45)
M08.18 Други	гръбначен стълб
	ребра
	шия

череп
глава
тяло

Юношески артрит със системно начало
Болест на Still БДУ
Не включва: болест на Still с начални прояви при възрастни (M06.1)
M08.20 Множествена локализация

M08.21 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M08.22 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M08.23 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M08.24 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M08.25 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M08.26 Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M08.27 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M08.28 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Юношески полиартрит (серонегативен)
Ювенилен хроничен полиартрит
M08.30 Множествена локализация

Юношески пауциартикуларен артрит

M08.41 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M08.42 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M08.43 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M08.44 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M08.45 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M08.46 Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M08.47 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M08.48 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Юношески артрит при псориазис (L40.5†)
M09.00* Множествена локализация

M09.01* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M09.02* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M09.03* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M09.04* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M09.05* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M09.06* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M09.07* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M09.08* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Юношески артрит при болестта на Crohn [регионален ентерит] (K50.—†)

M09.10* Множествена локализация			
M09.11* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M09.12* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M09.13* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M09.14* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M09.15* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M09.16* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M09.17* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M09.18* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Юношески артрит при улцерозен колит (K51.—†)

M09.20* Множествена локализация			
M09.21* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M09.22* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M09.23* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M09.24* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M09.25* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост	тазобедрена става сакроилиачна става	

	таз	
M09.26* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става
област	малък пищял[фибула]	
M09.27* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото
	фаланги	
M09.28* Други	гръбначен стълб	
	ребра	
	шия	
	череп	
	глава	
	тяло	

<u>Хронична постревматична артропатия [Jaccoud]</u>

M12.00 Множествена локализация			
M12.01 Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	стави
		стерноклавикуларна	
M12.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.03 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M12.04 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M12.05 Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M12.06 Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M12.07 Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M12.08 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

<u>Болест на Kaschin-Beck</u>

M12.10 Множествена локализация			
M12.11 Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	стави
		стерноклавикуларна	
M12.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.13 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M12.14 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M12.15 Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M12.16 Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M12.17 Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M12.18 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		

	глава		
	тяло		

Вилонодуларен синовит (пигментен)

M12.20 Множествена локализация			
M12.21 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M12.22 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.23 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M12.24 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M12.25 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M12.26 Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M12.27 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M12.28 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Палиндромен ревматизъм

M12.30 Множествена локализация			
M12.31 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M12.32 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.33 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M12.34 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M12.35 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M12.36 Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M12.37 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M12.38 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Интермитентна хидрартроза

M12.40 Множествена локализация			
M12.41 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M12.42 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.43 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		

M12.44 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M12.45 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M12.46 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M12.47 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M12.48 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава	

<u>Моноартрит, некласифициран другаде</u>

M13.11 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна } стави
M13.12 Мишница	раменна кост	лакътна става
M13.13 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
M13.14 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M13.15 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M13.16 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M13.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M13.18 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

<u>Други уточнени артрити</u>

M13.80 Множествена локализация		
M13.81 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна } стави
M13.82 Мишница	раменна кост	лакътна става
M13.83 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
M13.84 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M13.85 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M13.86 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M13.87 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M13.88 Други	гръбначен стълб ребра	

шия
череп
глава
тяло

Системни увреждания на съединителната тъкан при болести, класифицирани другаде
Не включва: артропатии при болести, класифицирани другаде (M14.—*)
M36.4* **Артропатия при реакции на свръхчувствителност, класифицирани другаде**
Артропатия при болестта на Schönlein-Henoch (D69.0†)

Анкилозиращ спондилит
Ревматоиден артрит на гръбначния стълб
Не включва: артропатия при синдрома на Reiter (M02.3)
ювенилен (анкилозиращ) спондилит (M08.1)
синдром на Behset (M35.2)
M45.0 **Множествено засягане на гръбначния стълб**
M45.1 **Окципито-атланто-аксисен отдел**
M45.2 **Шийна област**
M45.3 **Шийно-гръден отдел**
M45.4 **Гръден отдел**
M45.5 **Гръднопоясен отдел**
M45.6 **Поясен отдел**
M45.7 **Пояснокръстен отдел**
M45.8 **Кръстен и кръстноопашен отдел**

Ентезопатия на гръбначния стълб
Увреждане в инсерциите на лигаментите или мускулите на гръбначния стълб
M46.00 **Множествено засягане на гръбначния стълб**
M46.01 **Окципито-атланто-аксисен отдел**
M46.02 **Шийна област**
M46.03 **Шийно-гръден отдел**
M46.04 **Гръден отдел**
M46.05 **Гръднопоясен отдел**
M46.06 **Поясен отдел**
M46.07 **Пояснокръстен отдел**
M46.08 **Кръстен и кръстноопашен отдел**

Сакроилеит, некласифициран другаде
M46.18 **Сакроилеит, некласифициран другаде - кръстен и кръстноопашен отдел**

Други уточнени възпалителни спондилопатии
M46.80 **Множествено засягане на гръбначния стълб**
M46.81 **Окципито-атланто-аксисен отдел**
M46.82 **Шийна област**
M46.83 **Шийно-гръден отдел**
M46.84 **Гръден отдел**
M46.85 **Гръднопоясен отдел**
M46.86 **Поясен отдел**
M46.87 **Пояснокръстен отдел**
M46.88 **Кръстен и кръстноопашен отдел**

Забележка: диагнозите със знак звездичка (*), не могат да се използват като самостоятелни диагнози (самостоятелен код), а изискват основна диагноза (основен код), обозначена със знак кръстче (†), която винаги стои на първо място.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други инцизионни процедури на коляно

49557-00 Артроскопия на коляно

Аспирация на други мускулно-скелетни точки

50124-00 Аспирация на става или друга синовиална кухина, некласифицирана другаде
Аспирация на бурса

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

59724-00 Миелография

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:

• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

59503-00 Рентгенографска пелвиметрия
Не включва: пелвиметрия чрез компютър томография (57201-00 [1964])

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става
Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57524-00 Рентгенография на феморална кост и коляно

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57524-01 Рентгенография на коляно и подбедрица

57518-02 Рентгенография на подбедрица

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

1959 Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56220-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, цервикален отдел

56224-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, цервикален отдел
Компютърна томография на шиен гръбнак, без, след това с венозен контраст

56221-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, торакален отдел

56225-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, торакален отдел
Компютърна томография на гръден гръбнак, без, след това с венозен контраст

56223-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, лумбосакрален отдел

56226-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, лумбосакрален отдел
Компютърна томография на лумбосакрален гръбнак, без, след това с венозен контраст

56233-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели

56234-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя,

множество отдели
Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст

90912-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, неуточнен регион

90912-01 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, неуточнен регион
Компютърна томография на неуточнен отдел на гръбнак, без, след това с венозен контраст

1960 Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на таз

Включва: кост
регион от криста илиака до симфиза
меки тъкани

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
такава при сканиране на:
• корем (56501-00, 56507-00 [1963])
• корем и гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])

56409-00 Компютърна томография на таз

56412-00 Компютърна томография на таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на таз, без, след това с венозен контраст

57201-00 Пелвиметрия чрез компютърна томография
Измерване на обем и диаметър на таз чрез компютърна томография

Компютърна томография на крайник

Включва: ръка
кост
пръст
крайници
крак
меки тъкани

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56619-00 Компютърна томография на крайник

56625-00 Компютърна томография на крайник с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на крайник, без, след това с венозен контраст

Ултразвук на сърце

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност

Дуплекс ултразвук на крайник

Включва: такава включващи B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кръвоносни съдове при байпас (55294 [1948])

55248-00 Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в горен крайник, едностранно

55248-01 Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в горен крайник, двустранно

55238-00 Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в долен крайник, едностранно

55238-01 Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в долен крайник, двустранно

Ултразвук на други места

55800-00 Ултразвук на ръка или китка

55804-00 Ултразвук на предмишница или лакът

55808-00 Ултразвук на рамо или горна част на ръка

55816-00 Ултразвук на тазобедрена става

55828-00 Ултразвук на коляно

55836-00 Ултразвук на глезен или стъпало

Магнитно резонансен образ

90901-01 Магнитно резонансна томография на глава

Включва: лице
орбита
синуси (етмоидален) (фронтален) (максиларен) (сфеноидален)
черепна кост

Не включва: такава на мозък:
• функционални (90901-09 [2015])
• БДУ (90901-00 [2015])

90901-02 Магнитно резонансна томография на шия

Не включва: такава на шиен гръбнак (90901-03 [2015])

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб

Включва: гръбначен мозък

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош

Включва: сърце

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем

90901-06 Магнитно резонансна томография на таз

Включва: пикочен мехур
простата

90901-07 Магнитно резонансна томография на крайници

1926 Микробиологични изследвания

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

91937-02 Микробиологично/ микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар
1924	**Биохимична изследвания**
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
1930	**Имунологични изследвания**
91923-07	Изследване на ревматоиден фактор
1926	**Микробиологични изследвания**
91919-05	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура и чувствителност
91934-02	Микробиологично/ микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и/или ставна течност за култура и чувствителност
1934	**Други лабораторни изследвания**
91934-09	Друго микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и/или ставна течност Изследване на кристали, клетки, фагоцити и диференциално броене в ставна течност
Изследване на локализирана кост чрез нуклеарно медицинско изображение	
	Включва: кръвни: • поток } • обем } изследване *Не включва*: това на става (61446-01, 61449-01 [2010])
61446-00	Локализирано костно изследване
61421-00	Изследване на костна система на цяло тяло
Невромускулна електродиагностика	
11012-00	Електромиография (ЕМГ) *Не включва*: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.2. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на агент в други мускулно-скелетни точки	
50124-01	Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, некласифицирано

	другаде Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ Инжектиране: • в бурса на: • кортикостероид • локален анестетик
Приложение на фармакотерапия	
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96201-03	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и три различни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, от таблицата с диагностичните процедури.

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва задължително извършване на следните медико-диагностични изследвания: биохимични изследвания - кр. захар (91910-12), креатинин (91910-13), ALAT (91910-27), ASAT (91910-26) и хематологични изследвания /минимум/: хемоглобин, левкоцити (91910-04), левкограма (91910-05).

По преценка изследване на СУЕ(91910-07).

Имунологичните изследвания: РФ /Waaler Rose/ (91923-07) се извършват при необходимост.

Всички диагностични процедури, включени в таблицата с основни диагностични процедури, се извършват от ЛЗ за БМП по време на хоспитализацията.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Тежкопротичащи възпалителни ставни заболявания

Отделните части на цялостния процес на лечение се осигуряват чрез амбулаторна процедура "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация на пациенти с тежкопротичащи възпалителни полиартропатии и спондилопатии" и клинични пътеки "Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания".

Амбулаторна процедура № 42 не може да бъде отчетена в рамките на болничен престой по КП № 90, както и в един и същи отчетен период с КП № 90.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Ревматология, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ревматология", в обхвата на медицинската специалност "Вътрешни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Вътрешни болести", в обхвата на медицинската специалност "Кардиология",

осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология"
Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицинските стандарти „Ревматология", „Вътрешни болести" и „Кардиология".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ревматология или клиника/отделение по вътрешни болести или клиника/отделение по кардиология
2. Клинична лаборатория*
3. Отделение по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия; КТ или МРТ; ехограф, подходящ за изследване на стави
4. Апарат за ЕКГ
5. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ревматология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апарат за двойноенергийна рентгенова абсорбциометрия (ДХА)
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат

или

в клиника/отделение по вътрешни болести II ниво на компетентност – двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат. В клиника/отделение с III ниво на компетентност броят на специалистите е в съответствие с медицински стандарт „Ревматология"

или

в клиника/отделение/ легла по кардиология II ниво на компетентност – двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат. В клиника/отделение с III ниво на компетентност

броят на специалистите е в съответствие с медицински стандарт „Ревматология“

- лекар със специалност клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.;

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- Имунологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго лечебно заведение.
- Радиоизотопна лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго лечебно заведение.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1.Диагностика и лечение;

- остър моноартрит;
- остър септичен артрит;
- артрит с една от следните висцерални или системни прояви: плеврит, перикардит, пулмонит, кардит, васкулит,
- болни с артрит с висцерално или системно засягане : серозит, васкулит, пулмонит, кардит
- болни с артрит с възникнали усложнения, свързани със заболяването, провежданото лечение или външни фактори: инфекции, травми, левкопения, тромбоцитопения, остеопоротични фрактури на прешлен или ребро
- повишена СУЕ над 25 мм, сутрешна скованост над 1 час, остър моноартрит, остър септичен артрит, перикардит, пулмонит, кардит, васкулит,

2.Диагностика и лечение на пациенти с възпалителни ставни заболявания при наличие на клинични данни и данни от медико-диагностични изследвания за:

- полиартрит с висока активност – CRP с 50% над горната граница на нормата или СУЕ над 40 мм по Вестергрен или над 20 мм по Панченко и/или сутрешна скованост повече от три часа;
- спленомегалия, хепатомегалия, лимфаденомегалия, фебрилитет.
- болни с артрит, при които се изявяват болка и оток в нови стави или във вече засегнатите стави;
- болни с артрит с висцерално или системно засягане: интоксикационен синдром, фебрилитет, или очно засягане;
- болни с артрит с възникнали усложнения, свързани със заболяването, провежданото лечение или външни фактори:, медикаментозен хепатит, анемия;
- артрит с плеврит, хепатоспленомегалия, полиаденопатия, фебрилитет.

3.Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с възпалителни ставни заболявания в детска възраст, провеждащи амбулаторно лечение

4.Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с артрит, подлежащи на лечение със следните болестопроменящи противоревматични средства: златни соли, сулфасалазин, D-пеницилламин, имуносупресори и цитостатици, пулс-терапия.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания при спешни индикации се взема до 6 час от постъпването, а в останалите случаи се взема до 24 час от постъпването. Медикаментозното лечение започва до 6 час от началото на хоспитализацията.

В случай на необходимост рентгенография се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията.

Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променени показатели (ПКК, С-реактивен протеин и по преценка – АСАТ, АЛАТ, креатинин, анализ на урина и СУЕ) се извършват задължително до края на хоспитализацията.

Медикаментозното лечение на артрита включва следните лекарствени групи:

- нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС);
- бавнодействащи (болестопроменящи) противоревматични лекарствени средства;
- кортикостероиди:
  - за перорално приложение;
  - за парентерално приложение;
- антибактериални, антивирусни и антимикотични средства;
- средства за локално приложение
  - кортикостероиди с удължено действие;
  - химически вещества;
  - радиоизотопи;
  - перкутанни средства.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя, съобразно клиничната картина, рентгенографските промени и параклиничните отклонения и международно приетите критерии за съответното заболяване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- поставена окончателна диагноза;
- овладяване на фебрилитета;
- подобрение в общото състояние и подобрение на функционалния капацитет на засегнатите стави;
- подобрение на показателите за биологична активност на заболяването.
- корекция на отклоненията в клинико-лабораторните показатели;
- приключване на пулстерапия и корекция на отклоненията в клинико-лабораторните показатели.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1. Хоспитализацията на пациента се документира в "История на заболяването" (ИЗ) и в част II на "Направление за хоспитализация/ лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.

8.2. Документиране на диагностично - лечебния алгоритъм – в "История на заболяването".

8.3.Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

- "История на заболяването";
- част III на "Направление за хоспитализация/ лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.4. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ

Ревматоидният артрит е хронично възпалително заболяване на ставите. То има прогресиращ ход. Формира се млада агресивна възпалителна тъкан, която увреждa ставния хрущял и подлежащата кост. При неправилно лечение и несистемен контрол от страна на специалист - ревматолог се стига до увреждане на ставите и влошаване на тяхната функция. Заболяването се характеризира със ставна болка и оток, сутрешна скованост продължаваща повече от 30 минути и затруднение на движенията.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, да се определят стадият и активността на заболяването и да се назначи най-подходящото лечение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури или рентгенови изследвания като ставна пункция, ставна биопсия фиброгастроскопия, рентгенова снимка, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на ревматоидния артрит включва приложението на нестероидни противовъзпалителни средства, болестопроменящи противоревматични средства, физиотерапевтични процедури и рехабилитация. Често пъти в хода на лечението се налага инжектиране във възпалените стави на различни медикаменти. Изборът на конкретните медикаменти и тяхната комбинация е от компетентността на Вашия лекар. При изявата на нежелани лекарствени реакции или други смущаващи Ви обстоятелства уведомете лекуващия лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

БОЛЕСТ НА БЕХТЕРЕВ

Болестта на Бехтерев е хронично възпалително заболяване, при което се засягат гръбначния стълб и сакроилиачните стави, както и периферните стави и околоставните сухожилия и лигаменти. В хода на болестта могат да се засегнат очите, белия дроб, сърцето и бъбреците. Боледуват предимно хора, носители на антиген B27 на тъканната съвместимост. Болестта на Бехтерев в гръбнака и сакроилиачните стави се характеризира с възпаление, след което започва вкостяване. Основните клинични прояви са болките постепенното ограничаване на движенията на гръбнака и периферните стави, болки и възпаление на ставните сухожилия, сутрешна скованост. При неправилно лечение се стига до блокиране на движенията на гръбнака поради вкостяването му. Целта на Вашата хоспитализация е да се направят клинични, лабораторни и инструментални изследвания, за да се определи стадия на заболяването и лечението. За целта може да се наложи провеждането на рентгенови изследвания, ставна пункция, биопсия, фиброгастроскопия, компютърна томография и други.

Лечението на болестта Бехтерев е комплексно и включва нестероидни противовъзпалителни средства, физиотерапевтични процедури, рехабилитация, някои болестнопроменящи средства. В хода на болестта може да се наложи инжектиране на медикаменти в някои периферни стави. Изборът на лечението е от компетентността на Вашия лекар При поява на странични явления е необходимо да се уведоми лекуващия

лекар.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при определянето на лечебните процедури.

Ако по време на лечението желаете да го прекратите, може да го направите по всяко време без обяснения Необходимо е да изразите желанието си писмено, с което освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето състояние.

ПСОРИАТИЧЕН АРТРИТ

Псориатичният артрит е хронично ставно възпалително заболяване, появяващо се в около половината от болните с кожното хронично заболяване псориазис. Псориазисът поразява кожата и ноктите на болния. При псориатичния артрит боледуват периферните стави на крайниците, гръбнака и ставните сухожилия. При неправилно лечение може да се стигне до ограничаване на функцията на периферните стави и гръбнака и тяхното увреждане. Псориатичният артрит е хронично, възпалително заболяване на ставите, протичащо с болки, отоци, ограничени движения на гръбнака и периферните стави, сутрешна скованост.

Вашата хоспитализация има за цел да бъдат направени клинични, лабораторни, инструментални изследвания, за да се определи стадия и активността на болестта и се назначи най-подходящото лечение за ставното и кожно поражение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури, като ставна или кожна биопсия, ставна пункция, фиброгастроскопия, рентгенови снимки и тн.

Лечението на псориатичния артрит е комбинирано лечение на кожните прояви на поражението на ноктите и на артрита. За лечението на артрита се прилагат нестероидни противовъзпалителни средства, болестопроменящи средства физиотерапияи рехабилитация. За лечението на псориазиса успоредно се прилагат локални средства за кожата, таласотерапия. В хода на лечението на артрита често пъти се налага инжектиране на различни медикаменти в ставите. Изборът на медикаментите е от компетентността на Вашия лекар. Необходимо е едновременно лечение на псориазиса и артрита за постигане на резултати.

При всички случаи от Вас ще се иска съдействие при преценка на лечението.

Ако желаете да прекратите лечението може да направите това по всяко време. Необходимо е да изразите желанието си писмено и с това освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето състояние.

РЕАКТИВНИ АРТРИТИ
СИНДРОМ НА РАЙТЕР

Синдромът на Райтер е реактивен артрит, засягащ предимно големите стави на долните крайници. Успоредно с артрита се срещат възпаления на очите, кожни и лигавични промени. Реактивният артрит е следствие на различни бактериални и вирусни инфекции. Най-честите причинители са полови и чревни инфекции (хламидии, йерсинии и шигели). При неправилно лечение, заболяването може да хронифицира и порази повечето стави и гръбнака.

Целта на Вашата хоспитализация е да се направят клинични, серологични, лабораторни и инструментални изследвания. Необходимо е да се определи активността на заболяването за прилагане на адекватно лечение. За целта може да се наложи провеждане на инвазивни процедури и рентгенови изследвания, като ставна пункция, ставна биопсия фиброгастроскопия, рентгенови графии, сцинтиграфии.

Комплексното лечение на синдрома на Райтер и реактивните артрити включват лечение с нестероидни средства, болестопроменящи средства, като салазопирин

антибиотици, физиотерапевтични процедури и рехабилитация. В хода на лечението може да се наложи инжектиране на медикаменти във възпалените стави. Изборът е от компетентността на Вашия лекар. При нежелани странични явления от лекарствата е необходимо да се уведоми лекуващия екип.

Вашето съгласие ще се иска при вземане на решенията относно Вашето лечение.

По всяко време в хода на лечението може да го прекратите. Необходимо е да изразите писмено своето желание, като така освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето лечение.

РЕВМАТИЗЪМ

Ревматизмът е остро възпалително заболяване, дължащо се на предходна инфекция от β-хемолитичен стрептокок от група А, засягащо ставите (класически пример за реактивен артрит), сърцето, кожата, нервната система и подкожната тъкан. За него важи старата лекарска сентенция "Заболяването ближе ставите и хапе сърцето ". Пристъпите най-често се появяват във възрастта между 5 и 15 години.

Вашата хоспитализация има за цел да ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, чрез които ще се определи стадия и активността на Вашето заболяване и ще се назначи съответното най-подходящо лечение .За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни или рентгенови изследвания (ставна пункция, синовиална биопсия, фиброгастроскопия, компютърна томография, магнитно-ядрен резонанс и др.).

Комплексното лечение включва нестероидни противовъзпалителни средства, болестопроменящи противоревматични медикаменти, комплексна рехабилитация. В хода на лечението може да се наложи прилагането на вътреставни манипулации. Изборът на дадени медикаменти или тяхната комбинация е от компетентността на Вашия лекар. При поява на нежелани лекарствени реакции и други смущаващи Ви обстоятелства уведомявайте Вашия лекуващ лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените указания.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение по отношение на различни лечебни процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснение. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП№ 90 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ВЪЗПАЛИТЕЛНИ СТАВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП№ 90.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ВЪЗПАЛИТЕЛНИ СТАВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

I00 Ревматизъм без данни за засягане на сърцето
Ревматичен артрит — остър или подостър

Миокардит при болести, класифицирани другаде
I41.8* Миокардит при други болести, класифицирани другаде
Ревматоиден миокардит (M05.3†)
Саркоидозен миокардит (D86.8†)

Менингококов артрит (A39.8†)
Не включва: постменингококов артрит (M03.0*)

M01.00* Множествена локализация			
M01.01* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M01.02* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.03* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M01.04* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M01.05* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M01.06* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M01.07* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M01.08* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Артрит при Лаймска болест (A69.2†)

M01.20* Множествена локализация			
M01.21* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	} стави
M01.22* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.23* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M01.24* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M01.25* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	

и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M01.26* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M01.27* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M01.28* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Артрит при други бактериални болести, класифицирани другаде

Артрит при:

- лепра [болест на Hansen] (A30.—†)
- локализирана салмонелозна инфекция (A02.2†)
- тиф и партиф (A01.—†)

Гонококов артрит (A54.4†)

M01.30* Множествена локализация			
M01.31* Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	стави
		стерноклавикуларна	
M01.32* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.33* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M01.34* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M01.35* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M01.36* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M01.37* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M01.38* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Артрит при рубеола (B06.8†)

M01.40* Множествена локализация			
M01.41* Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	стави
		стерноклавикуларна	
M01.42* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.43* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M01.44* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M01.45* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M01.46* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M01.47* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	

	фаланги	
M01.48* Други	гръбначен стълб	
	ребра	
	шия	
	череп	
	глава	
	тяло	

<u>Артрит при други вирусни болести, класифицирани другаде</u>

Артрит при:

- треска O'nyong-nyong (A92.1†)
- епидемичен паротит (B26.8†)

M01.50* Множествена локализация			
M01.51* Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M01.52* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.53* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M01.54* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M01.55* Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M01.56* Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M01.57* Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M01.58* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

<u>Артрит при микози (B35-B49†)</u>

M01.60* Множествена локализация			
M01.61* Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M01.62* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.63* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M01.64* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M01.65* Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M01.66* Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M01.67* Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M01.68* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Артрит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

M01.80* Множествена локализация

M01.81* Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M01.82* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M01.83* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M01.84* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M01.85* Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M01.86* Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M01.87* Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M01.88* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Постдизентерийна артропатия

M02.10 Множествена локализация

M02.11 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M02.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M02.13 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M02.14 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M02.15 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M02.16 Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M02.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M02.18 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Синдром на Reiter-Leroy

M02.30 Множествена локализация

M02.31 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M02.32 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M02.33 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M02.34 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		

M02.35 Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M02.36 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M02.37 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става	други стави на стъпалото
M02.38 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Постменингококов артрит (A39.8†)

Не включва: менингококов артрит (M01.0*)

M03.00* Множествена локализация			
M03.01* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M03.02* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M03.03* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M03.04* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M03.05* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M03.06* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M03.07* Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става	други стави на стъпалото
M03.08* Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Други постинфекциозни артропатии при болести, класифицирани другаде

Постинфекциозна артропатия при:

- ентерит, предизвикан от *Yersinia enterocolitica* (A04.6†)
- вирусен хепатит (B15—B19†)

Не включва: вирусни артропатии (M01.4—M01.5*)

M03.20* Множествена локализация			
M03.21* Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M03.22* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M03.23* Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M03.24* Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M03.25* Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M03.26* Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M03.27* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	

и стъпало	метатарзални кости		други стави на стъпалото
	фаланги		
M03.28* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Синдром на Felty

Ревматоиден артрит със спленомегалия и левкопения

M05.00 Множествена локализация			
M05.01 Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	стави
		стерноклавикуларна	
M05.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M05.03 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M05.04 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M05.05 Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M05.06 Колянна	голям пищял[тибиа]		колянна става
област	малък пищял[фибула]		
M05.07 Глезенна става	тарзални кости		глезенна става
и стъпало	метатарзални кости		други стави на стъпалото
	фаланги		
M05.08 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Ревматоиден артрит със засягане на други органи и системи

Ревматоиден(-на):

- кардит (I52.8*)
- ендокардит (I39.—*)
- миокардит (I41.8*)
- миопатия (G73.7*)
- перикардит (I32.8*)
- полиневропатия (G63.6*)

M05.30† Множествена локализация			
M05.31† Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	стави
		стерноклавикуларна	
M05.32† Мишница	раменна кост	лакътна става	
M05.33† Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M05.34† Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M05.35† Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M05.36† Колянна	голям пищял[тибиа]		колянна става
област	малък пищял[фибула]		
M05.37† Глезенна става	тарзални кости		глезенна става
и стъпало	метатарзални кости		други стави на стъпалото
	фаланги		
M05.38† Други	гръбначен стълб		

	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Други серопозитивни ревматоидни артрити

M05.80 Множествена локализация			
M05.81 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M05.82 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M05.83 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M05.84 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M05.85 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M05.86 Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M05.87 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M05.88 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Серонегативен ревматоиден артрит

M06.00 Множествена локализация			
M06.01 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M06.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M06.03 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M06.04 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M06.05 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M06.06 Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M06.07 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M06.08 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Ревматоиден бурсит

M06.20 Множествена локализация			
M06.21 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	стави
	лопатка	скапулохумерална	

		стерноклавикуларна
M06.22 Мишница	раменна кост	лакътна става
M06.23 Предмишница	лакътна кост	гривнена става
	лъчева кост	
M06.24 Китка	карпални кости	ставите между всички
	метакарпални кости	тези кости
	фаланги	
M06.25 Тазова област	сакрум	тазобедрена става
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става
	таз	
M06.26 Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става
област	малък пищял[фибула]	
M06.27 Глезенна става	тарзални кости	глезенна става
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото
	фаланги	
M06.28 Други	гръбначен стълб	
	ребра	
	шия	
	череп	
	глава	
	тяло	

Артропатия при болестта на Crohn [регионален ентерит] (K50.—†)

M07.40* Множествена локализация			
M07.41* Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	} стави
		стерноклавикуларна	
M07.42* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M07.43* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M07.44* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M07.45* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M07.46* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M07.47* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M07.48* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Артропатия при улцерозен колит (K51.—†)

M07.50* Множествена локализация			
M07.51* Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	} стави
		стерноклавикуларна	
M07.52* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M07.53* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M07.54* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M07.55* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M07.56* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	

област	малък пищял[фибула]		
M07.57* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M07.58* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Други ентеропатични артропатии

M07.60* Множествена локализация			
M07.61* Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	} стави
		стерноклавикуларна	
M07.62* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M07.63* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M07.64* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M07.65* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M07.66* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M07.67* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M07.68* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Юношески анкилозиращ спондилит

Не включва:	анкилозиращ спондилит при възрастни (M45)
M08.18 Други	гръбначен стълб
	ребра
	шия
	череп
	глава
	тяло

Юношески артрит със системно начало

Болест на Still БДУ

Не включва:	болест на Still с начални прояви при възрастни (M06.1)		
M08.20 Множествена локализация			
M08.21 Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	} стави
		стерноклавикуларна	
M08.22 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M08.23 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M08.24 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M08.25 Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M08.26 Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	

област	малък пищял[фибула]		
M08.27 Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M08.28 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Юношески полиартрит (серонегативен)

Ювенилен хроничен полиартрит

M08.30 Множествена локализация

Юношески пауциартикуларен артрит

M08.41 Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	} стави
		стерноклавикуларна	
M08.42 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M08.43 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M08.44 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M08.45 Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M08.46 Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M08.47 Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M08.48 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Други юношески артрити

M08.80 Множествена локализация

M08.81 Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	} стави
		стерноклавикуларна	
M08.82 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M08.83 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M08.84 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M08.85 Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M08.86 Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M08.87 Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M08.88 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Юношески артрит при псориазис (L40.5†)

M09.00* Множествена локализация			
M09.01* Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M09.02* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M09.03* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M09.04* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M09.05* Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M09.06* Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M09.07* Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M09.08* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Юношески артрит при болестта на Crohn [регионален ентерит] (K50.—†)

M09.10* Множествена локализация			
M09.11* Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M09.12* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M09.13* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M09.14* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M09.15* Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M09.16* Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M09.17* Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M09.18* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Юношески артрит при улцерозен колит (K51.—†)

M09.20* Множествена локализация			
M09.21* Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M09.22* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M09.23* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M09.24* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		

M09.25* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M09.26* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M09.27* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M09.28* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

<u>Юношески артрит при други болести, класифицирани другаде</u>

M09.80* Множествена локализация			
M09.81* Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	} стави
		стерноклавикуларна	
M09.82* Мишница	раменна кост	лакътна става	
M09.83* Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M09.84* Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M09.85* Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M09.86* Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M09.87* Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M09.88* Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

<u>Хронична постревматична артропатия [Jaccoud]</u>

M12.00 Множествена локализация			
M12.01 Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	} стави
		стерноклавикуларна	
M12.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.03 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M12.04 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M12.05 Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M12.06 Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M12.07 Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M12.08 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		

	череп		
	глава		
	тяло		

Болест на Kaschin-Beck

M12.10 Множествена локализация			
M12.11 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M12.12 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.13 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M12.14 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M12.15 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M12.16 Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M12.17 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M12.18 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Вилонодуларен синовит (пигментен)

M12.20 Множествена локализация			
M12.21 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M12.22 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.23 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M12.24 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M12.25 Тазова област и бедро	сакрум	тазобедрена става	
	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M12.26 Колянна област	голям пищял[тибиа]	колянна става	
	малък пищял[фибула]		
M12.27 Глезенна става и стъпало	тарзални кости	глезенна става	
	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M12.28 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

Палиндромен ревматизъм

M12.30 Множествена локализация			
M12.31 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	} стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	
M12.32 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.33 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	

	лъчева кост		
M12.34 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M12.35 Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M12.36 Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M12.37 Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M12.38 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

<u>Интермитентна хидрартроза</u>

M12.40 Множествена локализация

M12.41 Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	стави
		стерноклавикуларна	
M12.42 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M12.43 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M12.44 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M12.45 Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M12.46 Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M12.47 Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	
и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото	
	фаланги		
M12.48 Други	гръбначен стълб		
	ребра		
	шия		
	череп		
	глава		
	тяло		

<u>Други уточнени артрити</u>

Алергичен артрит

M13.80 Множествена локализация

M13.81 Раменна	ключица	акромиоклавикуларна	
област	лопатка	скапулохумерална	стави
		стерноклавикуларна	
M13.82 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M13.83 Предмишница	лакътна кост	гривнена става	
	лъчева кост		
M13.84 Китка	карпални кости	ставите между всички	
	метакарпални кости	тези кости	
	фаланги		
M13.85 Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро	бедрена кост	сакроилиачна става	
	таз		
M13.86 Колянна	голям пищял[тибиа]	колянна става	
област	малък пищял[фибула]		
M13.87 Глезенна става	тарзални кости	глезенна става	

и стъпало	метатарзални кости	други стави на стъпалото
	фаланги	
M13.88 Други	гръбначен стълб	
	ребра	
	шия	
	череп	
	глава	
	тяло	

Системни увреждания на съединителната тъкан при болести, класифицирани другаде

Не включва: артропатии при болести, класифицирани другаде (M14.—*)

M36.4* Артропатия при реакции на свръхчувствителност, класифицирани другаде
Артропатия при болестта на Schönlein-Henoch (D69.0†)

Анкилозиращ спондилит

Ревматоиден артрит на гръбначния стълб

Не включва: артропатия при синдрома на Reiter (M02.3)
ювенилен (анкилозиращ) спондилит (M08.1)
синдром на Behзet (M35.2)

M45.0 Множествено засягане на гръбначния стълб
M45.1 Окципито-атланто-аксисен отдел
M45.2 Шийна област
M45.3 Шийно-гръден отдел
M45.4 Гръден отдел
M45.5 Гръднопоясен отдел
M45.6 Поясен отдел
M45.7 Пояснокръстен отдел
M45.8 Кръстен и кръстноопашен отдел

Ентезопатия на гръбначния стълб

Увреждане в инсерциите или мускулите на гръбначния стълб

M46.00 Множествено засягане на гръбначния стълб
M46.01 Окципито-атланто-аксисен отдел
M46.02 Шийна област
M46.03 Шийно-гръден отдел
M46.04 Гръден отдел
M46.05 Гръднопоясен отдел
M46.06 Поясен отдел
M46.07 Пояснокръстен отдел
M46.08 Кръстен и кръстноопашен отдел

Сакроилеит, некласифициран другаде

M46.18 Сакроилеит, некласифициран другаде - кръстен и кръстноопашен отдел

Други уточнени възпалителни спондилопатии

M46.80 Множествено засягане на гръбначния стълб
M46.81 Окципито-атланто-аксисен отдел
M46.82 Шийна област
M46.83 Шийно-гръден отдел
M46.84 Гръден отдел
M46.85 Гръднопоясен отдел
M46.86 Поясен отдел
M46.87 Пояснокръстен отдел
M46.88 Кръстен и кръстноопашен отдел

Забележка: диагнозите със знак звездичка (*), не могат да се използват като самостоятелни диагнози (самостоятелен код), а изискват основна диагноза (основен код), обозначена със знак кръстче (†), която винаги стои на първо място.

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на рамо

48945-01 Артроскопска биопсия на рамо

Биопсия на лакът

49118-01 Артроскопска биопсия на лакът

Биопсия на тазобедрена става

49363-00 Артроскопска биопсия на тазобедрена става

Биопсия на коляно

49557-01 Артроскопска биопсия на коляно

Артроскопски ексцизионни процедури на глезен

49700-01 Артроскопска биопсия на глезен

Аспирация на други мускулно-скелетни точки

50124-00 Аспирация на става или друга синовиална кухина, некласифицирана другаде
Аспирация на бурса

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

59503-00 Рентгенографска пелвиметрия
Не включва: пелвиметрия чрез компютър томография (57201-00 [1964])

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става
Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57524-00 Рентгенография на феморална кост и коляно

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57524-01 Рентгенография на коляно и подбедрица

57518-02 Рентгенография на подбедрица

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

Артрография

59751-00 Артрография
Включва: контрастно изследване
предварителен общ план (обзорна графия)

Компютърна томография на таз

Включва: кост
регион от криста илиака до симфиза
меки тъкани
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
такава при сканиране на:
• корем (56501-00, 56507-00 [1963])
• корем и гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])

56409-00 Компютърна томография на таз

56412-00 Компютърна томография на таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на таз, без, след това с венозен контраст

57201-00 Пелвиметрия чрез компютърна томография
Измерване на обем и диаметър на таз чрез компютърна томография

Магнитно резонансен образ

90901-07 Магнитно резонансна томография на крайници

1926 Микробиологични тестове, измервания или изследвания

91920-02 Микробиологично/ Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
антибиограма

Друга електрокардиография [ЕКГ]	
	Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854]) тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857]) *Включва*: анализ, интерпретация и доклад за записа този, включващ не повече от 300 удара, използвайки поне 3 отвеждания с придобиване на данни на не по-малко от 1000 Hz на поне 100 QRS комплекса
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ]
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
1926	**Микробиологични изследвания**
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
и/или	
1929	**Вирусологични изследвания**
91922-07	Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)
91903-08	Серологично изследване за грипен вирус А и Б
91911-00	Други вирусологични изследвания
1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар
1924	**Биохимична изследвания**
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
1930	**Имунологични изследвания**
91923-07	Изследване на ревматоиден фактор
91924-01	Определяне на антинуклеарни антитела в серум
91923-08	Изследване на антистрептолизинов титър (AST) *Включва:* при ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции
1926	**Микробиологични изследвания**
91919-05	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура и чувствителност
91934-02	Микробиологично/ микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и ставна течност за култура и чувствителност
1934	**Други лабораторни изследвания**
91934-09	Друго микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и/или ставна течност

	Изследване на кристали, клетки, фагоцити и диференциално броене в ставна течност
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на агент в други мускулно-скелетни точки	
50124-01	Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, некласифицирано другаде Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ Инжектиране: • в бурса на: • кортикостероид • локален анестетик
Приложение на фармакотерапия	
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96201-03	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и три различни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, от таблицата с диагностичните процедури. Едната диагностична процедура задължително е изследване на кръв.

Клиничната пътека не може да бъде завършена само с терапевтична процедура 50124-01.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва задължително извършване на следните медико-диагностични изследвания: хематологични изследвания –хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити (91910-04), ДКК (91910-05) и биохимичните изследвания – чернодробни ензими (91910-26, 91910-27), креатинин (91910-13), кръвна захар (91910-12), /при необходимост – други/; и/ или имунологичните изследвания – ANA (91924-01), Waaler Rose (91923-07), AST (91923-08), при необходимост - други.

По преценка изследване на СУЕ(91910-07).

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Всички диагностични процедури, включени в таблицата с основни диагностични процедури, се извършват от ЛЗ за БМП по време на хоспитализацията.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Тежкопротичащи възпалителни ставни заболявания

Отделните части на цялостния процес на лечение се осигуряват чрез амбулаторна процедура "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация на пациенти с тежкопротичащи възпалителни полиартропатии и спондилопатии" и клинични пътеки "Диагностика и лечение на възпалителни ставни заболявания".

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Детска ревматология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителни звена и апаратура са съобразени с медицински стандарт „Ревматология".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска ревматология или Клиника/отделение по педиатрия – III ниво
2. Клинична лаборатория*
3. Образна диагностика – ехограф, подходящ за изследване на стави
4. Апарат за ЕКГ
5. Ренгенов апарат за скопия и графия

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ревматология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. КТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Вирусологична лаборатория
4. Имунологична лаборатория
5. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- лекар със специалност по детска ревматология
  или
лекар със специалност по детска ревмокардиология
  или
лекари със специалност по педиатрия – четирима;
- лекар със специалност клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- Радиоизотопна лаборатория или нуклеарно-медицинско звено – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго лечебно заведение.

- Отделение по физиотерапия и рехабилитация - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго лечебно заведение.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1.Диагностика и лечение;

- остър моноартрит;
- остър септичен артрит;
- артрит с една от следните висцерални или системни прояви: плеврит, перикардит, пулмонит, кардит, васкулит,
- болни с артрит с висцерално или системно засягане : серозит, васкулит, пулмонит, кардит
- болни с артрит с възникнали усложнения, свързани със заболяването, провежданото лечение или външни фактори: инфекции, травми, левкопения, тромбоцитопения, остеопоротични фрактури на прешлен или ребро
- повишена СУЕ над 25 мм, сутрешна скованост над 1 час, остър моноартрит, остър септичен артрит, перикардит, пулмонит, кардит, васкулит,

2.Диагностика и лечение на пациенти с възпалителни ставни заболявания при наличие на клинични данни и данни от медико-диагностични изследвания за:

- полиартрит с висока активност – CRP с 50% над горната граница на нормата или СУЕ над 40 мм по Вестергрен или над 20 мм по Панченко и/или сутрешна скованост повече от три часа;
- спленомегалия, хепатомегалия, лимфаденомегалия, фебрилитет.
- болни с артрит, при които се изявяват болка и оток в нови стави или във вече засегнатите стави;
- болни с артрит с висцерално или системно засягане: интоксикационен синдром, фебрилитет, или очно засягане;
- болни с артрит с възникнали усложнения, свързани със заболяването, провежданото лечение или външни фактори:, медикаментозен хепатит, анемия;
- артрит с плеврит, хепатоспленомегалия, полиаденопатия, фебрилитет.

3.Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с възпалителни ставни заболявания в детска възраст, провеждащи амбулаторно лечение

4.Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение на пациенти с артрит, подлежащи на лечение със следните болестопроменящи противоревматични средства: златни соли, сулфасалазин, D-пеницилламин, имуносупресори и цитостатици, пулс-терапия.

соли, сулфасалазин, D-пеницилламин, имуносупресори и цитостатици, пулс-терапия.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания при спешни индикации се взема до 6 час от постъпването, а в останалите случаи се взема до 24 час от постъпването. Медикаментозното лечение започва до 6 час от началото на хоспитализацията.

В случай на необходимост рентгенография се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията.

Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променени показатели се извършват задължително до края на хоспитализацията.

Медикаментозното лечение на артрита включва следните лекарствени групи:

- нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС);
- бавнодействащи противоревматични лекарствени средства;
- кортикостероиди:
  - за перорално приложение;
  - за парентерално приложение;
- антибактериални, антивирусни и антимикотични средства;
- средства за локално приложение;
  - кортикостероиди с удължено действие;
  - химически вещества;
  - радиоизотопи;
  - перкутанни средства.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя, съобразно критериите за диагноза на съответното заболяване, където те са международно утвърдени: (ЮХА, ЮАС). При останалите нозологии, съобразно клиничната картина, биологичния синдром (биохимия, имунология), серологични изследвания, рентгенови резултати, сцинтиграфия, артроцентеза, КТ и МРТ.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- поставена окончателна диагноза;
- овладяване на фебрилитета;
- подобрение в общото състояние и подобрение на функционалния капацитет на засегнатите стави;
- подобрение на показателите за биологична активност на заболяването.
- корекция на отклоненията в клинико-лабораторните показатели;
- приключване на пулстерапия и корекция на отклоненията в клинико-лабораторните показатели.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1. Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

8.2. Документиране на диагностично - лечебния алгоритъм – в “История на заболяването”.

8.3. Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

- “История на заболяването”;

- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.4. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

РЕВМАТОИДЕН АРТРИТ

Ревматоидният артрит е хронично възпалително заболяване на ставите. То има прогресиращ ход. Формира се млада агресивна възпалителна тъкан, която увреждa ставния хрущял и подлежащата кост. При неправилно лечение и несистемен контрол от страна на специалист - ревматолог се стига до увреждане на ставите и влошаване на тяхната функция. Заболяването се характеризира със ставна болка и оток, сутрешна скованост продължаваща повече от 30 минути и затруднение на движенията.

Вашата хоспитализация има за цел да Ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, да се определят стадият и активността на заболяването и да се назначи най-подходящото лечение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури или рентгенови изследвания като ставна пункция, ставна биопсия фиброгастроскопия, рентгенова снимка, компютърна томография и др.

Комплексното лечение на ревматоидния артрит включва приложението на нестероидни противовъзпалителни средства, болестопроменящи противоревматични средства, физиотерапевтични процедури и рехабилитация. Често пъти в хода на лечението се налага инжектиране във възпалените стави на различни медикаменти. Изборът на конкретните медикаменти и тяхната комбинация е от компетентността на Вашия лекар. При изявата на нежелани лекарствени реакции или други смущаващи Ви обстоятелства уведомете лекуващия лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

БОЛЕСТ НА БЕХТЕРЕВ

Болестта на Бехтерев е хронично възпалително заболяване, при което се засягат гръбначния стълб и сакроилиачните стави, както и периферните стави и околоставните сухожилия и лигаменти. В хода на болестта могат да се засегнат очите, белия дроб, сърцето и бъбреците. Боледуват предимно хора, носители на антиген B27 на тъканната съвместимост. Болестта на Бехтерев в гръбнака и сакроилиачните стави се характеризира с възпаление, след което започва вкостяване. Основните клинични прояви са болките постепенното ограничаване на движенията на гръбнака и периферните стави, болки и възпаление на ставните сухожилия, сутрешна скованост. При неправилно лечение се стига до блокиране на движенията на гръбнака поради вкостяването му. Целта на Вашата хоспитализация е да се направят клинични, лабораторни и инструментални изследвания, за да се определи стадия на заболяването и лечението. За целта може да се наложи провеждането на рентгенови изследвания, ставна пункция, биопсия, фиброгастроскопия, компютърна томография и други.

Лечението на болестта Бехтерев е комплексно и включва нестероидни противовъзпалителни средства, физиотерапевтични процедури, рехабилитация, някои болестнопроменящи средства. В хода на болестта може да се наложи инжектиране на медикаменти в някои периферни стави. Изборът на лечението е от компетентността на Вашия лекар При поява на странични явления е необходимо да се уведоми лекуващия

лекар.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при определянето на лечебните процедури.

Ако по време на лечението желаете да го прекратите, може да го направите по всяко време без обяснения Необходимо е да изразите желанието си писмено, с което освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето състояние.

ПСОРИАТИЧЕН АРТРИТ

Псориатичният артрит е хронично ставно възпалително заболяване, появяващо се в около половината от болните с кожното хронично заболяване псориазис. Псориазисът поразява кожата и ноктите на болния. При псориатичния артрит боледуват периферните стави на крайниците, гръбнака и ставните сухожилия. При неправилно лечение може да се стигне до ограничаване на функцията на периферните стави и гръбнака и тяхното увреждане. Псориатичният артрит е хронично, възпалително заболяване на ставите, протичащо с болки, отоци, ограничени движения на гръбнака и периферните стави, сутрешна скованост.

Вашата хоспитализация има за цел да бъдат направени клинични, лабораторни, инструментални изследвания, за да се определи стадия и активността на болестта и се назначи най-подходящото лечение за ставното и кожно поражение. За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни процедури, като ставна или кожна биопсия, ставна пункция, фиброгастроскопия, рентгенови снимки и тн.

Лечението на псориатичния артрит е комбинирано лечение на кожните прояви на поражението на ноктите и на артрита. За лечението на артрита се прилагат нестероидни противовъзпалителни средства, болестопроменящи средства физиотерапияи рехабилитация. За лечението на псориазиса успоредно се прилагат локални средства за кожата, таласотерапия. В хода на лечението на артрита често пъти се налага инжектиране на различни медикаменти в ставите. Изборът на медикаментите е от компетентността на Вашия лекар. Необходимо е едновременно лечение на псориазиса и артрита за постигане на резултати.

При всички случаи от Вас ще се иска съдействие при преценка на лечението.

Ако желаете да прекратите лечението може да направите това по всяко време. Необходимо е да изразите желанието си писмено и с това освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето състояние.

РЕАКТИВНИ АРТРИТИ
СИНДРОМ НА РАЙТЕР

Синдромът на Райтер е реактивен артрит, засягащ предимно големите стави на долните крайници. Успоредно с артрита се срещат възпаления на очите, кожни и лигавични промени. Реактивният артрит е следствие на различни бактериални и вирусни инфекции. Най-честите причинители са полови и чревни инфекции (хламидии, йерсинии и шигели). При неправилно лечение, заболяването може да хронифицира и порази повечето стави и гръбнака.

Целта на Вашата хоспитализация е да се направят клинични, серологични, лабораторни и инструментални изследвания. Необходимо е да се определи активността на заболяването за прилагане на адекватно лечение. За целта може да се наложи провеждане на инвазивни процедури и рентгенови изследвания, като ставна пункция, ставна биопсия фиброгастроскопия, рентгенови графии, сцинтиграфии.

Комплексното лечение на синдрома на Райтер и реактивните артрити включват лечение с нестероидни средства, болестопроменящи средства, като салазопирин

антибиотици, физиотерапевтични процедури и рехабилитация. В хода на лечението може да се наложи инжектиране на медикаменти във възпалените стави. Изборът е от компетентността на Вашия лекар. При нежелани странични явления от лекарствата е необходимо да се уведоми лекуващия екип.

Вашето съгласие ще се иска при вземане на решенията относно Вашето лечение.

По всяко време в хода на лечението може да го прекратите. Необходимо е да изразите писмено своето желание, като така освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето лечение.

РЕВМАТИЗЪМ

Ревматизмът е остро възпалително заболяване, дължащо се на предходна инфекция от β-хемолитичен стрептокок от група А, засягащо ставите (класически пример за реактивен артрит), сърцето, кожата, нервната система и подкожната тъкан. За него важи старата лекарска сентенция "Заболяването ближе ставите и хапе сърцето ". Пристъпите най-често се появяват във възрастта между 5 и 15 години.

Вашата хоспитализация има за цел да ви бъдат направени клинични, лабораторни и инструментални изследвания, чрез които ще се определи стадия и активността на Вашето заболяване и ще се назначи съответното най-подходящо лечение .За целта може да се наложи провеждането на някои инвазивни или рентгенови изследвания (ставна пункция, синовиална биопсия, фиброгастроскопия, компютърна томография, магнитно-ядрен резонанс и др.).

Комплексното лечение включва нестероидни противовъзпалителни средства, болестопроменящи противоревматични медикаменти, комплексна рехабилитация. В хода на лечението може да се наложи прилагането на вътреставни манипулации. Изборът на дадени медикаменти или тяхната комбинация е от компетентността на Вашия лекар. При поява на нежелани лекарствени реакции и други смущаващи Ви обстоятелства уведомявайте Вашия лекуващ лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените указания.

При всички случаи от Вас ще се изисква активно съдействие при вземане на решение по отношение на различни лечебни процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснение. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП № 91
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕГЕНЕРАТИВНИ И ОБМЕННИ СТАВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

1. Минимален болничен престой - 2 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Идиопатична подагра
Подагрозен бурсит
Първична подагра
Подагрозни възли [уратни тофи] в сърцето† (I43.8*)
M10.00 Идиопатична подагра, множествена локализация
M10.01 Раменна област — ключица, лопатка — акромиоклавикуларна, скапулохумерална, стерноклавикуларна — стави
M10.02 Мишница — раменна кост — лакътна става
M10.03 Предмишница — лакътна кост, лъчева кост — гривнена става
M10.04 Китка — карпални кости, метакарпални кости, фаланги — ставите между всички тези кости
M10.05 Тазова област и бедро — сакрум, таз — тазобедрена става, бедрена кост, сакроилиачна става
M10.06 Колянна област — голям пищял[тибиа], малък пищял[фибула] — колянна става
M10.07 Глезенна става и стъпало — тарзални кости, глезенна става, метатарзални кости, фаланги — други стави на стъпалото
M10.08 Други — гръбначен стълб, ребра, шия, череп, глава, тяло
Оловна подагра
M10.10 Оловна подагра, множествена локализация
M10.11 Раменна област — ключица, лопатка — акромиоклавикуларна, скапулохумерална, стерноклавикуларна — стави
M10.12 Мишница — раменна кост — лакътна става
M10.13 Предмишница — лакътна кост, лъчева кост — гривнена става
M10.14 Китка — карпални кости, метакарпални кости, фаланги — ставите между всички тези кости
M10.15 Тазова област и бедро — сакрум, таз — тазобедрена става, бедрена кост, сакроилиачна става
M10.16 Колянна област — голям пищял[тибиа], малък пищял[фибула] — колянна става
M10.17 Глезенна става и стъпало — тарзални кости, глезенна става, метатарзални кости, фаланги — други стави на стъпалото
M10.18 Други — гръбначен стълб, ребра

шия
череп
глава
тяло
Медикаментозна подагра
При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).
M10.20 Медикаментозна подагра, множествена локализация
M10.21 Раменна област — ключица, лопатка — акромиоклавикуларна, скапулохумерална, стерноклавикуларна — стави
M10.22 Мишница — раменна кост — лакътна става
M10.23 Предмишница — лакътна кост, лъчева кост — гривнена става
M10.24 Китка — карпални кости, метакарпални кости, фаланги — ставите между всички тези кости
M10.25 Тазова област и бедро — сакрум, таз, бедрена кост — тазобедрена става, сакроилиачна става
M10.26 Колянна област — голям пищял[тибиа], малък пищял[фибула] — колянна става
M10.27 Глезенна става и стъпало — тарзални кости, метатарзални кости, фаланги — костиглезенна става, други стави на стъпалото
M10.28 Други
ребра
шия
череп
глава
тяло
Подагра, предизвикана от нарушение на бъбречната функция
M10.30 Множествена локализация
M10.31 Раменна област — ключица, лопатка — акромиоклавикуларна, скапулохумерална, стерноклавикуларна — стави
M10.32 Мишница — раменна кост — лакътна става
M10.33 Предмишница — лакътна кост, лъчева кост — гривнена става
M10.34 Китка — карпални кости, метакарпални кости, фаланги — ставите между всички тези кости
M10.35 Тазова област и бедро — сакрум, таз, бедрена кост — тазобедрена става, сакроилиачна става
M10.36 Колянна област — голям пищял[тибиа], малък пищял[фибула] — колянна става
M10.37 Глезенна става и стъпало — тарзални кости, метатарзални кости, фаланги — костиглезенна става, други стави на стъпалото
M10.38 Други
ребра
шия
череп
глава
тяло

Друга вторична подагра

M10.40 Множествена локализация
M10.41 Раменна област — ключица, лопатка — акромиоклавикуларна, скапулохумерална, стерноклавикуларна — стави
M10.42 Мишница — раменна кост — лакътна става
M10.43 Предмишница — лакътна кост, лъчева кост — гривнена става
M10.44 Китка — карпални кости, метакарпални кости, фаланги — ставите между всички тези кости
M10.45 Тазова област и бедро — сакрум, таз, бедрена кост — тазобедрена става, сакроилиачна става
M10.46 Колянна област — голям пищял[тибиа], малък пищял[фибула] — колянна става
M10.47 Глезенна става и стъпало — тарзални кости, метатарзални кости, фаланги — костиглезенна става, други стави на стъпалото
M10.48 Други — гръбначен стълб, ребра, шия, череп, глава, тяло

Болести с отлагане на хидроксиапатит
M11.00 Множествена локализация
M11.01 Раменна област — ключица, лопатка — акромиоклавикуларна, скапулохумерална, стерноклавикуларна — стави
M11.02 Мишница — раменна кост — лакътна става
M11.03 Предмишница — лакътна кост, лъчева кост — гривнена става
M11.04 Китка — карпални кости, метакарпални кости, фаланги — ставите между всички тези кости
M11.05 Тазова област и бедро — сакрум, таз, бедрена кост — тазобедрена става, сакроилиачна става
M11.06 Колянна област — голям пищял[тибиа], малък пищял[фибула] — колянна става
M11.07 Глезенна става и стъпало — тарзални кости, метатарзални кости, фаланги — костиглезенна става, други стави на стъпалото
M11.08 Други — гръбначен стълб, ребра, шия, череп, глава, тяло

Наследствена хондрокалциноза
M11.10 Множествена локализация
M11.11 Раменна област — ключица, лопатка — акромиоклавикуларна, скапулохумерална, стерноклавикуларна — стави
M11.12 Мишница — раменна кост — лакътна става
M11.13 Предмишница — лакътна кост, лъчева кост — гривнена става
M11.14 Китка — карпални кости — ставите между всички

метакарпални кости тези кости
фаланги
M11.15 Тазова област сакрум тазобедрена става
и бедро бедрена кост сакроилиачна става
таз
M11.16 Колянна голям пищял[тибиа] колянна става
област малък пищял[фибула]
M11.17 Глезенна става тарзални костиглезенна става
и стъпало метатарзални кости други стави на стъпалото
фаланги
M11.18 Други гръбначен стълб
ребра
шия
череп
глава
тяло

Друга хондрокалциноза
Хондрокалциноза БДУ
M11.20 Множествена локализация
M11.21 Раменна ключица акромиоклавикуларна | стави
област лопатка скапулохумерална | стави
стерноклавикуларна | стави
M11.22 Мишница раменна кост лакътна става
M11.23 Предмишница лакътна кост гривнена става
лъчева кост
M11.24 Китка карпални кости ставите между всички
метакарпални кости тези кости
фаланги
M11.25 Тазова област сакрум тазобедрена става
и бедро бедрена кост сакроилиачна става
таз
M11.26 Колянна голям пищял[тибиа] колянна става
област малък пищял[фибула]
M11.27 Глезенна става тарзални костиглезенна става
и стъпало метатарзални кости други стави на стъпалото
фаланги
M11.28 Други гръбначен стълб
ребра
шия
череп
глава
тяло

Други уточнени кристалоидни артропатии
M11.80 Множествена локализация
M11.81 Раменна ключица акромиоклавикуларна | стави
област лопатка скапулохумерална | стави
стерноклавикуларна | стави
M11.82 Мишница раменна кост лакътна става
M11.83 Предмишница лакътна кост гривнена става
лъчева кост
M11.84 Китка карпални кости ставите между всички
метакарпални кости тези кости
фаланги
M11.85 Тазова област сакрум тазобедрена става
и бедро бедрена кост сакроилиачна става
таз
M11.86 Колянна голям пищял[тибиа] колянна става

област малък пищял[фибула]
M11.87 Глезенна става тарзални костиглезенна става
и стъпало метатарзални кости други стави на стъпалото
фаланги
M11.88 Други гръбначен стълб
ребра
шия
череп
глава
тяло

Полиартроза
Включва: артроза на повече от една става
Не включва: двустранно засягане на една и съща става (M16—M19)
M15.0 Първична генерализирана (остео)артроза
M15.1 Възли на Heberden (с артропатия)
M15.2 Възли на Bouchard (с артропатия)
M15.3 Вторична множествена артроза
Посттравматична полиартроза
M15.4 Ерозивна (остео)артроза
M15.8 Друга полиартроза

Коксартроза [артроза на тазобедрената става]
M16.0 Първична коксартроза, двустранна
M16.1 Друга първична коксартроза
Първична коксартроза:
• БДУ
• едностранна
M16.2 Дисплазична коксартроза, двустранна
M16.3 Други дисплазични коксартрози
Дисплазична коксартроза:
• БДУ
• едностранна
M16.4 Посттравматична коксартроза, двустранна
M16.5 Други посттравматични коксартрози
Посттравматична коксартроза:
• БДУ
• едностранна
M16.6 Други вторични коксартрози, двустранни
M16.7 Други вторични коксартрози
Вторична коксартроза:
• БДУ
• едностранна

Гонартроза [артроза на колянната става]
M17.0 Първична гонартроза, двустранна
M17.1 Други първични гонартрози
Първична гонартроза:
• БДУ
• едностранна
M17.2 Посттравматична гонартроза, двустранна
M17.3 Други посттравматични гонартрози
Посттравматична гонартроза:
• БДУ
• едностранна
M17.4 Други вторични гонартрози, двустранни
M17.5 Други вторични гонартрози
Вторична гонартроза:
• БДУ
• едностранна

Артроза на първа карпо-метакарпална става
M18.0 Първична артроза на първа карпо-метакарпална става, двустранна
M18.1 Други първични артрози на първа карпо-метакарпална става
Първична артроза на първа карпо-метакарпална става:
- БДУ
- едностранна

M18.2 Посттравматична артроза на първа карпо-метакарпална става, двустранна
M18.3 Други посттравматични артрози на първа карпо-метакарпална става
Посттравматична артроза на първа карпо-метакарпална става:
- БДУ
- едностранна

M18.4 Други вторични артрози на първа карпо-метакарпална става, двустранни
M18.5 Други вторични артрози на първа карпо-метакарпална става
Вторична артроза на първа карпо-метакарпална става:
- БДУ
- едностранна

Първична артроза на други стави
Първична артроза БДУ

M19.01 Раменна област	ключица	акромиоклавикуларна	стави
	лопатка	скапулохумерална	
		стерноклавикуларна	

M19.02 Мишница раменна кост лакътна става
M19.03 Предмишница лакътна кост гривнена става
лъчева кост
M19.04 Китка карпални кости ставите между всички
метакарпални кости тези кости
фаланги
M19.07 Глезенна става и стъпало тарзални костиглезенна става
метатарзални кости други стави на стъпалото
фаланги

Посттравматична артроза на други стави
Посттравматична артроза БДУ
M19.11 Раменна област ключица акромиоклавикуларна
лопатка скапулохумерална стави
стерноклавикуларна
M19.12 Мишница раменна кост лакътна става
M19.13 Предмишница лакътна кост гривнена става
лъчева кост
M19.14 Китка карпални кости ставите между всички
метакарпални кости тези кости
фаланги
M19.17 Глезенна става и стъпало тарзални костиглезенна става
метатарзални кости други стави на стъпалото
фаланги

Друга вторична артроза
Вторична артроза БДУ
M19.21 Раменна област ключица акромиоклавикуларна
лопатка скапулохумерална стави
стерноклавикуларна
M19.22 Мишница раменна кост лакътна става
M19.23 Предмишница лакътна кост гривнена става
лъчева кост
M19.24 Китка карпални кости ставите между всички
метакарпални кости тези кости
фаланги
M19.27 Глезенна става и стъпало тарзални костиглезенна става
метатарзални кости други стави на стъпалото

фаланги

Друга уточнена артроза
M19.81 Раменна област: ключица, акромиоклавикуларна, лопатка, скапулохумерална, стави, стерноклавикуларна
M19.82 Мишница: раменна кост, лакътна става
M19.83 Предмишница: лакътна кост, гривнена става, лъчева кост
M19.84 Китка: карпални кости, ставите между всички, метакарпални кости, тези кости, фаланги
M19.87 Глезенна става и стъпало: тарзални костиглезенна става, метатарзални кости, други стави на стъпалото, фаланги

Други спондилози
Цервикална (шийна)
Лумбосакрална
Торакална
| без миело- или радикулопатия
M47.80 Други спондилози – множествено засягане
M47.81 Други спондилози – окципито-атланто-аксисен отдел
M47.82 Други спондилози – шийна област
M47.83 Други спондилози – шийно-гръден отдел
M47.84 Други спондилози – гръден отдел
M47.85 Други спондилози – гръднопоясен отдел
M47.86 Други спондилози – поясен отдел
M47.87 Други спондилози – поясно-кръстен отдел

Други спондилопатии
M48.08 Спинална стеноза – кръстен и кръстноопашен отдел
Каудална стеноза

Анкилозираща хиперостоза [Forestier]
M48.13 Анкилозираща хиперостоза [Forestier] – шийногръден отдел
Дифузна идиопатична хиперостоза
M48.14 Анкилозираща хиперостоза [Forestier] – гръден отдел
Дифузна идиопатична хиперостоза
M48.15 Анкилозираща хиперостоза [Forestier] – гръднопоясен отдел
Дифузна идиопатична хиперостоза

Интерспинална артроза
M48.20 Интерспинална артроза – множествено засягане на гръбначния стълб
M48.21 Интерспинална артроза - окципито-атланто-аксисен отдел
M48.22 Интерспинална артроза - шийна област
M48.23 Интерспинална артроза - шийно-гръден отдел
M48.24 Интерспинална артроза - гръден отдел
M48.25 Интерспинална артроза - гръднопоясен отдел
M48.26 Интерспинална артроза - поясен отдел
M48.27 Интерспинална артроза - поясно-кръстен отдел

Увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел
Включва: увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел с болков синдром
увреждания на междупрешленните дискове в шийногръдния отдел
M50.3 Друг тип дегенерация на междупрешленните дискове в шийния отдел
M50.8 Други увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел

Увреждания на междупрешленните дискове в други отдели
Включва: увреждания на междупрешленните дискове в гръдния, гръднопоясния и пояснокръстния отдел

M51.3 Друга уточнена дегенерация на междупрешленен диск
M51.4 Възли на Schmorl
M51.8 Друго уточнено увреждане на междупрешленен дискM80.0 Остеопороза с патологична фрактура след менопауза

M80.00 Остеопороза с патологична фрактура след менопауза

M80.01 Остеопороза с патологична фрактура след овариектомия

M80.02 Инактивитетна остеопороза с патологична фрактура

M80.03 Остеопороза с патологична фрактура, дължаща се на следхирургично намаляване на чревната резорбция

M80.04 Медикаментозна остеопороза с патологична фрактура

M80.05 Идиопатична остеопороза с патологична фрактура

M80.08 Друга остеопороза с патологична фрактура

M80.09 Остеопороза с патологична фрактура, неуточнена

M81.00 Остеопороза след менопауза

M81.01 Остеопороза след овариектомия

M81.02 Инактивитетна остеопороза

M81.03 Остеопороза, дължаща се на следхирургично намаляване на чревната резорбция

M81.04 Медикаментозна остеопороза

M81.05 Идиопатична остеопороза

M81.06 Локализирана остеопороза [Lequesne]

M81.08 Други остеопорози

Фиброзна дисплазия (на една кост)
Не включва: фиброзна дисплазия на челюстта (K10.8)

M85.01 Раменна област — ключица, лопатка — акромиоклавикуларна, скапулохумерална, стерноклавикуларна — стави
M85.02 Мишница — раменна кост — лакътна става
M85.03 Предмишница — лакътна кост, лъчева кост — гривнена става
M85.04 Китка — карпални кости, метакарпални кости, фаланги — ставите между всички тези кости
M85.05 Тазова област и бедро — сакрум, таз, бедрена кост — тазобедрена става, сакроилиачна става
M85.06 Колянна област — голям пищял[тибиа], малък пищял[фибула] — колянна става
M85.07 Глезенна става и стъпало — тарзални кости, метатарзални кости, фаланги — костиглезенна става, други стави на стъпалото
M85.08 Други — гръбначен стълб, ребра, шия, череп, глава, тяло

Флуороза на скелета
M85.10 Флуороза на скелета - множествена локализация
M85.11 Раменна област — ключица, лопатка — акромиоклавикуларна, скапулохумерална, стерноклавикуларна — стави
M85.12 Мишница — раменна кост — лакътна става
M85.13 Предмишница — лакътна кост, лъчева кост — гривнена става
M85.14 Китка — карпални кости, метакарпални кости, фаланги — ставите между всички тези кости
M85.15 Тазова област и бедро — сакрум, таз, бедрена кост — тазобедрена става, сакроилиачна става
M85.16 Колянна област — голям пищял[тибиа], малък пищял[фибула] — колянна става
M85.17 Глезенна става и стъпало — тарзални кости, метатарзални кости, фаланги — костиглезенна става, други стави на стъпалото
M85.18 Други — гръбначен стълб, ребра, шия, череп, глава, тяло

Други нарушения в плътността и структурата на костта
Не включва: osteogenesis imperfecta (Q78.0)
множествена костна фиброзна дисплазия (Q78.1)
остеопетроза (Q78.2)
остеопойкилоза (Q78.8)
M85.28 Хиперостоза на черепа

Остеит, дължащ се на отлагане на минерални соли (склерозиращ)
M85.30 Множествена локализация

M85.31 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M85.32 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M85.33 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M85.34 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M85.35 Тазова област и бедро	сакрум таз	тазобедрена става бедрена кост	сакроилиачна става
M85.36 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M85.37 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	костиглезенна става	други стави на стъпалото
M85.38 Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Алгоневродистрофия
Синдром рамо-ръка
Атрофия на Sudeck
Симпатикова рефлекторна дистрофия

M89.01 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M89.02 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M89.04 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M89.05 Долен крайник	тазобедрена става коляно глезен стъпало		
M89.06 Гръбначен стълб			

Костна хипертрофия

M89.30 Множествена локализация			
M89.31 Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M89.32 Мишница	раменна кост	лакътна става	
M89.33 Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M89.34 Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M89.35 Тазова област и бедро	сакрум таз	тазобедрена става бедрена кост	сакроилиачна става
M89.36 Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M89.37 Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	костиглезенна става	други стави на стъпалото

M89.38 Други гръбначен стълб
ребра
шия
череп
глава
тяло
Остеопатия след полиомиелит
За идентифициране на прекарания полиомиелит се използва допълнителен код (B91).
M89.65 Тазова област и бедро сакрум таз тазобедрена става бедрена кост сакроилиачна става
M89.66 Колянна област голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула] колянна става
M89.67 Глезенна става и стъпало тарзални кости метатарзални кости фаланги глезенна става други стави на стъпалото

Други уточнени увреждания на костите
Посттравматична субпериостална осификация
M89.80 Множествена локализация
M89.81 Раменна област ключица лопатка акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна стави
M89.82 Мишница раменна кост лакътна става
M89.83 Предмишница лакътна кост лъчева кост гривнена става
M89.84 Китка карпални кости метакарпални кости фаланги ставите между всички тези кости
M89.85 Тазова област и бедро сакрум таз тазобедрена става бедрена кост сакроилиачна става
M89.86 Колянна област голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула] колянна става
M89.87 Глезенна става и стъпало тарзални костиглезенна става метатарзални кости фаланги други стави на стъпалото
M89.88 Други гръбначен стълб
ребра
шия
череп
глава
тяло

Други увреждания на хрущяла
M94.08 Синдром на хондрокосталните съчленения [Tietze] - други ребра

Рецидивиращ полихондрит
M94.10 Множествена локализация

Хондромалация
Не включва: хондромалация на пателата (M22.4)
M94.20 Множествена локализация
M94.21 Раменна област ключица лопатка акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна стави
M94.22 Мишница раменна кост лакътна става
M94.23 Предмишница лакътна кост гривнена става

		лъчева кост	
M94.24 Китка	карпални кости		ставите между всички
	метакарпални кости		тези кости
	фаланги		
M94.25 Тазова област	сакрум	тазобедрена става	
и бедро		бедрена кост	сакроилиачна става
		таз	
M94.26 Колянна	голям пищял[тибиа]		колянна става
област	малък пищял[фибула]		
M94.27 Глезенна става	тарзални костиглезенна става		
и стъпало	метатарзални кости		други стави на стъпалото
	фаланги		

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Други инцизионни процедури на коляно	
49557-00	Артроскопия на коляно

Аспирация на други мускулно-скелетни точки	
50124-00	Аспирация на става или друга синовиална кухина, некласифицирана другаде Аспирация на бурса
Рентгенография на гръбначен стълб	

Включва: функционални гледни точки

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб *Не включва*: радиография на гръбнак:
2 отдела (58112-00 [1969])
3 отдела (58115-00 [1969])
4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб *Не включва*: радиография на гръбнак:
2 отдела (58112-00 [1969])
3 отдела (58115-00 [1969])

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак
Не включва: радиография на гръбнак:
2 отдела (58112-00 [1969]) • 3 отдела (58115-00 [1969])
4 отдела (58108-00 [1969])

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

***Включва*:** кост гръдна
стена бял
дроб
медиастинум
плевра

***Не включва*:** компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
корем (56301-01, 56307-01 [1957])
и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на корем

***Включва*:** регион от диафрагмата до криста илиака

***Не включва*:** компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
и
мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
таз (56801-00, 56807-00 [1961])
таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

56407-00 Компютърна томография на корем с интравенозна контрастна материя

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

59503-00 Рентгенографска пелвиметрия
Не включва: пелвиметрия чрез компютър томография (57201-00 [1964])

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става
Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57524-00 Рентгенография на феморална кост и коляно

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57524-01 Рентгенография на коляно и подбедрица

57518-02 Рентгенография на подбедрица

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

Компютърна томография на крайник

Включва: ръка
кост пръст
крайници
крак меки
тъкани
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56619-00 Компютърна томография на крайник
56625-00 Компютърна томография на крайник с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на крайник, без, след това с венозен контраст

1959 Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56220-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, цервикален отдел

56224-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, цервикален отдел
Компютърна томография на шиен гръбнак, без, след това с венозен контраст

56221-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, торакален отдел

56225-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, торакален отдел
Компютърна томография на гръден гръбнак, без, след това с венозен контраст

56223-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, лумбосакрален отдел

56226-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, лумбосакрален отдел

Компютърна томография на лумбосакрален гръбнак, без, след това с венозен контраст

56233-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели

56234-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели
Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст

90912-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, неуточнен регион

90912-01 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, неуточнен регион
Компютърна томография на неуточнен отдел на гръбнак, без, след това с венозен контраст

1960 Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост гръдна
стена бял
дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
корем (56301-01, 56307-01 [1957])
и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

Ултразвук на други места

55800-00 Ултразвук на ръка или китка

55804-00 Ултразвук на предмишница или лакът

55808-00 Ултразвук на рамо или горна част на ръка

55816-00 Ултразвук на тазобедрена става

55828-00 Ултразвук на коляно

55836-00 Ултразвук на глезен или стъпало

Магнитно резонансен образ

90901-09 Функционален магнитен резонансен образ на мозък

90901-01 Магнитно резонансна томография на глава *Включва*: лице орбита синуси (етмоидален) (фронтален) (максиларен) (сфеноидален) черепна кост
Не включва: такава на мозък:
функционални (90901-09 [2015])
БДУ (90901-00 [2015])

Магнитно резонансна томография на шия
Не включва: такава на шиен гръбнак (90901-03 [2015])

Магнитно резонансна томография на гръден кош
Включва: гръбначен мозък

Магнитно резонансна томография на гръден кош
Включва: сърце

90901-06 Магнитно резонансна томография на таз
Включва: пикочен мехур простата

90901-07 Магнитно резонансна томография на крайници

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

По преценка:

1929 Вирусологични изследвания

91911-29 Други серологични изследвания

По преценка:

1930 Имунологични изследвания

91923-07 Изследване на ревматоиден фактор

91923-08 Изследване на антистрептолизинов титър (AST)

Включва: при ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции

1927 Хистологични изследвания

91934-06 Микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и/или ставна течност за хистология

1934 Други лабораторни изследвания

91934-09 Друго микроскопско изследване на проба от скелетно мускулната система и/или ставна течност

Изследване на кристали, клетки, фагоцити и диференциално броене в ставна течност

Изследване на локализирана кост чрез нуклеарно медицинско изображение

Включва: кръвни:
поток }
обем } изследване

Не включва: това на става (61446-01, 61449-01 [2010])

61446-00 Локализирано костно изследване

61421-00 Изследване на костна система на цяло тяло

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на агент в други мускулно-скелетни точки

50124-01 Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, некласифицирано другаде

Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ

Инжектиране:
в бурса на:
кортикостероид
локален анестетик

Приложение на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96201-03 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и три различни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, от таблицата с диагностичните процедури.

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва задължително извършване на следните медико-диагностични изследвания: биохимични изследвания - кр. захар (9191012), креатинин (91910-13), ALAT (91910-27), ASAT (91910-26).

Серологичните (91911-29) и имунологичните изследвания - РФ /Waaler Rose/ (9192307) и AST (91923-08) се извършват по преценка.

Хистологичното изследване на синовия (91934-06) се извършва заедно с изследването на кристали, клетки, фагоцити и диференциално броене в ставна течност (91934-09).

Всички диагностични процедури, включени в таблицата с основни диагностични процедури, се извършват от ЛЗ за БМП по време на хоспитализацията.

Дейностите по пътеката се извършват само в болници за активно лечение.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум II ниво на компетентност съгласно медицински стандарт по „Ревматология", клиника/отделение по вътрешни болести II ниво на компетентност или клиника/отделение по кардиология II ниво на компетентност. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицинските стандарти „Ревматология", „Вътрешни болести" и „Кардиология".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
Клиника/отделение по ревматология или клиника/отделение по вътрешни болести минимум
или клиника/отделение по кардиология
2. Клинична лаборатория*
3. Отделение по образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия; КТ или МРТ; ехограф, подходящ за изследване на стави
4. Апарат за ЕКГ
5. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по ревматология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ

ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апарат за двойноенергийна рентгенова абсорбциометрия (ДХА)
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

-двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат или

в клиника/отделение по вътрешни болести II ниво на компетентност – двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат. В клиника/отделение с III ниво на компетентност броят на специалистите е в съответствие с медицински стандарт „Ревматология“ или

в клиника/отделение/ легла по кардиология II ниво на компетентност – двама лекари с придобита специалност по ревматология, единият от които със сертификат за ехографско изследване на опорно-двигателния апарат. В клиника/отделение с III ниво на компетентност броят на специалистите е в съответствие с медицински стандарт „Ревматология“

-лекар със специалност клинична лаборатория;

-лекар със специалност по образна диагностика.;

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Радиоизотопна лаборатория или нуклеарно-медицинско звено – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго лечебно заведение.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на болни с активирана остеоартроза на периферни стави при наличие на клинични данни и данни от медико-диагностични изследвания за:

1. ставно-възпалителен синдром на периферни стави и изразен хидропс на ставата;
2. остър пристъп на кристален артрит;
3. изразена функционална недостатъчност, без терапевтичен ефект от прилаганото амбулаторно лечение;
4. активирана артроза, без терапевтичен ефект от прилаганото амбулаторно лечение.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

За доказване на активираната артроза се използват:

- ехография с приложена снимка или
- МРТ/КТ с приложено изследване или
- сцинтиграфия с приложено изследване или
- синовиален пунктат – с резултати, доказващи активирането на болестта.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания при спешни индикации се взема до 6 час от постъпването, а в останалите случаи се взема до 24 час от постъпването. Медикаментозното лечение започва до 6 час от началото на хоспитализацията.

В случай на необходимост рентгенография се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията.

Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променени показатели (ПКК, С-реактивен протеин и по преценка – АСАТ, АЛАТ, креатинин, анализ на урина и СУЕ) се извършват задължително до края на хоспитализацията.

Медикаментозното лечение на дегенеративните ставни заболявания и кристалните артропатии включва следните лекарствени групи:

- нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС);
- аналгетици;
- колхицин;
- урикоинхибитори и урикоелиминатори;
- миорелаксанти;
- бавнодействащи противоревматични лекарствени средства – хондропротектори и антималарици;
- лубриканти – по преценка;
- кортикостероиди и анестетици – за вътреставно и перистaвно приложение;
- средства за локално приложение;
- перкутанни средства;
- физикална терапия и рехабилитация.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя, съобразно клиничната картина, рентгенографските промени и параклиничните отклонения.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- поставена окончателна диагноза;
- овладяване на фебрилитета;
- подобрение в общото състояние, ставния статус и показателите за биологична или клинична активност на заболяването.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1. Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

8.2. Документиране на диагностично - лечебния алгоритъм – в “История на заболяването”.

8.3. Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

- “История на заболяването”;
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.4. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОСТЕОАРТРОЗА (ОА)

ОА е хронично ставно заболяване. То е най-често срещаната ревматична болест. Около 15% от населението на Планетата е засегнато от нея. Обикновено се появява във втората половина на живота (четвъртата декада след 35 г.). Приоритет е при мъжете под 45 г. и при жените над 55г. Около 50% от ревматичните заболявания се определят като остеоартрози.

Възрастта е основен фактор за ОА, т.е. това е естественото стареене на ставния хрущял. Механичното пренатоварване на ставите (главно професионално) е важен етиологичен фактор. Наднорменото телесно тегло оказва особено влияние на носещите стави на долните крайници и гръбнака. Обсъжда се и ролята на генетичните маркери при ОА – специални при коксартрози у жени. Значение имат ендокринните нарушения, свързани с щитовидната жлеза и паращитовидните, както и менопаузата. Метаболитните (обменни) и кристални артропатии също играят роля при ОА. Вследствие на възпалителни ставни заболявания вторично се появяват остеоартрози. Локални фактори, като дисплазии, малформации, травми, честото вътреставно приложение на кортикостероиди способстват за развитието на ОА.

Болковият сидром при болните се явява обикновено след натоварване. Те се раздвижват трудно, а сутрешната им скованост е минимална. Появяват се деформации на засегнатите стави, ограничение в обема на движенията и хрущене (крепитации) в променените стави. Засягат се предимно: колена, тазобедрени стави и гръбнак.

Лечението се провежда с аналгетици, нестероидни противовъзпалителни средства, миорелаксанти, хондропротектори и лубриканти. Комплексната рехабилитация заема важно място в лечебния процес. В много напреднали стадии се прибягва до ендопротезиране на засегнатите от ОА стави.

При изявата на нежелани лекарствени реакции или други смущаващи Ви обстоятелства уведомете лекуващия лекар. Гаранция за успешно лечение е доверието Ви в лекуващия екип и стриктното изпълнение на дадените назначения.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко решение по отношение на лечебните процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП № 92 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕЖКОПРОТИЧАЩИ БУЛОЗНИ ДЕРМАТОЗИ

1. Минимален болничен престой – 7 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Пемфигус
Не включва: пемфигус неонаторум (L00)

L10.0 Пемфигус вулгарис

L10.1 Пемфигус вегетанс

L10.2 Пемфигус фолиацеус

L10.3 Пемфигус бразилиензис (fogo selvagem)

L10.4 Пемфигус еритематозус
Синдром на Senear-Usher

L10.5 Пемфигус, предизвикан от лекарствени средства
При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

L10.8 Други видове пемфигус
Паранеопластичен и ИгА пемфигус

Пемфигоид
Не включва: херпес гестационис (O26.4)
импетиго херпетиформис (L40.1)

L12.0 Булозен пемфигоид

L12.1 Цикатризиращ пемфигоид
Доброкачествен пемфигоид на лигавиците

L12.2 Хронична булозна болест в детска възраст
Ювенилен дерматитис херпетиформис

L12.3 Придобита булозна епидермолиза
Не включва: булозна епидермолиза (вродена) (Q81.—)

L12.8 Други видове пемфигоид

Други булозни увреждания

L13.0 Дерматитис херпетиформис
Болест на Duhring

L13.8 Други уточнени булозни увреждания

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ -

402 Биопсия на устна кухина или меко небце

30075-23 Биопсия на устна кухина
Биопсия на:
• костно небце
• устна
• уста
Не включва: такава на:
• меко небце (30075-24 [402])
• увула (30075-24 [402])

1282 Ексцизионни процедури на влагалище

35539-03 Биопсия на влагалище

1618 Биопсия на кожа и подкожна тъкан

30071-00 Биопсия на кожа и подкожна тъкан

30072-00 Имунофлуоресценция на кожа
Директна и индиректна имунофлуоресценция

1927 Морфологични изследвания

91914-11 Хистобиопсично изследване на две или повече проби от кожа и /или кожни лезии

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
  • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  • имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  • перфузия (виж блок [1886])

• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп

• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура **92191-00/92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При хистологично и имунологично доказана и потвърдена диагноза (с давност на резултата не повече от пет години), клиничната пътека се счита за завършена при отразена една основна диагностична и две основни терапевтични процедури.

С код **91914-11 за хистология**, да се отчита като диагностично значим резултата само от лечебно заведение, разполагащо с хистопатологична лаборатория, в която работи лекар - дерматолог с придобита специалност и сертификат по реда на чл. 182 от Закона за здравето от Българско Дерматологично Дружество - секция „Дерматопатология и имунохистопатология" за проведено следдипломно обучение за 6 месеца в клиника по кожни и венерически болести към УМБАЛ „Александровска" ЕАД, гр. София и положен изпит пред комисия по хистопатология и имунохистохимия към Българско Дерматологично Дружество.

С код **30072-00** за имунофлуоресценция, да се отчита като диагностично значим резултата само от лечебно заведение, разполагащо с хистопатологична лаборатория с възможност за извършване на имунофлуоресцентна диагностика, в която работи лекар - дерматолог с придобита специалност и сертификат по реда на чл. 182 от Закона за здравето от Българско Дерматологично Дружество секция Дерматопатология и имунохистопатология" за проведено следдипломно обучение за 6 месеца в клиника по кожни и венерически болести към УМБАЛ „Александровска" ЕАД, гр. София и положен изпит пред комисия по хистопатология и имунохистохимия към Българско Дерматологично Дружество.

Клиничната пътека се отчита винаги с доказана хистологична и имунофлуоресцентна диагноза (като се зачитат и вече доказаните, но с давност на резултата не повече от 5 години).

Съгласно Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Пакет **Кожно – венерически болести** (Отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“, „Диагностика и лечение на еритродермии“, „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“, комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания и клинични пътеки „Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен“, „Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем“, „Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити“, „Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин“, „Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания“ и „Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания“).

Договор за КП или АПр от пакет за комплексно лечение на Кожно – венерически болести могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Кожни и венерически болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кожни и венерически болести".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Дерматовенерологична клиника/отделение или Център по кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ)*
2. Клинична лаборатория II ниво **

*- Съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести", разкритите структури за стационарно лечение на болни с кожно-венерически заболявания към ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой, осъществяват своята дейност при спазване на изискванията на този стандарт за болнични структури II ниво на компетентност.

**- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по кожни и венерически болести.
За ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой се допуска осигуряване на дейността за клинична лаборатория по договор с лечебно заведение на територията на населеното място.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

ОАИЛ/КАИЛ – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Кардиологично отделение - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Отделение по образна диагностика - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Лаборатория по клинична патология (хистопатологична лаборатория) или Отделение по дерматохистопатология и имунохистохимия - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Лаборатория по имунофлуоресцентна диагностика (имунологична лаборатория) - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- новооткрит случай с диагноза пемфигус, пемфигоид или дерматитис херпетиформис;
- тласък на пемфигус, пемфигоид или дерматитис херпетиформис, който не може да бъде овладян в амбулаторни условия.
- тежки усложнения на пемфигус, пемфигоид или дерматитис херпетиформис, свързани с основното заболяване или странични действия от приложените медикаменти.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи:

Анамнеза - начало на заболяването, поява на мехури или ерозии, наличие на придружаващи заболявания, прием на медикаменти или други провокиращи фактори.

Дерматологичен статус - характер и локализация на патологичните промени.

Общ статус.

Параклинични показатели - хематологични показатели.

Хистологично изследване.

Цитологично изследване – при необходимост.

Имунофлуоресценция: директна (ДИФ) – задължително; индиректна (ИИФ)- по преценка.

Имунологични изследвания – при необходимост.

ПРЕПОРЪЧИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕМФИГУС:

ГРУПИ:

1. Кортикостероиди.
2. Имуносупресори.
3. Средства, възстановяващи водно-електролитния и белтъчен баланс.
4. Антибиотици.
5. Антимикотици.

ЛОКАЛНИ СРЕДСТВА:

1. Антисептици.
2. Кортикостероиди.
3. Антибиотици.

Системните глюкокортикостероиди са медикаменти от първа линия в терапията на пемфигуса. Дозата на кортикостероида се определя от клиничното състояние (от дерматологичния статус - засягане на лигавици, поразена кожна повърхност в проценти, наличие на импетигинизация и придружаващи заболявания), от лабораторните изследвания (титър на циркулиращи пемфигусни антитела, наличие на диабет, хипертония, язва на стомаха и др.)

Цитостатици с имуносупресивни свойства – прилагат се рядко самостоятелно и по - често в съчетание с глюкокортикостероиди.

Индикации за приложението им са:

- възрастни пациенти, при които кортикостероидната терапия е контраиндицирана (диабет, хипертония, катаракта, язва на стомаха, остеопороза и др.);
- болни, резистентни на терапия с високи дози кортикостероиди;
- болни, които не понасят поддържаща кортикостероидна терапия и др.

АЛТЕРНАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПЕМФИГУС:

ГРУПА:

1. Сулфони.
2. Никотинамид.
3. Тетрациклини и други антибиотици.
4. Плазмафереза.

ЛОКАЛНИ СРЕДСТВА:

1. Емолиенти.
2. Епителотонични средства.
3. Адстрингентни средства.
4. Локални кортикостероиди.

Профилактика на страничните действия от приложеното лечение

Медикаменти	Индикация
Калциеви препарати	Остеопороза

Антивирусни средства	Вирусни инфекции
Системни антимикотици	Микотичен сепсис
Антидиабетни средства	Стероиден диабет
Анаболни препарати	Адинамия и мускулна слабост

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на:

- клинични данни;
- хистопатологично изследване, направено при настоящата хоспитализация от дерматолог със сертификат по дерматохистопатология от Българско Дерматологично Дружество или при предходна хоспитализация, но с давност не повече от 5 години
- имунофлуоресцентна диагностика (ДИФ, ИИФ); от дерматолог със сертификат по имунофлуоресцентната диагностика от Българско Дерматологично Дружество.
- имуноблот при нужда;
- ELISA при нужда.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:
- достигане на морбистаза;
- контрол върху страничните действия от кортикостероидното и имуносупресивно лечение.
- насочване към диспансерно наблюдение към лекар-дерматолог от СИМП.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ПЕМФИГУС

Пемфигусът е кожно заболяване, което протича с образуване на мехури по кожата и видимите лигавици. Причината за появата му все още не е изяснена, Подозират се наследствена обремененост, различни лекарствени препарати, вътрешни заболявания, емоционален стрес, често проявата не може да се свърже с конкретна причина.

Какъв е механизмът по-който се уврежда кожата?

Доказването на механизмите на развитието на болестта го причисляват към групата на автоимунните заболявания, при които организмът изработва структури, насочени към собствени клетки. При пемфигуса процесът се развива в най-горния слой на кожата - епидермис. Изработените в организма автоантитела се отлагат в епидермиса и настъпва разрушаване на връзките между клетките на този слой на кожата, което се проявява с образуването на мехури и ерозии, на местата на разкъсаните мехури по кожата и видимите лигавици.

Клиничната картина на заболяването е различна по тежест: от единични мехури по кожата до масивно ангажиране на големи кожни повърхности, както и със засягане на лигавицата на устата, носа, хранопровода, очите, гениталиите. При тежките случаи общото състояние често е увредено, което се определя от обширните кожни повърхности, където повърхностният защитен слой на кожата (епидермис) е разрушен. Това води до загуба на голямо количество течности – дехидратация, както и до нарушения в електролитния и белтъчен баланс. Ерозивните промени по хода на лигавиците на храносмилателния тракт могат да доведат до рязка загуба на тегло поради невъзможност за хранене. Съществува и висок риск от инфекции на кожата от бактериален, гъбичен и вирусен произход.

Диагнозата пемфигус се поставя въз основа на клинични данни, но поради сходството на клиничната картина с други заболявания от групата на т.нар. "Булозни дерматози" вземането на кожна и лигавична биопсия и хистологичното доказване имат основно диагностично значение. Диагностичният процес често налага директната (ДИФ) и индиректна (ИИФ) имунофлуоресценция с оглед уточняване на диагнозата и ефективността от приложеното лечение.

Правилно поставената диагноза и адекватното и навременно лечение могат да осигурят контрол над заболяването и съхранение на живота на пациентите.

В **лечението на пемфигуса** заемат място системните кортикостероиди - самостоятелно или в комбинация с цитостатици, имуномодулатори и други симптоматични средства, които се приемат продължително време, а в повечето случаи и за цял живот. Прекъсването на поддържащото лечение води до рецидив на заболяването. Поради тази причина е наложително сериозното отношение към редовния прием на лекарства, редовни посещения при лекуващия лекар, спазването стриктно на указанията дадени от него.

Продължителното кортикостероидно лечение може да доведе до настъпването на редица системни странични ефекти като стероиден диабет, язва на стомаха или дванадесетопръстника, хипертония, склонност към тромбози, имуносупресия и склонност към инфекции, остеопороза и психози. Тези причини налагат пациентите с пемфигус да бъдат приемани на болнично лечение до осигуряване на контрол над заболяването с достигане на минимална поддържаща доза на кортикостероидното и/или цитостатично лечение.

След изписване от болничното заведение пациентите трябва да се лекуват и наблюдават от лекар – дерматолог в системата на извънболничната помощ.

Трябва ли да се спазва определена диета?

Необходимо е да се избягват твърди и груби храни поради лесната ранимост на устната лигавица и последващото трудно заздравяване. Останалите храни не влияят върху хода на заболяването.

Можете ли да се излагате на слънце?

Понякога слънцето може да влоши вашето заболяване.

Други въпросителни

Не се колебайте да зададете на лекуващият ви лекар допълнителните въпроси които ви вълнуват.

БОЛЕСТ НА ДЮРИНГ

Това са отговорите на няколко въпроса касаещи Вас и вашето заболяване.

Как се нарича вашето заболяване?

Вие страдате от заболяване наречено херпетиформен дерматит или болест на Дюринг. Характерно за нея е образуването на мехурчета и сърбящи обриви по кожата.

Какви са причините за това заболяване?

Херпетиформения дерматит е свързан с чревно заболяване, познато като глутен сензитивна ентеропатия. И при двете състояния пациентите са чувствителни към протеин, наречен глутен, който се среща в ечемика, ръжта и пшеницата.

Какъв е механизмът по-който се уврежда кожата?

Причината за измененията по кожата е имунната система, която уврежда определени нейни структури. Това е и причината лечението да се извършва с подтискащи имунната система лекарства.

Как протича вашето заболяване?

Хепетиформения дерматит не може да бъде излекуван. Различните лекарства могат да доведат до изчезване на оплакванията, но след спирането им те отново се възобновяват. Това налага сериозното ви отношение към редовния прием на лекарства, редовните посещения при лекуващия ви лекар, стриктното спазване на указанията дадени ви от него.

Трябва ли да спазвате определена диета?

Спазването на безглутенова диета е от изключителна важност за лечението на вашето заболяване. Диетата намалява дозата на лекарствата и евентуално може да направи приемът им ненужен, облекчава оплакванията от страна на стомашно-чревния тракт. Специални безглутенови храни се срещат в някои от супермаркетите в страната. Действието на диетата е бавно, така че тя трябва да се изпълнява продължително с постоянство и търпение.

Други въпросителни

Не се колебайте за попитате лекуващият ви лекар допълнителните въпроси, които ви вълнуват.

ПЕМФИГОИД

Това са отговорите на няколко въпроса касаещи Вас и вашето заболяване.

Как се нарича вашето заболяване?

Вие страдате от болест, наречена булозен пемфигоид. Това е заболяване протичащо с образуване на мехури по кожата.

Какви са причините за това заболяване?

Истинските причини за вашето заболяване и до ден днешен остават неизвестни. Подозират се наследствена обремененост, различни лекарствени препарати, вътрешни заболявания, емоционален стрес, често проявата не може да се свърже с конкретна причина.

Какъв е механизмът по-който се уврежда кожата?

Причината за измененията по кожата е имунната система, която уврежда определени нейни структури. Това е и причината лечението да се извършва с подтискащи имунната система лекарства.

Как протича вашето заболяване?

Обикновено булозния пемфигоид е самоограничаваща се болест, която продължава около 1-5 години. Понякога заболяването може да има сериозно и тежко протичане, което налага сериозното ви отношение към редовния прием на лекарства, редовните посещения при лекуващия ви лекар, спазването стриктно на указанията дадени от него.

Трябва ли да спазвате определена диета?

Необходимо е да избягвате твърди и груби храни поради лесната ранимост на устната лигавица и последващото трудно заздравяване. Останалите храни не влияят върху хода на заболяването.

Можете ли да се излагате на слънце?

Понякога слънцето може да влоши вашето заболяване.

Други въпросителни

Не се колебайте да зададете на лекуващият ви лекар допълнителните въпроси, които ви вълнуват.

КП № 93 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕЖКОПРОТИЧАЩИ БАКТЕРИАЛНИ ИНФЕКЦИИ НА КОЖАТА

1.Минимален болничен престой – 7 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

A46 Еризипел
Не включва: в послеродовия период или послеродов еризипел (O86.8)

Херпес зостер [herpes zoster]
Включва: херпес зостер
zona

B02.7 Дисеминирана херпес зостер инфекция

B02.8 Херпес зостер с други усложнения

Целулит
Включва: остър лимфангит
Не включва: целулит на:
- анална и ректална област (K61.—)
- външен слухов проход (H60.1)
- външни полови органи:
  - женски (N76.4)
  - мъжки (N48.2, N49.—)
- клепач (H00.0)
- слъзен апарат (H04.3)
- уста (K12.2)
- нос (J34.0)

еозинофилен целулит [Wells] (L98.3)
фебрилна неутрофилна дерматоза [Sweet] (L98.2)
лимфангит (хроничен)(субакутен) (I89.1)

L03.1 Целулит на други части на крайниците
Аксила
Бедро
Раменен пояс

L03.2 Целулит на лицето

L03.3 Целулит на торса
Коремна стена
Гръб [всяка част]
Гръдна стена
Ингвинална област
Перинеум
Пъп
Не включва: омфалит на новородено (P38)

L03.8 Целулит с други локализации
Глава [всяка област без лицето]
Окосмена част на главата

Други локални инфекции на кожата и подкожната тъкан

L08.0 Пиодермия
Дерматит:
- гноен
- септичен
- супуративен

Не включва: пиодерма гангренозум (L88)

L88 Гангренозна пиодермия
Гангренозен дерматит
Гангренозна пиодермия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1926 Микробиологични изследвания

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

91935-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за бактериална намазка

91935-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за култура

91935-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за култура и чувствителност

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1601 Превръзка на друга рана

30055-00 Превръзка на рана
Смяна на превръзка
Подмяна тампонада на рана или дрен
Включва: отстраняване на конци
Не включва: повторно въвеждане на дренажна тръба при абсцес на мека тъкан (30225-00 [1554])
такава при изгаряне (30010-00, 30014-00 [1600])

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

	Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент *Кодирай също когато е направена:* • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Основна процедура **92191-00/92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Съгласно Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Пакет **Кожно – венерически болести** (Отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“, „Диагностика и лечение на еритродермии“, „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“, комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания и клинични пътеки „Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен“, „Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем“, „Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити“, „Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин“, „Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания“ и „Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания“).

Договор за КП или АПр от пакет за комплексно лечение на Кожно – венерически болести могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Кожни и венерически болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кожни и венерически болести”.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кожни и венерически болести или Център по кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ)*
2. Клинична лаборатория II ниво **

*- Съгласно медицински стандарт “Кожни и венерически болести”, разкритите структури за стационарно лечение на болни с кожно-венерически заболявания към ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой, осъществяват своята дейност при спазване на изискванията на този стандарт за болнични структури II ниво на компетентност.

**- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория ири с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договорът задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по кожни и венерически болести.
За ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой се допуска осигуряване на дейността за клинична лаборатория по договор с лечебно заведение на територията на населеното място.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Отделение по образна диагностика – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина (или кабинет по физикална терапия на кожно-венерическите заболявания) - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти при наличие на клинични и параклинични данни за бактериални инфекции на кожата при:

- силно изразена локална възпалителна реакция с ширина над 5 см и палпируемо уплътнение в дълбочина на засегнатия участък;
- дисеминирани пиодермични лезии;
- изразена общотоксична симптоматика;
- съпътстващи хронични заболявания и състояния, усложняващи протичането и лечението на заболяването;
- херпес-зостерна инфекция на кожата с импетигинизация;

- лимфонодулит - лимфни възли с големина на лешник, в участъка до кожното възпаление.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи:

Анамнеза – начало на заболяването, поява на мехури или ерозии, наличие на придружаващи заболявания, прием на медикаменти или други провокиращи фактори.

Дерматологичен статус – характер и локализация на патологичните промени.

Общ статус.

Микробиологични изследвания.

Параклинични показатели – хематологични показатели.

2.6. Цитологично изследване – при необходимост.

Имунологични изследвания – при необходимост.

Етиологична терапия.

Оптималната антибиотична терапия е съобразена с антибиограмата на изолирания етиологичен агент.

Група
Пеницилини: - Биосинтетични пеницилини при стрептококова инфекция - Пеницилиназо-резистентни или протектирани широкоспектърни пеницилини при стафилококова инфекция
Цефалоспорини при стафилококови и смесени инфекции: - първо поколение - второ поколение - трето поколение
Карбапенеми при стафилококови и смесени инфекции
Метицилинрезистентни щамове
Мултирезистентен / оксацилин резистентен Стафилококус ауреус Гликопептиди
Макролиди при пеницилин – алергични пациенти
Добавена анаеробна инфекция
Противовирусни медикаменти

Патогенетична терапия.

Група
Антикоагуланти
Съдоукрепващи средства
Нестероидни противовъзпалителни средства
Кортикостероиди – на фона на антибактериални препарати
Витаминна терапия
Неспецифична стимулираща терапия Имунотерапия
Антиоксиданти
Хипербарна оксигенация

Локални средства.

Група
Разтвори и антисептици

Антибиотични кремове и унгвенти

Други.

Хирургични процедури: Хирургична инцизия и дренаж Хирургична ексцизия Електрокоагулация Лазерхирургия	Физиотерапия Ултрависокочестотна терапия Електрофореза Хидропроцедури Лазерна терапия

Д. Лечение на придружаващите заболявания.

Придружаващи заболявания	Лечение
Микози	Локални антимикотици
Заболявания на периферните съдове	Перорални съдоукрепващи и локални средства
Огнища на хронична стафилококова/ стрептококова инфекция	Саниране с: локален антибиотик Mupirocin и/или с локален антисептик Octenidin hydrochloride
Диабет	Диета със или без общи антидиабетни средства
Други	

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на клиничната картина и резултатите от микробиологичното изследване, динамиката на заболяването и повлияването от провежданото лечение.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:
- постигане на овладяване на локалните и общотоксични възпалителни прояви;
- контрол върху страничните действия на антибактериалните препарати.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Пиодермиите са остри възпалителни заболявания на кожата, причинени от бактерии. Появяват се бързо, може да прогресират и често налагат лечение в болница. При забавяне на лечението са възможни усложнения и прогресиране на заболяването.

Престоят в отделението ще продължи не по-малко от 7 дни. При наличие на усложнения болничния престой ще се наложи да бъде удължен.

Необходими са изследвания на кръвта и урината, микробиологични изследвания, както и други.

Лечението включва антибактериални и други средства, прилагани мускулно, венозно и през устата, както и локални лекарствени средства.

Еризипелът е остра неконтагиозна (незаразна) инфекция на кожата, причинена от стрептококи. Засяга предимно долните крайници, но не са редки локализации по горни крайници и лицето. Заболяването започва остро, със зачервяване, оток и болка на кожата, придружени от втрисане и повишена температура. Еризипелът може да рецидивира многократно и да доведе до остатъчни промени по кожата или засилване на наличния лимфедем, затова е необходимо упорито и системно съблюдаване на някои основни правила:

1. Лекувайте съпътстващите заболявания, като микоза, екзема, варикозна болест, посттромбофлебитен синдром, лимфо-венозна недостатъчност, диабет, хронични болести на ухото, гърлото, носа и други, тъй като предразполагат развитието на инфекцията.

2. Избягвайте травмите, изстудяването, претоплянето, преумората, влажността, защото провокират появата на еризипела.

3. Вашият общопрактикуващ лекар ще прецени налага ли се болнично лечение, а дерматолога – показано ли е провеждане на депо-пеницилинова профилактика и използване на допълнителни лечебни средства.

4. При оформяне на остатъчни промени от еризипел или засилване на наличния лимфедем, избягвайте прекалено застоялия живот, продължителното заседяване на стол със спуснати крака, продължителното неподвижно правостоене, които засилват отоците. Обратно, умерените активни движения, ежедневни разходки, утринна гимнастика, умерен туризъм, плуване, велосипед и други леки спортове подпомагат активно венозното и лимфооттичане. Свикнете да спите нощем и да почивате денем по 1-2 часа с повдигнати крака, като поставите под дюшека на леглото си широки възглавници или одеала, с постепенно намаляващ наклон към седалището.

Носете през целия ден добре стегнати еластични чорапи.

Избягвайте работа в топли и влажни помещения и всякакъв вид топли процедури върху оточния крайник, каквито често се препоръчват от лица, непознаващи заболяването.

Полезни са ежедневните масажи и краткотрайна лечебна физкултура.

Информация за пациента относно терапевтичната стратегия

Водещи в лечението на еризипелната инфекция са антибиотиците. В допълнение се използват медикаменти, които повлияват нарушенията, настъпили от еризипелното възпаление (неспецифични стимулиращи средства, кортикостероиди, съдовоукрепващи и антикоагулантни средства, витамини, нестероидни противовъзпалителни средства, дезинтоксикационни средства). Локалната терапия заема спомагателно положение в лечението на еризипела. През острия период се препоръчват антисептични компреси с калиев перманганат или компресол. Мазите, топлите процедури и компресите с риванол са абсолютно противопоказани. За предпазване от остатъчни прояви на еризипела и от усложнения се прилагат физиотерапевтични процедури, които се предписват след консултация с физиотерапевт. Намаляването броя на рецидивите е единствено възможният път за намаляване заболеваемостта от еризипел. Необходимо е лечение на входните врати, придружаващите заболявания, фокусите от стрептококов произход и избягване на провокиращите фактори.

Въведени са два етапа в профилактиката на рецидивите:

Първият етап е пълноценното лечение на еризипела в острия стадий, а вторият е въвеждането на депо-пеницилиновия препарат (ретарпен 2,4) извън острите прояви, по време на диспансерното наблюдение.

В профилактиката на еризипела голямо значение имат всички форми на здравна просвета. След изписване от стационара се дават трудови препоръки. Ако инфекцията протича на фона на лимфен едем с функционални нарушения, пациентите се насочват към ТЕЛК за оформяне на инвалидност.

Херпес зостер

Това е вирусно заболяване, причинено от Варицела зостер вирус. Най-често човек се заразява в млада възраст (при боледуване от варицела), след което остава т.нар. дремеща инфекция. При имунна недостатъчност (тежки заболявания, стрес и др.) болестта може да се активизира и протече с типична клинична картина. Засягат се определени кожни участъци, инервирани от даден нерв.

В началото е нарушена сетивността в този кожен участък, в последствие се появява зачервяване, чувство за парене, “мравучкане” и поява на ситни мехурчета. След спукване на мехурчетата се отделя бистра или кръвниста течност, богата на вируси. Да се избягват контакти с малки деца и хронично и тежкоболни хора.

След провеждане на своевременно и адекватно лечение с виростатици болестта преминава за 10-15 дни. При възрастните пациенти остават постзостерни сетивни нарушения, дори и с болка, които персистират с месеци.

КП № 94 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТЕЖКОПРОТИЧАЩИ ФОРМИ НА ПСОРИАЗИС - ОБИКНОВЕН, АРТРОПАТИЧЕН, ПУСТУЛОЗЕН И ЕРИТРОДЕРМИЧЕН

1.Минимален болничен престой – 7 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Псориазис

L40.0 **Псориазис вулгарис**
Нумуларен псориазис
Псориазис с плаки

L40.1 **Генерализиран пустулозен псориазис**
Импетиго херпетиформис
Болест на Von Zumbusch

L40.2 **Акродерматитис континуа**

L40.3 **Палмоплантарна пустулоза**

L40.4 **Гутатен псориазис**

L40.8 **Други видове псориазис**
Инвертен псориазис

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

402	**Биопсия на устна кухина или меко небце**
30075-23	Биопсия на устна кухина Биопсия на: • костно небце • устна • уста *Не включва*: такава на: • меко небце (30075-24 [402]) • увула (30075-24 [402])
1618	**Биопсия на кожа и подкожна тъкан**
30071-00	Биопсия на кожа и подкожна тъкан
1926	**Микробиологични изследвания**
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91935-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за култура и чувствителност
1927	**Морфологични изследвания**
91914-11	Хистобиопсично изследване на две или повече проби от кожа и /или кожни лезии

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп

• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

1609 Псоралени и терапия на кожа с ултравиолетова А светлинна [PUVA]

Фотохимиотерапия на кожа

14053-00 Псоралени и ултравиолетова А терапия на ръка

14053-01 Псоралени и ултравиолетова А терапия на крак

14053-02 Псоралени и ултравиолетова А терапия на ръка и крак

14050-00 Псоралени и ултравиолетова А терапия на друго място

Псорален и ултравиолетова А терапия:

• на цяло тяло

• на новородено

1610 Ултравиолетова В светлинна терапия на кожа [UVB]

Теснолентова ултравиолетова Б (UVB) фототерапия на кожа

Ултравиолетова Б фототерапия на кожа

14053-03 Ултравиолетова В терапия на ръка

Не включва: теснолентова UVB (14053-06 [1610])

14053-04 Ултравиолетова В терапия на крак

Не включва: теснолентова UVB (14053-07 [1610])

14053-05 Ултравиолетова В терапия на ръка и крак

Не включва: теснолентова (14053-08 [1610])

14050-01 Ултравиолетова В терапия на друго място

Ултравиолетова В терапия:

• на цяло тяло

• на новородено

Не включва: теснолентова UVB (14050-02 [1610])

14053-06 Теснолентова ултравиолетова В терапия на ръка

14053-07 Теснолентова ултравиолетова В терапия на крак

14053-08 Теснолентова ултравиолетова В терапия на ръка и крак

14050-02 Теснолентова ултравиолетова В терапия на друго място

Теснолентова ултравиолетова В терапия:

• на цяло тяло

• на новородено

1611 Друга фототерапия на кожа

90677-00 Друга фототерапия, кожа

Фототерапия на новородено БДУ

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури,** насочени към основната диагноза..

Основна процедура 92191-00/92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При хистологично доказана и потвърдена диагноза псориазис, клиничната пътека се счита за завършена при отразена една основна диагностична и две основни терапевтични процедури.

Резултатите от проведено хистологично изследване на пациента при предходна хоспитализация се признават, ако са с давност не по-голяма от 5 години.

С код **91914-11 за хистология**, да се отчита като диагностично значим резултата само от лечебно заведение, разполагащо с хистопатологична лаборатория, в която работи лекар - дерматолог с придобита специалност и сертификат по реда на чл. 182 от Закона за здравето от Българско Дерматологично Дружество - секция „Дерматопатология и имунохистопатология" за проведено следдипломно обучение за 6 месеца в клиника по кожни и венерически болести към УМБАЛ „Александровска" ЕАД, гр. София и положен изпит пред комисия по хистопатология и имунохистохимия към Българско Дерматологично Дружество.

Съгласно Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Пакет **Кожно – венерически болести** (Отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“, „Диагностика и лечение на еритродермии“, „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“, комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания и клинични пътеки „Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен“, „Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем“, „Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити“, „Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин“, „Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания“ и „Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания“).

Договор за КП или АПр от пакет за комплексно лечение на Кожно – венерически болести могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Кожни и венерически болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кожни и венерически болести".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кожно-венерически болести или Център по кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ)*
2. Клинична лаборатория II ниво **

*- Съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести", разкритите структури за стационарно лечение на болни с кожно-венерически заболявания към ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой, осъществяват своята дейност при спазване на изискванията на този стандарт за болнични структури II ниво на компетентност.

**- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория ири с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключев договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договорът задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по кожни и венерически болести.

За ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой се допуска осигуряване на дейността за клинична лаборатория по договор с лечебно заведение на територията на населеното място.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

ОАИЛ/КАИЛ – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Лаборатория по клинична патология (хистопатологична лаборатория) или Отделение по дерматохистопатология и имунохистохимия - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията при:

- Първоначално диагностично уточняване, определяне на терапевтично поведение и започване на лечение на псориазис, възникнал в детска възраст;

Диагностично уточняване и лечение на пациенти с псориазис и придружаващи хронични заболявания (диабет, сърдечно-съдови заболявания, метаболитен синдром, псориатичен артрит), влошаващи протичането на заболяването и налагащи лечение в стационарни условия в случаите на:

- засягане на повече от 30 % от кожната повърхност/Psoriasis Area Severity Index (PASI)>20.
- генерализиран пустулозен псориазис - Body Surface Area (BSA)>20.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи:

Анамнеза – начало на заболяването, поява на мехури или ерозии, наличие на придружаващи заболявания, прием на медикаменти или други провокиращи фактори.

Дерматологичен статус – характер и локализация на патологичните промени.

Общ статус.

Параклинични показатели - хематологични показатели.

Хистологично изследване.

Цитологично изследване – при необходимост.

Микробиологични изследвания – при необходимост.

Имунологични изследвания – при необходимост.

Препоръчително лечение при псориазис.

Цитостатици.

Ароматни ретиноиди.

Други.

Methotrexate - парентерално или перорално 1 път седмично в доза, в зависимост от индивидуалните особености на пациента, в продължение на няколко месеца.

Cyclosporin A - средна доза 2,5-5 мг /кг. тегло дневно в продължение на няколко месеца.

Hydroxyurea - 1,5гр. дневно за един месец, след това по 1гр.дн. за поддържащо лечение.

Ароматни ретиноиди до стациониране на заболяването, след това 10-25 мг. дневно за поддържащо лечение. Могат да се комбинират с PUVA, SUT, UVB лъчи.

Други:

Витамини

Антибиотици

Антиоксиданти

Психофармака

Липотропни фактори

Физиотерапия.

Група	
Изкуствена UV-радиация	Живачно-кварцова лампа
Селективна ултравиолетова терапия (SUT)	UVA и UVB - лъчи от 292 до 335 nm
Фотохимиотерапия (PUVA)	Фотосенсибилизатори (8 -Methoxypsoralen) и UVA - лъчи (365 nm)

Локални средства.

Индиферентни средства

Кератолични средства

Катрани

Кортикостероиди

Vit. D 3

Цитостатици

Ретиноиди

Производни на нефта

Йодни препарати

Растителни препарати

Лечебни шампоани

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на:

- клиничните данни;
- хистопатологичното изследване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- овладяване на острите прояви, достигане на морбистаза;
- контрол върху страничните действия от цитостатичното лечение и лечението с ароматни ретиноиди.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Обща информация

Псориазисът е често срещано кожно заболяване, което може да започне в по-ранна или по-късна възраст. Протичането му е хронично-рецидивиращо. Освен кожата могат да бъдат засегнати ставите и ноктите. Измененията се разполагат най-често по главата и крайниците. От вътрешните органи се наблюдават отклонения във функцията на черния дроб.

Особено важно за поставяне на диагнозата е хистопатологичното изследване. При него се взема биопсия от засегната кожа, която се обработва по специфичен начин и с помощта на светлинен микроскоп се наблюдават промените в кожата. При отклонения в изследванията на кръв и урина може да се назначи ехография на коремни органи и да се осъществи консултация с други специалисти (гастроентеролог).

Възможности за лечение и прогноза: зависят от формата на заболяването и индивидуалните особености на пациента. След овладяване на острите прояви се преминава към поддържащо лечение. Необходимо е периодично наблюдение на пациента от дерматолог. Спазването на определен диетичен режим не е необходимо. Важно е пациентите да се въздържат от употреба на алкохол, поради опасност от развитие на усложнения от страна на черния дроб. Да избягват механичните травми на кожата. Да не приемат лекарства без лекарско назначение, поради опасност от влошаване на псориазиса.

Терапия

Лечението е съобразено с формата на заболяването, областите от кожата, които са засегнати, индивидуалната поносимост на лекарствата и съпътстващите заболявания. Чрез периодично проследяване от специалист - дерматолог се решава с какви медикаменти и как да протече курса на лечение.

Пациентът ще бъде информиран от лекуващия лекар с какви медикаменти ще бъде лекуван и ще бъде разпитан за предшестваща алергия към тези медикаменти. По този начин ще се предотвратят нежелани лекарствени взаимодействия и странични ефекти.

Лекарят информира пациента за начина на приложение на лекарствата и за евентуалните странични ефекти от тяхното приложение. За редовното приемане на лекарствата се грижат лекуващата и дежурната медицинска сестра.

КП № 95 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРОВЪЗНИКНАЛИ И ТЕЖКОПРОТИЧАЩИ ЕРИТРОДЕРМИИ С ГЕНЕРАЛИЗИРАН ЕКЗАНТЕМ

1.Минимален болничен престой - 7 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Периферни и кожни Т-клетъчни лимфоми
Включва: морфологичен код М970 с код за характера на новообразуването /3

C84.0 Mycosis fungoides

Атопичен дерматит
Не включва: циркумскриптен невродерматит (L28.0)

L20.8 Други форми на атопичен дерматит
Екзема:
- на гънките, НКД
- в детска възраст (остра)(хронична)
- ендогенна (алергична)

Невродермит:
- атопичен
- дифузен

Себореен дерматит
Не включва: инфекциозен дерматит (L30.3)

L21.1 Себореен дерматит в детска възраст

Алергичен контактен дерматит
Включва: алергична контактна екзема
Не включва: алергия БДУ (Т78.4)
дерматит (от)(на):
- БДУ (L30.9)
- контактен БДУ (L25.9)
- пелени (L22)
- субстанции, приети вътрешно (L27.—)
- клепач (H01.1)
- иритативен контактен (L24.—)
- периорален (L71.0)

екзема на външното ухо (H60.5)
болести на кожата и подкожната тъкан, предизвикани от радиация (L55—L59)

L23.3 Алергичен контактен дерматит от лекарства при контакта им с кожата
При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).
Не включва: алергична реакция БДУ от лекарства (Т88.7)
дерматит от погълнати лекарствени средства (L27.0—L27.1)

L23.4 Алергичен контактен дерматит от бои

L23.5 Алергичен контактен дерматит от други химични средства
Цимент
Инсектициди
Пластмаса
Каучук

L23.7 Алергичен контактен дерматит от растения, с изключение на хранителни

Иритативен контактен дерматит

Включва: иритативна контактна екзема

Не включва: алергия БДУ (T78.4)
дерматит (от)(на):
- БДУ (L30.9)
- алергичен контактен (L23.—)
- контактен БДУ (L25.9)
- пелени (L22)
- вътрешно приети субстанции (L27.—)
- клепач (H01.1)
- периорален (L71.0)

екзема на външното ухо (H60.5)
болести на кожата и подкожната тъкан, предизвикани от радиация (L55—L59)

L24.4 Иритативен контактен дерматит от лекарствени средства при контакта им с кожата

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: алергична реакция БДУ от лекарства (T88.7)
дерматит, дължащ се на погълнати лекарства (L27.0—L27.1)

Дерматит от вътрешно приети субстанции

Не включва: неблагоприятно(-а):
- въздействие на лекарствени средства БДУ (T88.7)
- реакция към храна, с изключение на дерматит (T78.0—T78.1)

алергия БДУ (T78.4)
контактни дерматити (L23—L25)
лекарствена:
- фотоалергична реакция (L56.1)
- фототоксична реакция (L56.0)

уртикария (L50.—)

L27.0 Генерализиран кожен обрив от лекарства и медикаменти

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

L40.8 Други видове псориазис

Инвертен псориазис

Други папулосквамозни увреждания

L44.0 Питириазис рубра пиларис

Вродена ихтиоза

Не включва: болест на Refsum (G60.1)

Q80.0 Ихтиозис вулгарис

Q80.8 Други форми на вродена ихтиоза

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1618	**Биопсия на кожа и подкожна тъкан**
30071-00	Биопсия на кожа и подкожна тъкан
30072-00	Имунофлуоресценция на кожа Директна и индиректна имунофлуоресценция
1926	**Микробиологични изследвания**
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

91935-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за култура и чувствителност

1927 Морфологични изследвания

91914-11 Хистобиопсично изследване на две или повече проби от кожа и /или кожни лезии

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1920 Приложение на фармакотерапия риложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

1609 Псоралени и терапия на кожа с ултравиолетова А светлинна [PUVA]

Фотохимиотерапия на кожа

14053-00 Псоралени и ултравиолетова А терапия на ръка

14053-01 Псоралени и ултравиолетова А терапия на крак

14053-02 Псоралени и ултравиолетова А терапия на ръка и крак

14050-00 Псоралени и ултравиолетова А терапия на друго място
Псорален и ултравиолетова А терапия:
• на цяло тяло
• на новородено

1610 Ултравиолетова В светлинна терапия на кожа [UVB]

Теснолентова ултравиолетова Б (UVB) фототерапия на кожа
Ултравиолетова Б фототерапия на кожа

14053-03 Ултравиолетова В терапия на ръка
Не включва: теснолентова UVB (14053-06 [1610])

14053-04 Ултравиолетова В терапия на крак
Не включва: теснолентова UVB (14053-07 [1610])

14053-05 Ултравиолетова В терапия на ръка и крак
Не включва: теснолентова (14053-08 [1610])

14050-01 Ултравиолетова В терапия на друго място

	Ултравиолетова В терапия: • на цяло тяло • на новородено *Не включва*: теснолентова UVB (14050-02 [1610])
14053-06	Теснолентова ултравиолетова В терапия на ръка
14053-07	Теснолентова ултравиолетова В терапия на крак
14053-08	Теснолентова ултравиолетова В терапия на ръка и крак
14050-02	Теснолентова ултравиолетова В терапия на друго място Теснолентова ултравиолетова В терапия: • на цяло тяло • на новородено

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури,** насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00/92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

С код **91914-11 за хистология**, да се отчита като диагностично значим резултата само от лечебно заведение, разполагащо с хистопатологична лаборатория, в която работи лекар - дерматолог с придобита специалност и сертификат от Българско Дерматологично Дружество - секция „Дерматопатология и имунохистопатология" за проведено следдипломно обучение за 6 месеца в клиника по кожни и венерически болести към УМБАЛ „Александровска" ЕАД, гр. София и положен изпит пред комисия по хистопатология и имунохистохимия към Българско Дерматологично Дружество.

Забележка: При заболявания с кодове **L44.0, Q80.0, Q80.8** резултатите от проведено хистологично изследване на пациента при предходна хоспитализация се признават, ако са с давност не по-голяма от 5 (пет) години.

При заболяване с код **C84.0 Mycosis fungoides** резултатите от проведено хистологично изследване на пациента при предходна хоспитализация се признават, ако са с давност не по-голяма от 1 (една) година.

Хистологичното изследване е задължително само при първа хоспитализация при заболявания със следните кодове на диагнози: L20.8, L21.1, L23.3, L23.4, L23.5, L23.7, L24.4, L27.0.

Съгласно Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Пакет **Кожно – венерически болести** (Отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“, „Диагностика и лечение на еритродермии“, „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“, комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания и клинични пътеки „Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен“, „Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем“, „Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити“, „Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин“, „Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания“ и „Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания“).

Договор за КП или АПр от пакет за комплексно лечение на Кожно – венерически болести могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Кожни и венерически болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести". Изискванията за наличие на задължителни звена и апаратура са в съответствие с медицински стандарт „Кожни и венерически болести”.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кожно-венерически болести или Център по кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ)*
2. Клинична лаборатория II или III ниво**

*- Съгласно медицински стандарт “Кожни и венерически болести”, разкритите структури за стационарно лечение на болни с кожно-венерически заболявания към ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой, осъществяват своята дейност при спазване на изискванията на този стандарт за болнични структури от III ниво на компетентност.

**- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по кожни и венерически болести.
За ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой се допуска осигуряване на дейността за клинична лаборатория по договор с лечебно заведение на територията на населеното място.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Хистопатологична лаборатория (с възможност за имунофлуоресцентна диагностика)
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари с призната специалност по кожни и венерически болести - трима специалисти

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари с призната специалност по кожни и венерически болести - трима специалисти.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

ОАИЛ/КАИЛ – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Отделение по образна диагностика - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- островъзникнали състояния с генерализиран екзантем, засягащ и лицето или над 70 % от кожната повърхност;
- еритродермии с генерализиран екзантем и тежки придружаващи заболявания, затрудняващи лечението на заболяването и налагащи лечение в стационарни условия (лимфоми, диабет, сърдечно-съдови заболявания).

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи:

Анамнеза – остро или хронично протичане, начало на заболяването, прием на медикаменти или други провокиращи фактори.

Дерматологичен статус – характер и локализация на патологичните промени.

Общ статус.

Параклинични показатели - хематологични показатели.

Хистологично изследване.

Имунологични изследвания – при необходимост.

Микробиологични изследвания – при необходимост.

ЛЕЧЕНИЕ

ГРУПИ:

Кортикостероиди.

Имуносупресори.

Средства, възстановяващи водно-електролитния и белтъчен баланс.

Антибиотици.

Антимикотици.

Системните глюкокортикостероиди са медикаменти от първа линия в терапията на еритродермиите. Дозата на кортикостероида се определя от клиничното състояние (от дерматологичния статус - поразена кожна повърхност, наличие на импетигинизация и придружаващи заболявания), от лабораторните изследвания.

Цитостатици с имуносупресивни свойства – прилагат се рядко самостоятелно и по - често в съчетание с глюкокортикостероиди.

Индикации за приложението им са:

- възрастни пациенти, при които кортикостероидната терапия е контраиндицирана (диабет, хипертония, катаракта, язва на стомаха, остеопороза и др.);
- болни, резистентни на терапия с високи дози кортикостероиди;
- болни, които не понасят поддържаща кортикостероидна терапия и др.

ЛОКАЛНИ СРЕДСТВА:

Антисептици.

Кортикостероиди.

Антибиотици.

Емолиенти.

ФИЗИОТЕРАПИЯ:

Селективна ултравиолетова терапия (SUT)

Фотохимиотерапия (PUVA)

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на:

- клиничните данни;
- хистопатологичното изследване;
- данни от директната имунофлуоресценция.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- овладяване на острите прояви, достигане на морбистаза;
- контрол върху страничните действия от цитостатичното лечение и лечението с кортикостероиди.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Под понятието еритродермия се разбира възпалителен процес на цялата кожна повърхност, изразен с дифузно зачервяване, инфилтрация и залющване, с често засягане на кожните придатъци – косми и нокти, а понякога и на други органи.

Какъв е механизмът по който се уврежда кожата?

За възникването на еритродермиите са от значение различни фактори: наследствена обусловеност (ихтиозис вулгарис и др.), инфекциозни агенти (вируси, бактерии, кандида и др.), токсични и алергични фактори (медикаменти, химикали), заболявания на вътрешните органи (имунопатии, карциноми, болести на недохранването), хематологични заболявания, при генерализиране на някои дерматози (псориазис, екзема, пемфигус фолиацеус, лихен рубер планус, питириазис рубра пиларис). Общите симптоми се обуславят от универсалното възпаление на кожата и смутеното вроговяване. При хроничните еритродермии може да се стигне и до хипотермия, в резултат на което се повишава обмяната на веществата. Обилното залющване на кожата води до загуба на протеини, което може да достигне до 10 g/m2 кожна повърхност дневно. Смутената кератинизация се отразява и на космите и ноктите, поради което се развива дифузно разреждане на косата и дистрофични промени на ноктите. Хроничното протичане на някои еритродермии може да доведе до имунен дефицит, което е предпоставка за чести общи инфекции.

Клиничната картина. Еритродермиите са характерни за по-напредналата възраст (с изключение на генетично обусловените, които започват обикновено от ранна детска възраст). Цялата кожа е обхваната от дифузен възпалителен процес, който се изразява със зачервяване, инфилтрация и залющване. Мъжете боледуват два пъти по-често от жените. Голяма част от болните имат сърбеж, който е особено силно изразен при генерализираните екземи. При някои еритродермии може да има увеличение на лимфните възли, а понякога на черния дроб и далака. Повечето еритродермии протичат хронично, с изключение на токсоалергичните, предизвикани от някои медикаменти.

За изясняване на етиологията и патогенезата на еритродермиите е необходима подробна анамнеза, подробен дерматологичен и общ статус. Основно диагностично значение има кожната и лигавична биопсия. Диагностичният процес често налага директната (ДИФ) имунофлуоресценция с оглед уточняване на диагнозата и ефективността от приложеното лечение.

Правилно поставената диагноза и адекватното и навременно лечение имат важно значение за овладяване на заболяването.

Лечението на повечето еритродермии включва локални и системни кортикостероиди; цитостатици. Фотохимиотерапия; ароматни ретиноиди при генетично обусловени еритродермии; антихистамини – при еритродермии в резултат на генерализирани екземи и от медикаменти; антибиотици при еритродермии от инфекциозен произход. Витамини, поливитамини с микрооелементи.

КП № 96 ЛЕЧЕНИЕ НА КОЖНИ ПРОЯВИ ПРИ СЪЕДИНИТЕЛНО-ТЪКАННИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И ВАСКУЛИТИ

1. МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ – 7 ДНИ

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Лупус еритематодес

Не включва: лупус:
- екзеденс (A18.4)
- вулгарис (A18.4)

склеродермия (M34.—)
системен лупус еритематодес (M32.—)

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало увреждане, се използва допълнителен код за външна причина (клас XX).

L93.1 Субакутен кожен лупус еритематодес

L93.2 Други форми на кожен лупус еритематодес

Лупус:
- еритематодес профундус
- паникулит

Кожен васкулит, некласифициран другаде

Не включва: ангиома серпигинозум (L81.7)
анафилактоидна пурпура на Henoch(-Schönlein) (D69.0)
хиперсензитивен ангиит (M31.0)
паникулит (при)(на):
- БДУ (M79.3)
- лупус (L93.2)
- шията и гърба (M54.0)
- рецидивиращ (Weber-Christian) (M35.6)

полиартериитис нодоза (M30.0)
ревматоиден васкулит (M05.2)
серумна болест (T80.6)
уртикария (L50.—)
грануломатоза на Wegener (M31.3)

L95.8 Други кожни васкулити

Други болести на кожата и подкожната тъкан, некласифицирани другаде

L98.2 Фебрилна неутрофилна дерматоза [Sweet]

L98.3 Еозинофилен целулит [Wells]

Дерматополимиозит

M33.1 Други дерматомиозити

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

402	**Биопсия на устна кухина или меко небце**
30075-23	Биопсия на устна кухина Биопсия на: • костно небце • устна • уста *Не включва*: такава на: • меко небце (30075-24 [402]) • увула (30075-24 [402])
1618	**Биопсия на кожа и подкожна тъкан**
30071-00	Биопсия на кожа и подкожна тъкан
30072-00	Имунофлуоресценция на кожа Директна и индиректна имунофлуоресценция
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
1926	**Микробиологични изследвания**
91935-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за култура и чувствителност
1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
1924	**Биохимични изследвания**
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
1930	**Имунологични изследвания**
при необходимост:	
91923-00	Определяне на криоглобулин
при необходимост:	
91923-01	Определяне на общи имуноглобулини IgM
при необходимост:	
91923-02	Определяне на общи имуноглобулини IgG
при необходимост:	
91923-03	Определяне на общи имуноглобулини IgA
при необходимост:	
91923-04	Определяне на С3 компонент на комплемента
при необходимост:	
91923-05	Определяне на С4 компонент на комплемента

при необходимост:

91924-01 Определяне на антинуклеарни антитела в серум

1927 Морфологични изследвания

91914-11 Хистобиопсично изследване на две или повече проби от кожа и /или кожни лезии

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент *Кодирай също когато е направена:* • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури,** насочени към основната диагноза.

Диагностична процедура „Изследване на кръв“ задължително включва следните кодове: **91910-04; 91910-12; 91910-13; 91910-26; 91910-27.**

Основна процедура **92191-00/92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

С код **91914-11 за хистология**, да се отчита като диагностично значим резултата само от лечебно заведение, разполагащо с хистопатологична лаборатория, в която работи лекар - дерматолог с придобита специалност и сертификат от Българско Дерматологично Дружество - секция „Дерматопатология и имунохистопатология" за проведено следдипломно обучение за 6 месеца в клиника по кожни и венерически болести към УМБАЛ „Александровска" ЕАД, гр. София и положен изпит пред комисия по хистопатология и имунохистохимия към Българско Дерматологично Дружество.

Без извършена биопсия клиничната пътека не може да бъде отчетена! Резултатите от проведена биопсия и хистологично изследване на пациента при предходна хоспитализация се признават, ако са с давност не по-голяма от 5 години.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923, 1924 и 1930 – се извършват и кодират задължителните, както и необходимите кодове по преценка от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Съгласно Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Пакет **Кожно – венерически болести** (Отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“, „Диагностика и лечение на еритродермии“, „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“, комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания и клинични пътеки „Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен“, „Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем“, „Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити“, „Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин“, „Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания“ и „Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания“).

Договор за КП или АПр от пакет за комплексно лечение на Кожно – венерически болести могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Кожни и венерически болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кожни и венерически болести”.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Дерматовенерологична клиника/отделение или Център по кожно-венерически заболявания (ЦКВЗ)*

2. Клинична лаборатория II ниво **

*- Съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести", разкритите структури за стационарно лечение на болни с кожно-венерически заболявания към ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой, осъществяват своята дейност при спазване на изискванията на този стандарт за болнични структури II ниво на компетентност.

**- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория ири с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключев договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договорът задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по кожни и венерически болести.
За ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой се допуска осигуряване на дейността за клинична лаборатория по договор с лечебно заведение на територията на населеното място.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

ОАИЛ/КАИЛ – допуска се осигуряване на дейността по договор с друго ЛЗ.

Кардиологично отделение - допуска се осигуряване на дейността по договор с друго ЛЗ.

Отделение по образна диагностика - допуска се осигуряване на дейността по договор с друго ЛЗ.

Лаборатория по клинична патология (хистопатологична лаборатория) или Отделение по дерматохистопатология и имунохистохимия – допуска се осигуряване на дейността по договор с друго ЛЗ.

Имунологична лаборатория (лаборатория по имунофлуоресцентна диагностика) - допуска се осигуряване на дейността по договор с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

- тежки дисеминирани форми на кожни прояви при съединително-тъканни заболявания и васкулити.
- фебрилна неутрофилна дерматоза (Sweet);
- еозинофилен целулит (Wells).
- пациенти със заболявания на съединителната тъкан и васкулити по заболявания с посочените кодове, провеждащи амбулаторно лечение без задоволителен терапевтичен ефект.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи:

Анамнеза – начало на заболяването, поява на мехури или ерозии, наличие на придружаващи заболявания, прием на медикаменти или други провокиращи фактори.

Дерматологичен статус – характер и локализация на патологичните промени.

Общ статус.

Параклинични показатели - хематологични показатели.

Хистологично изследване.

Цитологично изследване – при необходимост.

Микробиологични изследвания – при необходимост

Имунофлуоресценция – при необходимост.

Имунологични изследвания – при необходимост.

ПРЕПОРЪЧИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ

ГРУПИ:

Кортикостероиди.

Имуносупресори.

Средства, възстановяващи водно-електролитния и и белтъчен баланс.

Антибиотици. Антимикотици.

Системни антималарийни средства.

Системни глюкокортикостероиди. Дозата на кортикостероида се определя от клиничното състояние (от дерматологичния статус - поразена кожна повърхност, наличие на придружаващи заболявания), от лабораторните изследвания.

Цитостатици с имуносупресивни свойства – приложението им се определя от клиничното състояние и ефекта от лечението.

Индикации за приложението им са:

- възрастни пациенти, при които кортикостероидната терапия е контраиндицирана (диабет, хипертония, катаракта, язва на стомаха, остеопороза и др.);
- болни, резистентни на терапия с високи дози кортикостероиди;
- болни, които не понасят поддържаща кортикостероидна терапия и др.

ЛОКАЛНИ СРЕДСТВА:

Антисептици.

Кортикостероиди.

Антибиотици.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на клиничните, хистологичните и имунологичните данни.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- достигане на морбистаза;
- контрол върху страничните действия от цитостатичното лечение и лечението с кортикостероиди.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ЛУПУС ЕРИТЕМАТОДЕС

Определение: Заболяване, дължащо се на автоимунни механизми, което засяга един или няколко вътрешни органи, имащо чести кожни прояви и протичащо остро и хронично.

Според хода на развитие различаваме: *хроничен кожен, субакутен кожен и системен лупус еритематодес.*

Клинична картина: отделните форми имат свои характерни клинични особености, но като цяло заболяването се характеризира със следните симптоми: изразена фоточувствителност, червеникави добре обособени петна, зарастващи с хипер- или хипопигментни периферни зони и атрофичен център и разположени предимно по местата изложени на директна слънчева светлина – скалп, чело, бузи, уши, нос, горна устна, брадичка и др. Понякога е възможно развитие на цикатрициална алопеция. Други срещани кожни изменения са наличие на еритемни папули (пъпки), възелчета по лицето и горните части на тялото, големи петна, често сливащи се по между си. Освен изброените по-горе, към кожните лезии при системния лупус еритематодес спада и пеперудо-подобния обрив по лицето, булозни лезии и промени в нокътното ложе. Засягането на вътрешните органи включва увреда на кръвоносните съдове, артрит, серозит, бъбречни изменения, неврологични, хематологични и имунологични нарушения.

Диагноза: Клиничният подход при поставяне на диагнозата включва: кожна биопсия, директна имунофлуоресценция, параклинични изследвания и прилагане на критериите на ACR за изключване систематизация на процеса.

Лечение: Най-често прилаганите групи медикаменти са антималарици, нестероидни противовъзпалителни средства, кортикостероиди (локални и системни), циклоспорин, метотрексат, фотопротектори и др.

КОЖНИ ВАСКУЛИТИ

Определение: Възпалителни заболявания на венулите в дермата, протичащи с отлагане на имунокомплекси и развитие на фибриноидна некроза.

Клинична картина: основна характеристика на васкулитите (левкоцитоклазичните) е пурпурата, която много често може да бъде опипана (палпирана) т.е. палпируема пурпура. Най-честите места на поява са – краката (100%), ръце (15%), лигавици (15%), ушна мида (10%) и конюнктиви (5%). Кожните изменения най-често са: пурпура (99%), папули (40%), язви (30%), пустули (20%), уртики (10%), подкожни възли (10%), ливедо (<5%) и др.

Диагноза: от изключително значение за поставяне на диагнозата е кожната биопсия. Директната имунофлуоресценция в някои случаи показва отлагания от IgA в съдовата стена.

Лечение: кортикостероиди в средно високи дози, дапсон или колхицин. Локално емолиенти, антибиотици, епителизиращи средства в случай на язви.

ФЕБРИЛНА НЕУТРОФИЛНА ДЕРМАТОЗА [SWEET]

Определение: Остро започващо заболяване, протичащо с температура, левкоцитоза и поява на сочни зачервени плаки по кожата.

Клинична картина: често се среща предшестваща отпадналост и болки в ставите. Плаките са големи 10-15см. в диаметър с неправилна форма, понякога с пустули по повърхността си. Засягане на устата се среща в около 20% от случаите.

Диагноза: поставя се най-вече от клиничната картина, хистологичното изследване и анамнеза за подлежащо туморно заболяване или употреба на медикаменти.

Лечение: умерени дози кортикостероиди 2- 3 седмици. В случаи на рецидив е уместно включването на метотрексат, клофазимин или талидомид.

ЕОЗИНОФИЛЕН ЦЕЛУЛИТ [WELLS]

Определение: Заболяване, характеризиращо се с рецидивиращи подувания на определени участъци от кожата.

Клинична картина: след предхождащ период на чувство за парене и сърбеж, се появяват изменения, започващи със зачервяване и подуване, които в рамките на няколко дни се обособяват като големи добре инфилтрирани плаки с виолетов цвят, по повърхността на които могат да се образуват и були. Измененията персистират от дни до няколко седмици и в последствие избледняват.

Диагноза: на хистологичния препарат се забелязват т.н. “flame figures” – аморфна маса от еозинофилен материал в дермата. Наличието на еозинофили в инфилтрата се потвърждава и от имунофлуоресцентното изследване.

Лечение: локални кортикостероиди, емолиенти

ДЕРМАТОПОЛИМИОЗИТ

Определение: Разнородна група от заболявания, характеризираща се със загуба на мускулна сила в следствие на автоимунен процес и наличие на кожни изменения.

Клинична картина: болка и слабост в мускулите предимно на раменния пояс и таза. Често началните фази на заболяването се свързват с повишена температура и болки в мускулите. Кожни изменения се срещат в 80 -100% и са представени от виолетов оток на клепачите и около очите, папули по интерфалангеалните стави, еритемни петна и плаки по челото, раменете, врата, феномен на Рейно. Като други симптоми могат да се споменат артрит, язви в устата, калцификати, симптоми от страна на белите дробове, сърцето и гастроинтестиналния тракт.

Диагноза: електромиография, ядрено-магнитен резонанс, мускулна биопсия, лабораторни изследвания – ASAT, ALAT, LDH и имунологични показатели.

Лечение: кортикостероиди в различни схеми и режими, метотрексат, циклоспорин, интравенозни имуноглобулини, антималарици, търсене на подлежаща неоплазия.

КП № 97 ЛЕЧЕНИЕ НА СИФИЛИС ПРИ БРЕМЕННИ ЖЕНИ И ПРИ МАЛИГНЕНИ ФОРМИ (НА ВТОРИЧЕН И ТРЕТИЧЕН СИФИЛИС) С КРИСТАЛЕН ПЕНИЦИЛИН

1.Минимален болничен престой – **5 дни**

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вроден сифилис

A50.0 **Ранен вроден сифилис със симптоми**
Всяко вродено състояние на сифилис, уточнено като ранно или проявило се до двегодишна възраст
Ранен вроден сифилис:
- на кожата
- на кожата и лигавиците
- висцерален

Ранен вроден сифилитичен(-на):
- ларингит
- офталмопатия
- остеохондропатия
- фарингит
- пневмония
- ринит

A50.1 **Ранен вроден латентен сифилис**
Вроден сифилис, без клинична изява, с положителна серологична реакция и отрицателен тест на гръбначно-мозъчната течност до двегодишна възраст

Болест, предизвикана от вируса на човешкия имунодефицит [HIV], проявяваща се като инфекциозни и паразитни болести
Не включва: остър HIV инфекциозен синдром (B23.0)

B20.1 **Болест, предизвикана от HIV, с прояви на други бактериални инфекции**

Инфекциозни и паразитни болести на майката, класифицирани другаде, но усложняващи бременността, раждането и послеродовия период
Включва: изброените състояния, които усложняват бременността, задълбочават се от бременността или изискват акушерска помощ

При необходимост от идентифициране на конкретното състояние се използва допълнителен код (клас I).

Не включва: асимптоматично носителство на HIV-вирус (Z21)
болест, предизвикана от вируса на човешкия имунодефицит [HIV] (B20—B24)
лабораторно потвърждаване на носителство на HIV-вирус (R75)
акушерски тетанус (A34)
послеродов(-а):
- инфекция (O86.—)
- сепсис (O.85)

медицински грижи за майката поради болест, за която се предполага или със сигурност уврежда плода (O35—O36)

O98.1 **Сифилис, усложняващ бременността, раждането или послеродовия период**
Състояния, класифицирани в рубрики A50—A53

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1929 Вирусологични изследвания

91913-00 Серологично изследване на кръв за Васерман

91913-02 Серологично изследване за сифилис

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп

	• венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени една основна диагностична и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура **92191-00/92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Процедура с код 91913-00, 91913-02 включва минимум две изследвания – за ранен и за късен сифилис.

Съгласно Наредба № 9 от 10 декември 2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Пакет **Кожно – венерически болести** (Отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“, „Диагностика и лечение на еритродермии“, „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“, комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания и клинични пътеки „Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен“, „Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем“, „Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити“, „Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин“, „Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания“ и „Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания“).

Договор за КП или АПр от пакет за комплексно лечение на Кожно – венерически болести могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Кожни и венерически болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Кожни и венерически болести".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кожни и венерически болести или Център по кожно-венерически заболявания по кожни заболявания (ЦКВЗ)*
2. Клинична лаборатория II ниво **

*- Съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести", разкритите структури за стационарно лечение на болни с кожно-венерически заболявания към ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой, осъществяват своята дейност при спазване на изискванията на този стандарт за болнични структури II ниво на компетентност.

**- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория ири с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключев договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договорът задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по кожни и венерически болести.

За ЦКВЗ с легла за диагностичен и терапевтичен престой се допуска осигуряване на дейността за клинична лаборатория по договор с лечебно заведение на територията на населеното място.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари с призната специалност по кожни и венерически болести.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на:

- бременни жени с данни за сифилис;
- малигнени форми на сифилис (вроден сифилис), налагащи лечение с кристален пеницилин;
- пациенти с положителни серологични проби за сифилис при HIV - болни.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични методи:

Анамнеза – начало на заболяването, поява на мехури или ерозии, наличие на придружаващи заболявания, прием на медикаменти или други провокиращи фактори.

Дерматологичен статус – характер и локализация на патологичните промени.

Общ статус.

Параклинични показатели - хематологични показатели.

Серологични изследвания.

Хистологично изследване – при необходимост.

ЕТИОЛОГИЧНА ТЕРАПИЯ

Пеницилини:

Биосинтетични пеницилини.

Пеницилиназо-резистентни или протектирани широкоспектърни пеницилини.

Benzylpenicillin – прилага с в схема 4 пъти по 2 млн. единици и.в. или и.м. Дозировката се прецизира съобразно тежестта на инфекцията.

Макролиди, тетрациклини: при пеницилин - алергични пациенти.

Други антибиотици – при показания.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се въз основа на:

- серологичните (VDRL – количествен и качествен тест, ELISA, TPHA) и клиничната картина (за различните стадии).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:
- овладяване на клиничните прояви (при налични такива);

- завършване на пълен курс на лечение.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

СИФИЛИС

Сифилисът е системно хронично заболяване,което се причинява от Treponema pallidum, протича в определени стадии и се предава предимно по полов път или друг интимен контакт, а също от болната майка на плода или по време на раждане. Заразяванията без сексуален контакт са редки и могат да настъпят при употреба на замърсени предмети, кръвопреливане и др. Основни причини за разпространение на болестта са промискуитетът, проституцията, миграцията и липсата на страх от болестта поради успешното й лечение. Благодарение на въведените скринингови изследвания броят на децата с вроден сифилис в развитите страни е сведен до минимум, а преливането на заразена кръв е почти невъзможно.

Не съществува имунитет след преболедуване от сифилис, т.е след излекуване човек може да се реинфектира.

Сифилисът протича в 3 клинични стадия. От момента на заразяване до появата на първите клинични белези (инкубационен период) минават около 3-4 седмици, средно 26 дни. На мястото на навлизане на бактериите в организма (полови органи, видими лигавици, кожа с нарушена цялост и др.) се образува характерна, неболезнена язва – кръгла, с червено дъно и твърда на допир. Няколко (5-8) дни след това се увеличават регионалните лимфни възли. При нелекувана инфекция след 4-6 месеца настъпва втория период на болестта - увеличение на периферните лимфни възли, обрив по тяло и крайници, засягане на лигавиците, главоболие, загуба на апетит, световъртеж, болки по мускули и крайници, температура под 38 С (главно вечер). Кожните и лигавичните прояви по време на втория период са разнообразни и могат да имитират много други болести. Третият стадий на болестта при нелекувана или недобре лекувана инфекция настъпва 3-10 години след началото на инфекцията и се представя с дискретен кожен обрив, кожни възли, засягане на кости, стави, вътрешни органи – сърце, бял дроб, черен дроб, нервна система и др.

Вроден сифилис. В България е прието всяка боледувала някога от сифилис жена да бъде лекувана по време на следващите си бременности. В зависимост от времето на заразяване на плода се различават и клиничните изяви - колкото инфекцията е по - прясна, толкова по-тежки са увреждания на плода.

Диагнозата се поставя по наличие на антитела към причинителя в серума на болен. Използват се неспецифични (VDRL, реакция на Wasserman и др.) и специфични реакции. Прието е серологичният скрининг да се провежда с две реакции – VDRL и TPHA, с което може да се установи както прясна, така и минала, дори лекувана инфекция. Серологичните реакции имат важно значение за установяване на вродения сифилис и за да не се пропусне такъв случай е задължително изследването на кръв от пъпната връв, взета веднага при раждането. С цел да се избегнат случаите на вроден сифилис, у нас и в повечето развити страни, е прието всички бременни жени да се изследват два пъти по време на бременността - през първите и последните 3 месеца.

Съвременното лечение на сифилиса се провежда с пеницилинови препарати (кристален пеницилин) в болнични условия, като при бременни жени, новородени и болни със засегната нервна система въвеждането на антибиотика е интравенозно.

КП № 98 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРО ПРОТИЧАЩИ ЧРЕВНИ ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ С ДИАРИЧЕН СИНДРОМ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

А. При лица над 18 години

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Тиф и паратиф

A01.0 Коремен тиф
Инфекция, предизвикана от *Salmonella typhi*

A01.1 Паратиф A

A01.2 Паратиф B

A01.3 Паратиф C

A01.4 Паратиф, неуточнен
Инфекция, предизвикана от *Salmonella paratyphi* БДУ

Други салмонелозни инфекции

Включва: инфекция (или хранително отравяне), предизвикана от *Salmonella* от всеки серотип, различен от *S. typhi* и *S. Paratyphi*

A02.0 Салмонелозен ентерит
Салмонелоза

Шигелоза

A03.0 Шигелоза, предизвикана от *Shigella dysenteriae*
Шигелоза група A [дизентерия Shiga-Kruse]

A03.1 Шигелоза, предизвикана от *Shigella flexneri*
Шигелоза група B

A03.2 Шигелоза, предизвикана от *Shigella boydii*
Шигелоза група C

A03.3 Шигелоза, предизвикана от *Shigella sonnei*
Шигелоза група D

Други бактериални чревни инфекции

Не включва: бактериални хранителни отравяния (A05.—)
туберкулозен ентерит (A18.3)

A04.0 Ентеропатогенна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*

A04.1 Ентеротоксигенна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*

A04.2 Ентероинвазивна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*

A04.3 Ентерохеморагична инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*

A04.4 Други чревни инфекции, предизвикани от *Escherichia coli*
Ентерит, предизвикан от *Escherichia coli* БДУ

A04.5 Ентерит, предизвикан от *Campylobacter*

A04.6 Ентерит, предизвикан от *Yersinia enterocolitica*

Не включва: екстраинтестинална иерсиниоза (A28.2)

A04.7 Ентероколит, предизвикан от *Clostridium difficile*

A04.8 Други уточнени бактериални чревни инфекции

A04.9 Бактериална чревна инфекция, неуточнена
Бактериален ентерит БДУ

Други бактериални хранителни отравяния

Не включва: инфекция, предизвикана от *Escherichia coli* (A04.0—A04.4)
листериоза (A32.—)
салмонелозно хранително отравяне и инфекция (A02.—)
токсично действие на отровни хранителни продукти (T61—T62)

A05.0 Стафилококово хранително отравяне

A05.1 Ботулизъм
Класическо хранително отравяне, предизвикано от *Clostridium botulinum*
A05.2 Хранително отравяне, предизвикано от *Clostridium perfringens* [*Clostridium welchii*]
Некротичен ентерит
Pig-bel
A05.3 Хранително отравяне, предизвикано от *Vibrio parahaemolyticus*
A05.4 Хранително отравяне, предизвикано от *Bacillus cereus*
A05.8 Други уточнени бактериални хранителни отравяния
A05.9 Бактериално хранително отравяне, неуточнено

Вирусни и други уточнени чревни инфекции
Не включва: грип с включване на стомашно-чревния тракт (J10.8, J11.8)
A08.0 Ротавирусен ентерит
A08.1 Остра гастроентеропатия, предизвикана от Norwalk вирус
Small round structured virus enteritis
A08.2 Аденовирусен ентерит
A08.3 Други вирусни ентерити
A08.4 Вирусна чревна инфекция, неуточнена
Вирусен(-на):
- ентерит БДУ
- гастроентерит БДУ
- гастроентеропатия БДУ

Бруцелоза
Включва: треска:
- малтийска
- средиземноморска
- ундулираща

A23.0 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella melitensis*
A23.1 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella abortus*
A23.2 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella suis*
A23.3 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella canis*
A23.8 Други форми на бруцелоза

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия – по преценка на лекуващия лекар
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на pH на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина– по преценка на лекуващия лекар
91920-17	Изследване за нитрити в урината – по преценка на лекуващия лекар
1926 Микробиологични изследвания	
91937-01	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91919-05	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура и чувствителност
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

по преценка

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1929 Вирусологични изследвания

91911-19 Други вирусологични изследвания
91922-00 Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
91922-01 Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни (IgM, IgG)
91922-02 Серологично изследване на IgM антитела за морбили при бременни
91922-03 Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен А вирус
91922-04 Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус
91922-05 Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела и HBeAg на хепатитен В вирус
91922-06 Серологично изследване на антитела срещу хепатит С вирус
Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серо-) типизиране за хроничен хепатит С
Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С
91923-10 Изследване за Chlamydia

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])

	• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент *Виж допълнителни знаци* Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум **три основни диагностични процедури** /и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

1. При III –та степен на дехидратация, КП се отчита с: КАС, ПКК и микробиология: Едната задължително включва медико-диагностични изследвания, посочени в блок **1923** „Хематологични изследвания“ (91910-04); Втората процедура са медико-диагностични изследвания от блок **1858** (13311-00); блок **1924** (91910-41) и третата процедура е един от кодовете в блок **1926** (91937-01 или 91937-02 или 91919-05)

2. При друга степен на дехидратация, КП се отчита с ПКК и микробиология.

Едната задължително включва медико-диагностични изследвания, посочени в блок **1923** „Хематологични изследвания“, втората процедура е един от кодовете в блок **1926** (91937-01 или 91937-02 или 91919-05). Третата процедура е код по преценка.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" - за лечението на болни със следните кодове на болести по МКБ-10: A01.0; A01.1; A01.2; A01.3; A01.4; A05.1; A05.2; A23.0; A23.1; A23.2; A23.3 и A23.8. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по инфекциозни болести
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
2. Клинична патология – на територията на областта
3. Микробиологична лаборатория- на територията на областта

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

- един лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с чревни инфекциозни заболявания при:

- клинични и параклинични данни за дехидратация II и III степен;
- влошаване на състоянието при проведено амбулаторното лечение или при установен етиологичен причинител;
- клинични и епидемиологични данни за инфекциозна диария при невъзможност за доказване на етиологичния агент;
- хемоколит при установен етиологичен причинител;

- наличие на проблемни хронични заболявания и състояния при установен етиологичен причинител (диабет, ССН, ХБН, кахексия, хронични хепатопатии, хеморагии, неоплазми, колагенози, дебилност, вродени или придобити имунодефицитни състояния).

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за фекална проба се извършва до 24 часа от началото на хоспитализацията. Вземане на биологичен материал за всички останали изследвания се извършва до края на болничния престой. Контролни медико-диагностични изследвания се извършват до края на болничния престой.

Клинични критерии за I, II и III степен на дехидратация

При I-ва степен (дефицит на течност до 5% от наличното тегло) общото състояние е незначително увредено, болните имат жажда, устната лигавица е суховата, кожата е с леко намален тургур и еластичност – хоспитализират се само пациенти с тежки придружаващи заболявания

При II-ра степен (дефицит на течности от 5 до 10% от тегло) – кожата е бледа или бледосива, с намален тургур и еластичност. Лицето е с изострени черти, подкръжени очи, фонтанелата е под нивото на черепните кости, езикът е сух, гласът е дрезгав и слаб. Болните са с крампи на прасците, възбудени, неспокойни, но по-често сънливи, унесени, с тахикардия, хипотония, лошо напълнен периферен пулс и олигурия.

При III-та степен (дефицит на течности над 10% от теглото) болните са с фиксиран поглед в прострация или ступор. Кожата е суха, студена и марморирана с рязко намален тургур и еластичност, корнеите са сухи, гласът – афоничен, пулсът е мек, филиформен, едва доловим, а артериалното налягане е с ниски стойности до невъзможност да бъде измерено. Болните са с хипотермия и анурия - картина на хиповолемичен шок.

Индикации за провеждане на лечение в интензивна структура на инфекциозно отделение/клиника:

- шок;
- остра бъбречна недостатъчност;
- некомпенсирана метаболитна ацидоза при BE<-10, pH < 7.2;
- температура 36º C < t >39º C;
- серумен натрий - под 120 или над 150 mmol/l;
- серумен калий - под 3 или над 6 mmol/l;
- симптоми от страна на ЦНС;
- чревна пареза или парализа;
- дисеминирана интравазална коагулопатия;
- данни за извънчревна локализация на болестния процес - сепсис, септичен артрит, менингит, мезаденит;
- придружаващи тежки заболявания.

ПРИНЦИПИ ЗА ТЕРАПИЯ НА ОСТРИ ИНФЕКЦИОЗНИ ДИАРИИ

Лечението на пациенти с остри инфекциозни диарии започва веднага след хоспитализацията. Патогенетичната, рехидратираща терапия започва незабавно, а етиологичната – след вземане на материали за микробиологично изследване.

1) Патогенетичната терапия е задължителна, а в много случаи и животоспасяваща. При състояние на хиповолемичен шок е с неотложна спешност.

2) Симптоматична терапия - лекарствени средства, регулиращи равновесието на чревната микрофлора (пробиотици); антидиарийни антисекреторни средства; спазмолитици и антипиретици.

3) Диетична терапия – сухар, обикновени бисквити, солети, ориз, печени ябълки. При овладяване на диарийния синдром преминаване към обичайното хранене.

4) Етиологична терапия.

Оптималната антибиотична терапия е съобразена с антибиограмата на изолирания етиологичен агент. Това изисква технологично време 48-72ч. (изчакване резултатите от копрокултурата и антибиограма на изолата), а и преобладаващата част от бактериалните ентероколити остават етиологично неразшифровани. Ето защо по преценка се започва с емпирична антибактериална терапия.

Началната емпирична терапия се базира на клинико-епидемиологичните данни, презумцията за най-вероятния етиологичен агент, актуалните данни за неговата антибактериална чувствителност и конкретния болен.

Антибактериалната терапия започва след вземане на копрокултура (уро-/хемокултура). Според особеностите на заболяването при конкретния болен може да включва един или повече антибактериални препарата, прилагани перорално, парентерално или комбинирано. Продължителността зависи от клиничното повлияване и най-често е 5-7 дни.

При пациентите с хранителни интоксикации (стафилококови, салмонелни) вирусни гастроентерити, антибиотична терапия не е необходима, освен в случаите описани по-долу.

Антибактериална терапия Коремен тиф и Паратиф А и В

Диагнозата се подозира при висока и продължителна температура (повече от 6-8 дни), увредено общо състояние, замъглено съзнание, хепатоспленомегалия, относителна брадикардия, обрив. При паратиф А има по-често остро начало, често с катар на горни дихателни пътища (КГДП) и диариен синдром. Паратиф В може да протече като хранителна токсикоинфекция, сепсис или септикопиемия.

Антибактериална терапия.

Продължителност на антибактериалната терапия - 10-14 дни (6 дни след нормализиране на температурата).

Антибактериална терапия при салмонелен гастроентерит

Диагнозата се подозира при анамнестични данни за консумация на яйца, риба, месни пастети, месни и по-рядко млечни хранителни продукти, остро начало на заболяването с токсикоинфекциозен синдром (ТИС) и обилни течни зелени изпражнения с примеси от слуз и по-рядко кръв.

Антибиотично лечение при стомашно-чревните форми по принцип **не се прилага**, **освен при:**

- старческа възраст и имунокомпрометирани;
- пациенти с тежко клинично протичане на заболяването;
- пациенти с предполагаема генерализация на процеса;
- болни с тежки придружаващи заболявания.

При започване на антибактериална терапия, след преценка на нейната необходимост при възрастни се прилагат хинолони, аминогликозиди, TSM или цефалоспорини II генерация.

Антибактериалната терапия е задължителна при генерализираните и висцералните клинични форми, където се прилагат цефалоспорини III генерация и други стратегически антибиотици. При най-тежките клинични варианти или обременен преморбиден фон те могат да бъдат антибиотици на първи избор.

Продължителност на антибиотичния курс – според клиничното повлияване.

Антибактерилна терапия при шигелоза

Диагнозата се подозира при наличие на колитен, хемоколитен и токсиинфекциозен синдром.

Шигелите са много неустойчиви на външни условия, загиват бързо в депонирани изпражнения, в консервант на Тиге остават жизнеспособни 10-15 часа. За да се избегнат фалшиво отрицателните копрокултури при пациенти с шигелоза, фекалната проба се взема веднага след дефекация или от ректума на пациента и се транспортира спешно до съответната микробиологична лаборатория.

Антибактериална терапия: използват се перорални химиотерапевтици.

Антибактериална терапия при колиентерити

Колиентеритите са заболявания, които се срещат предимно при кърмачета (недоносени, хипотрофични, новородени). Рядко боледуват по-големи деца и възрастни. Заболяването най-често се предизвиква от ентеро-патогенни E Coli.

Ентеротоксигенните E.coli предизвикват холероподобна диария при деца и възрастни (диария на пътуващите).

Ентероинвазивните E.coli предизвикват заболявания, клинично неразличими от шигелоза.

Ентерохеморагичните E.coli предизвикват спорадични и епидемични хемоколити, хеморагичнонекротичен колит и хемолитикоуремичен синдром.

Могат да се развият генерализирани форми (сепсис, септикопиемия, менингити, менингоенцефалити) и екстраинтестинални възпалителни процеси.

Етиологичното лечение е съобразено с антибиограмата на изолата и клиничната форма. Използват се същите антибиотици и химиотерапевтици, посочени при салмонелози и шигелози в съответните възрасти.

Антибактериално лечение при кампилобактериоза

Диагнозата се предполага при данни за консумация на сурово мляко или месо с недостатъчна термична обработка или контакт с животни (особено ако те са с диария), съчетани с ТИС и ентероколит. Диарийният синдром е представен с многократни изхождания на течни зелени изпражнения, с примеси от слуз, слуз и кръв, а понякога и гной.

Антибактериална терапия:

Средство на избор при възрастни са макролидите.

Алтернативни препарати са флуорохинолони и тетрациклини (при лица над 7 години).

Антибактериално лечение при йерсиниози

Диагнозата се подозира при данни за контакт с кучета, свине, консумация на непастьоризирани млека, месни храни без достатъчна термична обработка и клиничната картина на ентерит и екзантем. Заболяването протича с разнообразни органни поражения – мезентериален лимфаденит, артрити, абсцеси, холецистит, менингит. Обичайна е хепато- и спленомегалията. Често по кожата се проявява обрив (точковиден, макулопапулозен, хеморагичен), предимно около ставите.

Етиологичното лечение се провежда с: тетрациклини, аминоглюкозиди и макролиди.

Алтернативни антибиотици: цефалоспорини II и III генерация, флуорохинолони и TMS.

Псевдомембранозен (Clostridium difficile) колит

Заболяването протича с ТИС, диария, левкоцитоза и хипоалбуминемия. C.difficilae може да колонизира стомашночревния тракт само, ако ендогенната чревна флора е увредена. Най-често причина за чревна дисбактериоза са: антибиотично лечение (Ampicillin и други пеницилинови деривати, линкозамини, цефалоспорини III генерация, по-рядко аминогликозиди, макролиди, хинолони, котримоксазол), антинеопластични средства, други чревни патогени, обширни чревни операции, уремия.

Диагнозата се подозира при пациенти с диария и антибиотична терапия в момента или в предходните 30 дни, особено ако е ползвана комбинация от широкоспектърни антибиотици независимо от начина на приложение.

Етиологично лечение. Изключително важно е възстановяването на нормалната чревна флора.

Вирусни гастроентерити

Диагнозата се подозира при взрив от гастроентерити (с бактериологично отрицателни резултати), придружени от КГДП.

Етиологично лечение няма. Основна е патогенетичната терапия и диетичен режим (без лактозни млека).

Стафилококово хранително отравяне

Диагнозата се подозира при остър гастрит или гастроентерит (в 50%), с подчертана склонност към колапс при субфебрилитет. Настъпва най-често след консумиране на храни, богати на захар, сол и белтъци.

Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Хранително отравяне от Bacillus cereus

Възниква най-често след консумация на студен ориз в китайските ресторанти. Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Хранително отравяне от Clostridium perfingens

Протича с картината на остър ентерит, хеморагично-некротичен ентерит с много силни коремни болки и нерядко шоково състояние.

Етиологично лечение: средство на избор Penicillin.

Алтернативни препарати – химиотерапевтици.

Ботулизъм

Епидемиология – консумация на консервирани храни и продукти. Офталмоплегичен синдром, булбарна симптоматика, диариен синдром и др.

Серотерапия и профилактични мерки

- пълна и точна анамнеза за реактивността на пациента спрямо серуми и алергични прояви;
- проверка за поносимост към конкретния серум, който ще се прилага;
- 0,1 мл серум разреден в 100 мл физиологичен разтвор - интрадермално инжектиране; след 30 мин се отчита реакция.

При липса на реакция:

Серумът се инжектира на няколко пъти - 0,5мл, след 30 мин - 1,0 мл, след 30 мин - 2,5 мл, след това цялото дозирано количество.

При наличие на реакция:

Провежда се метода на десенсибилизация по **метода на Безредка**.

Хранителни токсикоинфекции предизвикани от Aerobacter aerogenes, Proteus, Vibrio parahaemolyticus, Vibrio vulnificaus

Трудно се диференцират по клинични данни. Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Антибактериална терапия при Бруцелоза

При епидемиологични данни за контакт с животни. Наблюдава се продължително неясно фебрилно състояние, хепатоспленомегалия, нормоцитоза и ускорено СУЕ.

- тетрациклини;
- хинолони.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на клинико-епидемиологична, микробиологична, вирусологична и серологична диагностика.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Индикации за дехоспитализация при хранителни интоксикации и вирусни гастроентерити:

- овладян диариен синдром;
- трайна липса на фебрилитет (поне 24 часа);
- положителна динамика в клинико-лабораторни показатели;
- наличие на обективни данни за клинично подобрение;
- след документирано взет биологичен материал.

При остра инфекциозна диария с бактериален причинител, пациентът се дехоспитализира клинично здрав и след назначаване на необходимите контролни микробиологични изследвания, съгласно инструкциите на МЗ за борба със заразните болести. Случаят може да се отчете и преди получаване на резултатите.

Резултатите от контролните бактериологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

При наличие на активен диариен синдром с дехидратация II-III степен и различен етиологичен причинител: салмонела, шигела, кампилобактер, клостридиум, когато той може да бъде установен, се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не по-вече от 1% от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

КП № 98 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРО ПРОТИЧАЩИ ЧРЕВНИ ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ С ДИАРИЧЕН СИНДРОМ

1.Минимален болничен престой – 3 дни
Минимален болничен престой при шок – 2 дни

Б. При лица под 18 години

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Тиф и паратиф

A01.0 Коремен тиф
Инфекция, предизвикана от *Salmonella typhi*
A01.1 Паратиф A
A01.2 Паратиф B
A01.3 Паратиф C
A01.4 Паратиф, неуточнен
Инфекция, предизвикана от *Salmonella paratyphi* БДУ

Други салмонелозни инфекции

Включва: инфекция (или хранително отравяне), предизвикана от *Salmonella* от всеки серотип, различен от *S. typhi* и *S. paratyphi*

A02.0 Салмонелозен ентерит
Салмонелоза

Шигелоза

A03.0 Шигелоза, предизвикана от *Shigella dysenteriae*
Шигелоза група A [дизентерия Shiga-Kruse]
A03.1 Шигелоза, предизвикана от *Shigella flexneri*
Шигелоза група B
A03.2 Шигелоза, предизвикана от *Shigella boydii*
Шигелоза група C
A03.3 Шигелоза, предизвикана от *Shigella sonnei*
Шигелоза група D

Други бактериални чревни инфекции

Не включва: бактериални хранителни отравяния (A05.—)
туберкулозен ентерит (A18.3)

A04.0 Ентеропатогенна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
A04.1 Ентеротоксигенна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
A04.2 Ентероинвазивна инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
A04.3 Ентерохеморагична инфекция, предизвикана от *Escherichia coli*
A04.4 Други чревни инфекции, предизвикани от *Escherichia coli*
Ентерит, предизвикан от *Escherichia coli* БДУ
A04.5 Ентерит, предизвикан от *Campylobacter*
A04.6 Ентерит, предизвикан от *Yersinia enterocolitica*
Не включва: екстраинтестинална иерсиниоза (A28.2)
A04.7 Ентероколит, предизвикан от *Clostridium difficile*
A04.8 Други уточнени бактериални чревни инфекции
A04.9 Бактериална чревна инфекция, неуточнена
Бактериален ентерит БДУ

Други бактериални хранителни отравяния

Не включва: инфекция, предизвикана от *Escherichia coli* (A04.0—A04.4)
листериоза (A32.—)
салмонелозно хранително отравяне и инфекция (A02.—)
токсично действие на отровни хранителни продукти (T61—T62)

A05.0 Стафилококово хранително отравяне
A05.1 Ботулизъм
Класическо хранително отравяне, предизвикано от *Clostridium botulinum*
A05.2 Хранително отравяне, предизвикано от *Clostridium perfringens* [*Clostridium welchii*]
Некротичен ентерит
Pig-bel
A05.3 Хранително отравяне, предизвикано от *Vibrio parahaemolyticus*
A05.4 Хранително отравяне, предизвикано от *Bacillus cereus*
A05.8 Други уточнени бактериални хранителни отравяния
A05.9 Бактериално хранително отравяне, неуточнено

Вирусни и други уточнени чревни инфекции
Не включва: грип с включване на стомашно-чревния тракт (J10.8, J11.8)
A08.0 Ротавирусен ентерит
A08.1 Остра гастроентеропатия, предизвикана от Norwalk вирус
Small round structured virus enteritis
A08.2 Аденовирусен ентерит
A08.3 Други вирусни ентерити
A08.4 Вирусна чревна инфекция, неуточнена
Вирусен(-на):
- ентерит БДУ
- гастроентерит БДУ
- гастроентеропатия БДУ

Бруцелоза
Включва: треска:
- малтийска
- средиземноморска
- ундулираща

A23.0 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella melitensis*
A23.1 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella abortus*
A23.2 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella suis*
A23.3 Бруцелоза, предизвикана от *Brucella canis*
A23.8 Други форми на бруцелоза

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1932 Изследвания на урината	
91920-01	Изследване на уринен седимент
91920-03	Изследване за албумин в урината Микроалбуминурия– по преценка на лекуващия лекар
91920-05	Изследване за уробилиноген в урината
91920-06	Изследване на pH на урина
91920-07	Изследване за кетотела в урината
91920-08	Изследване на захар в уринна проба
91920-10	Изследване на относително тегло на урина– по преценка на лекуващия лекар
91920-17	Изследване за нитрити в урината– по преценка на лекуващия лекар
1926 Микробиологични изследвания	
91937-01	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91919-05	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура и чувствителност
1923 Хематологични изследвания	

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

по преценка

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций

91910-38 Клинично-химични изследвания за хлориди

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1929 Вирусологични изследвания

91911-19 Други вирусологични изследвания

91922-00 Серологично изследване за HIV 1/2 антитела

91922-01 Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни (IgM, IgG)

91922-02 Серологично изследване на IgM антитела за морбили при бременни

91922-03 Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен А вирус

91922-04 Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус

91922-05 Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела и HBeAg на хепатитен В вирус

91922-06 Серологично изследване на антитела срещу хепатит С вирус

Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серо-) типизиране за хроничен хепатит С

Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С

91923-10 Изследване за Chlamydia

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин

Инжектиране или трансфузия на:

- гама глобулин
- имуноглобулин
- Intragam

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath

	• резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент *Виж допълнителни знаци* Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум **три основни диагностични процедури** /и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

1. При III –та степен на дехидратация, КП се отчита с: КАС, ПКК и микробиология: Едната задължително включва медико-диагностични изследвания, посочени в блок **1923** „Хематологични изследвания“ (91910-04); Втората процедура са медико-диагностични изследвания от блок **1858** (13311-00); блок **1924** (91910-41) и третата процедура е един от кодовете в блок **1926** (91937-01 или 91937-02 или 91919-05)

При деца до 5-годишна възраст е задължителна четвърта диагностична процедура - Вирусологично изследване (91911-19) за ротавируси.

2. При друга степен на дехидратация, КП се отчита с ПКК и микробиология.

Едната процедура задължително включва медико-диагностични изследвания, посочени в блок **1923** „Хематологични изследвания“, Втората процедура е един от кодовете в блок **1926** (91937-01 или 91937-02 или 91919-05). Третата процедура е код по преценка.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

При отчитане на клиничната пътека с кодове от блок 1923 и блок 1924 е задължително отчитането на код 91910-04; останалите процедури се извършват и отчитат по преценка.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират кодове от блока, като всички кодове на изследвания се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" - за лечението на болни със следните кодове на болести по МКБ-10: A01.0; A01.1; A01.2; A01.3; A01.4; A05.1; A05.2; A23.0; A23.1; A23.2; A23.3 и A23.8. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по инфекциозни болести или Болница разполагаща с инфекциозна клиника/отделение. Болните могат да бъдат хоспитализирани в клиника/отделение по детски болести с разкрит сектор за изолация на инфекциозно болни (със самостоятелен санитарен възел), когато в населеното място няма разкрита инфекциозна клиника или отделение. или Неонатологична клиника/отделение - за новородени до 28-ия ден след раждането
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
2. Клинична патология – на територията на областта
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести

или

лекар със специалност по детски болести, при задължително документирана консултация от специалист по инфекциозни болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

Необходими специалисти за възрастта до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по "Неонатология"):

- лекар със специалност по неонатология при задължително документирана консултация от специалист по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с чревни инфекциозни заболявания при:

- клинични и параклинични данни за дехидратация II и III степен;
- влошаване на състоянието при проведено амбулаторното лечение или при установен етиологичен причинител;
- клинични и епидемиологични данни за инфекциозна диария при невъзможност за доказване на етиологичния агент;
- хемоколит при установен етиологичен причинител;
- наличие на проблемни хронични заболявания и състояния при установен етиологичен причинител (диабет, ССН, ХБН, кахексия, хронични хепатопатии, хеморагии, неоплазми, колагенози, дебилност, вродени или придобити имунодефицитни състояния).

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за фекална проба се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията. Вземане на биологичен материал за всички останали изследвания се извършва до края на болничния престой. Контролни медико-диагностични изследвания се извършват до края на болничния престой.

Клинични критерии за I, II и III степен на дехидратация

При I-ва степен (дефицит на течност до 5% от наличното тегло) общото състояние е незначително увредено, болните имат жажда, устната лигавица е суховата, кожата е с леко намален тургур и еластичност – хоспитализират се само пациенти с тежки придружаващи заболявания

При II-ра степен (дефицит на течности от 5 до 10% от тегло) – кожата е бледа или бледосива, с намален тургур и еластичност. Лицето е с изострени черти, подкръжени очи, фонтанелата е под нивото на черепните кости, езикът е сух, гласът е дрезгав и слаб. Болните са с крампи на прасците, възбудени, неспокойни, но по-често сънливи, унесени, с тахикардия, хипотония, лошо напълнен периферен пулс и олигурия.

При III-та степен (дефицит на течности над 10% от теглото) болните са с фиксиран поглед в простращия или супор. Кожата е суха, студена и марморирана с рязко намален тургур и еластичност, корнеите са сухи, гласът – афоничен, пулсът е мек, филиформен, едва доловим, а артериалното налягане е с ниски стойности до невъзможност да бъде измерено. Болните са с хипотермия и анурия - картина на хиповолемичен шок.

Индикации за провеждане на лечение в интензивна структура на инфекциозно отделение/клиника:

- шок;
- остра бъбречна недостатъчност;
- некомпенсирана метаболитна ацидоза при BE<-10, pH < 7.2;
- температура 36º C < t >39º C;
- серумен натрий - под 120 или над 150 mmol/l;

- серумен калий - под 3 или над 6 mmol/l;
- симптоми от страна на ЦНС;
- чревна пареза или парализа;
- дисеминирана интравазална коагулопатия;
- данни за извънчревна локализация на болестния процес - сепсис, септичен артрит, менингит, мезаденит;
- придружаващи тежки заболявания.

ПРИНЦИПИ ЗА ТЕРАПИЯ НА ОСТРИ ИНФЕКЦИОЗНИ ДИАРИИ

Лечението на пациенти с остри инфекциозни диарии започва веднага след хоспитализацията. Патогенетичната, рехидратираща терапия започва незабавно, а етиологичната – след вземане на материали за микробиологично изследване.

1) Патогенетичната терапия е задължителна, а в много случаи и животоспасяваща. При състояние на хиповолемичен шок е с неотложна спешност.

2) Симптоматична терапия - лекарствени средства, регулиращи равновесието на чревната микрофлора (пробиотици); антидиарийни антисекреторни средства; спазмолитици и антипиретици.

3) Диетична терапия - при кърмачета на естествено хранене - запазва се същото. При деца на изкуствено хранене се въвеждат диетични храни за специални медицински цели. При по-големи деца – преминаване към обичайното хранене за възрастта.

4) Етиологична терапия

Оптималната антибиотична терапия е съобразена с антибиограмата на изолирания етиологичен агент. Това изисква технологично време 48-72ч. (изчакване резултатите от копрокултурата и антибиограма на изолата), а и преобладаващата част от бактериалните ентероколити остават етиологично неразшифровани. Ето защо по преценка се започва с емпирична антибактериална терапия.

Началната емпирична терапия се базира на клинико-епидемиологичните данни, презумцията за най-вероятния етиологичен агент, актуалните данни за неговата антибактериална чувствителност и конкретния болен.

Антибактериалната терапия започва след вземане на копрокултура (уро-/хемокултура). Според особеностите на заболяването при конкретния болен може да включва един или повече антибактериални препарата, прилагани перорално, парентерално или комбинирано. Продължителността зависи от клиничното повлияване и най-често е 5-7 дни.

При пациентите с хранителни интоксикации (стафилококови, салмонелни) вирусни гастроентерити, антибиотичната терапия не е необходима, освен в случаите описани по-долу.

Антибактериална терапия Коремен тиф и Паратиф А и В

Диагнозата се подозира при висока и продължителна температура (повече от 6-8 дни), увредено общо състояние, замъглено съзнание, хепатоспленомегалия, относителна брадикардия, обрив. При паратиф А има по-често остро начало, често с катар на горни дихателни пътища (КГДП) и диариен синдром. Паратиф В може да протече като хранителна токсикоинфекция, сепсис или септикопиемия.

Антибактериална терапия:

Продължителност на антибактериалната терапия - 10-14 дни (6 дни след нормализиране на температурата).

Антибактериална терапия при салмонелен гастроентерит

Диагнозата се подозира при анамнестични данни за консумация на яйца, риба, месни пастети, месни и по-рядко млечни хранителни продукти, остро начало на заболяването с токсикоинфекциозен синдром (ТИС) и обилни течни зелени изпражнения с примеси от слуз и по-рядко кръв.

Антибиотично лечение при стомашно-чревните форми по принцип **не се прилага**, **освен при:**

- имунокомпрометирани пациенти;
- пациенти с тежко клинично протичане на заболяването;
- пациенти с предполагаема генерализация на процеса;
- болни с тежки придружаващи заболявания.

При започване на антибактериална терапия, след преценка на нейната необходимост при възрастни се прилагат хинолони, аминогликозиди, TSM или цефалоспорини II генерация.

Антибактериалната терапия е задължителна при генерализираните и висцералните клинични форми, където се прилагат цефалоспорини III генерация и други стратегически антибиотици. При най-тежките клинични варианти или обременен преморбиден фон те могат да бъдат антибиотици на първи избор.

Продължителност на антибиотичния курс – според клиничното повлияване.

Антибактерилна терапия при шигелоза

Диагнозата се подозира при наличие на колитен, хемоколитен и токсиинфекциозен синдром.

Шигелите са много неустойчиви на външни условия, загиват бързо в депонирани изпражнения, в консервант на Тиге остават жизнеспособни 10-15 часа. За да се избегнат фалшиво отрицателните копрокултури при пациенти с шигелоза, фекалната проба се взема веднага след дефекация или от ректума на пациента и се транспортира спешно до съответната микробиологична лаборатория.

Антибактериалната терапия: използват се перорални химиотерапевтици.

Антибактериална терапия при колиентерити

Колиентеритите са заболявания, които се срещат предимно при кърмачета (недоносени, хипотрофични, новородени). Рядко боледуват по-големи деца и възрастни. Заболяването най-често се предизвиква от ентеро-патогенни E Coli.

Ентеротоксигенните E.coli предизвикват холероподобна диария при деца и възрастни (диария на пътуващите).

Ентероинвазивните E.coli предизвикват заболявания, клинично неразличими от шигелоза.

Ентерохеморагичните E.coli предизвикват спорадични и епидемични хемоколити, хеморагичнонекротичен колит и хемолитикоуремичен синдром.

Могат да се развият генерализирани форми (сепсис, септикопиемия, менингити, менингоенцефалити) и екстраинтестинални възпалителни процеси.

Етиологичното лечение е съобразено с антибиограмата на изолата и клиничната форма.

Използват се същите антибиотици и химиотерапевтици, посочени при салмонелози и шигелози в съответните възрасти.

Антибактериално лечение при кампилобактериоза

Диагнозата се предполага при данни за консумация на сурово мляко или месо с недостатъчна термична обработка или контакт с животни (особено ако те са с диария), съчетани с ТИС и ентероколит. Диарийният синдром е представен с многократни изхождания на течни зелени изпражнения, с примеси от слуз, слуз и кръв, а понякога и гной.

Антибактериална терапия:

Средство на избор при възрастни са макролидите.

Алтернативни препарати са флуорохинолони и тетрациклини (при лица над 7 години).

Антибактериално лечение при йерсиниози

Диагнозата се подозира при данни за контакт с кучета, свине, консумация на непастьоризирани млека, месни храни без достатъчна термична обработка и клиничната картина на ентерит и екзантем. Заболяването протича с разнообразни органни поражения – мезентериален лимфаденит, артрити, абсцеси, холецистит, менингит. Обичайна е хепато- и спленомегалията. Често по кожата се проявява обрив (точковиден, макулопапулозен, хеморагичен), предимно около ставите.

Етиологичното лечение се провежда с: тетрациклини, аминоглюкозиди и макролиди.

Алтернативни антибиотици: цефалоспорини II и III генерация, флуорохинолони и TMS.

Псевдомембранозен (Clostridium difficile) колит

Заболяването протича с ТИС, диария, левкоцитоза и хипоалбуминемия. C.difficilae може да колонизира стомашночревния тракт само, ако ендогенната чревна флора е увредена. Най-често причина за чревна дисбактериоза са: антибиотично лечение (полусинтетични и други пеницилинови деривати, линкозамини, цефалоспорини III генерация, по-рядко аминогликозиди, макролиди, хинолони, котримоксазол), антинеопластични средства, други чревни патогени, обширни чревни операции, уремия.

Диагнозата се подозира при пациенти с диария и антибиотична терапия в момента или в предходните 30 дни, особено ако е ползвана комбинация от широкоспектърни антибиотици независимо от начина на приложение.

Етиологично лечение. Изключително важно е възстановяване на нормалната чревна флора.

Вирусни гастроентерити

Диагнозата се подозира при взрив от гастроентерити (с бактериологично отрицателни резултати), придружени от КГДП.

Етиологично лечение няма. Основна е патогенетичната терапия и диетичен режим (без лактозни млека).

Стафилококово хранително отравяне

Диагнозата се подозира при остър гастрит или гастроентерит (в 50%), с подчертана склонност към колапс при субфебрилитет. Настъпва най-често след консумиране на храни, богати на захар, сол и белтъци.

Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Хранително отравяне от Bacillus cereus

Възниква най-често след консумация на студен ориз в китайските ресторанти. Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Хранително отравяне от Clostridium perfingens

Протича с картината на остър ентерит, хеморагично-некротичен ентерит с много силни коремни болки и нерядко шоково състояние.

Етиологично лечение: средство на избор Penicillin.

Алтернативни препарати - химиотерапевтици.

Ботулизъм

Епидемиология – консумация на консервирани храни и продукти. Офталмо-плегичен синдром, булбарна симптоматика, диариен синдром и др.

<u>Серотерапия и профилактични мерки</u>

- пълна и точна анамнеза за реактивността на пациента спрямо серуми и алергични прояви;

- проверка за поносимост към конкретния серум, който ще се прилага;

- 0,1 мл серум разреден в 100 мл физиологичен разтвор - интрадермално инжектиране; след 30 мин се отчита реакция.

При липса на реакция:

Серумът се инжектира на няколко пъти - 0,5мл, след 30 мин - 1,0 мл, след 30 мин - 2,5 мл, след това цялото дозирано количество.

При наличие на реакция:

Провежда се метода на десенсибилизация по **метода на Безредка**.

Хранителни токсикоинфекции предизвикани от Aerobacter aerogenes, Proteus, Vibrio parahaemolyticus, Vibrio vulnificaus

Трудно се диференцират по клинични данни. Лечение – патогенетично, симптоматично и диетично.

Антибактериална терапия при Бруцелоза

При епидемиологични данни за контакт с животни. Наблюдава се продължително неясно фебрилно състояние, хепатоспленомегалия, нормоцитоза и ускорено СУЕ.

- тетрациклини;
- хинолони.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на клинико-епидемиологична, микробиологична, вирусологична и серологична диагностика.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Индикации за дехоспитализация при хранителни интоксикации и вирусни гастроентерити:

- овладян диариен синдром;
- трайна липса на фебрилитет (поне 24 часа);
- положителна динамика в клинико-лабораторни показатели;
- наличие на обективни данни за клинично подобрение;
- след документирано взет биологичен материал.

При остра инфекциозна диария с бактериален причинител, пациентът се дехоспитализира клинично здрав и след назначаване на необходимите контролни микробиологични изследвания, съгласно инструкциите на МЗ за борба със заразните болести. Случаят може да се отчете и преди получаване на резултатите.

Резултатите от контролните бактериологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

При наличие на активен диариен синдром с дехидратация II-III степен и различен етиологичен причинител: салмонела, шигела, кампилобактер, клостридиум, когато той може да бъде установен, се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не по-вече от 1% от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

От Вашия личен лекар и проведената консултация със специалист вече Ви е известно, че имате остро, най-вероятно инфекциозно възпаление на стомашно-чревния тракт.

Тези заболявания могат да бъдат предизвикани от бактерии, вируси и паразити. Възникват най-често след консумация на инфектирана храна, при контакт с болни хора или животни, или клинично здрави носители.

При острите инфекциозни диарии организмът губи големи количества течности и соли с повръщане, диария и от високата температура. Това смущава функционирането на бъбреците, сърцето, кръвоносните съдове и нервната система. Възможно е бързата и тежката загуба на течности и соли да доведе до шок и фатален изход, ако не се предприеме спешно лечение. Освен това, Вие можете да заразите други лица. Ето защо настаняването Ви в специализирано инфекциозно отделение е **абсолютно наложително**. В отделението ще се провежда необходимото лечение за Вашето заболяване.

За пълнота, моля, прочетете процедурите, които ще бъдат извършени във Ваш интерес.

Ще Ви се направят необходимите кръвни, микробиологични или вирусологични изследвания.

Лечението ще включва венозни вливания на медикаменти и стриктно спазване на диета.

Екип от специалисти ще следят Вашето здравословно състояние през целия престой в отделението. Във всеки момент може да се откажете от болничното лечение, но това може да има фатални последици. Необходимо е да изразите писмено желанието си да напуснете отделението и с това освобождавате лекуващия екип от отговорността за Вашето здраве.

Вашите близки могат да посещават клиниката в посочените за това дни и часове и да получат подробна информация за Вашето състояние.

КП № 99 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИНФЕКЦИОЗНИ И ПАРАЗИТНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, ПРЕДАВАНИ ЧРЕЗ УХАПВАНЕ ОТ ЧЛЕНЕСТОНОГИ

1.Минимален болничен престой - 5 дни

А. При лица над 18 години

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Туларемия
Включва: треска на еленовата муха
инфекция, предизвикана от *Francisella tularensis*
заешка треска

A21.0 Улцеро-жлезна туларемия
A21.1 Очно-жлезна туларемия
Очна туларемия
A21.2 Белодробна туларемия
A21.3 Гастроинтестинална туларемия
Абдоминална туларемия
A21.7 Генерализирана туларемия
A21.8 Други форми на туларемия

Лептоспироза
A27.0 Лептоспироза иктеро-хеморагична
Лептоспироза, предизвикана от *Leptospira interrogans*, серовар icterohaemorrhagiae
A27.8 Други форми на лептоспироза

Други инфекции, предизвикани от спирохети
A69.2 Лаймска болест
Хроничен мигриращ еритем, предизвикан от *Borrelia burgdorferi*

Петнист тиф
Не включва: рикетсиоза, предизвикана от*Eherlichia sennetsu* (A79.8)

A75.0 Епидемичен въшков петнист тиф, предизвикан от *Rickettsia prowazekii*
Класически тиф (треска)
Епидемичен (въшков) тиф
A75.1 Рецидивиращ тиф [болест на Brill]
Болест на Brill-Zinsser
A75.2 Тиф, предизвикан от *Rickettsia typhi*
Плъхов (епидемичен бълхов) тиф
A75.9 Петнист тиф, неуточнен
Тиф (треска) БДУ

Петниста треска [кърлежови рикетсиози]
A77.0 Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia rickettsii*
Петниста треска на Скалистите планини
Треска Sao Paulo
A77.1 Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia conorii*
Африкански кърлежов тиф
Пароксизмална треска
Индийски кърлежов тиф
Кенийски кърлежов тиф

Марсилска треска
Средиземноморска кърлежова треска

A77.2 Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia siberica*
Северноазиатска кърлежова треска
Сибирски кърлежов тиф

A77.3 Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia australis*
Куинслендски кърлежов тиф

A77.8 Други петнисти трески

A77.9 Петниста треска, неуточнена
Кърлежов тиф БДУ

A78 Ку-треска
Инфекция, предизвикана от *Coxiella burnetti*
Треска на "деветата миля"
Квадрилатерална треска

Други рикетсиози

A79.0 Окопна треска
Петдневна пароксизмална треска
Волинска треска

A79.1 Вариолоподобна рикетсиоза, предизвикана от *Rickettsia akari*
Kew Garden треска
Везикулозна рикетсиоза

A79.8 Други уточнени рикетсиози
Рикетсиоза, предизвикана от *Ehrlichia sennetsu*

A79.9 Рикетсиоза, неуточнена
Инфекция, предизвикана от рикетсии БДУ

A94 Вирусна треска, предавана от членестоноги, неуточнена
Арбовирусна треска БДУ
Арбовирусна инфекция БДУ

Малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum*

Включва: смесени инфекции, предизвикани едновременно от *Plasmodium falciparum* и други видове маларийни плазмодии

B50.0 Малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum* с церебрални усложнения
Церебрална малария БДУ

B50.8 Други форми на тежко протичаща или усложнена малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum*
Тежко протичаща или усложнена малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum*, БДУ

B50.9 Малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum*, неуточнена

Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax*

Включва: смесени инфекции, предизвикани едновременно от *Plasmodium vivax* и всеки друг вид плазмодий, с изключение на *Plasmodium falciparum*

Не включва: инфекции, смесени с *Plasmodium falciparum* (B50.—)

B51.0 Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax* с руптура на слезката

B51.8 Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax* с други усложнения

B51.9 Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax* без усложнения
Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax*, БДУ

Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae*

Включва: смесени инфекции, предизвикани едновременно от *Plasmodium malariae* и всеки друг вид плазмодий, освен *Plasmodium falciparum* и

Plasmodium vivax

Не включва: случаи на смесена инвазия с *Plasmodium*:
- *falciparum* (B50.—)
- *vivax* (B51.—)

B52.0 Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae* с нефропатия
B52.8 Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae* с други усложнения
B52.9 Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae* без усложнения
Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae*, БДУ

Други видове паразитологично потвърдена малария
B53.0 Малария, предизвикана от *Plasmodium ovale*
Не включва: смесени случаи с *Plasmodium*:
- *falciparum* (B50.—)
- *malariae* (B52.—)
- *vivax* (B51.—)

B54 Малария, неуточнена
Клинично диагностицирана малария без паразитологично потвърждаване

Лайшманиоза
B55.0 Висцерална лайшманиоза
Кала-азар
Пост-кала-азарна кожна лайшманиоза
B55.1 Кожна лайшманиоза
B55.2 Кожно-лигавична лайшманиоза

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

1988 Друга рентгенография

90909-00 Рентгенография на друго място

1942 Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране

• трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

1943 Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1853 Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

11709-00 Амбулаторен непрекъснат холтер електрокардиографски запис
Включва: с използване на система, способна на сравняване и пълно откриване на запис

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1926 Микробиологични изследвания

92182-08 Микробиологично изследване на проба от нервната система и/или ликвор с микроскопски препарат и детекция на антиген

92182-01 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

92182-02 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
Включва: *изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител*

91937-07 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв с микроскопски препарат

91937-00 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

91903-11 Серологично изследване за Francisella tularensi (Туларемия)

1925 Паразитологични изследвания

91937-03 Микроскопско изследване на кръв за паразитология
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

91907-03 Микроскопско изследване на проба от далак и/или костен мозък за паразитология

91919-09 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология

1929 Вирусологични изследвания

91903-02 Серологично изследване за Borellia (Лаймска болест)

91903-03 Серологично изследване за Rickettsia conorii (Марсилска треска)

91903-04 Серологично изследване за Лептоспироза

91903-05 Серологично изследване за Coxiella burnetii (Q треска)

91922-01 Серологично изследване на IgM антитела за рубеола
Включва: при бременни

91922-02 Серологично изследване на IgM антитела за морбили
Включва: при бременни

91922-03	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатит А вирус
91922-04	Серологично изследване на HBsAg на хепатит В вирус
91922-05	Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела и HBeAg на хепатит В вирус
91922-06	Серологично изследване на антитела срещу хепатит С вирус Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено-(серо-) типизиране за хроничен хепатит С Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
1924 Биохимична изследвания	
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
1826 Невромускулна електродиагностика	
	ЕМГ [електромиография]: • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди Изследване на невромускулна проводимост
11012-00	Електромиография (ЕМГ) *Не включва*: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: • албумин • плазма (прясно замразена) (FFP)
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: • кръвозаместители • Dextran

• Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт

Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин

Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране,
по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

	Виж допълнителни знаци
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент *Виж допълнителни знаци* Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, което задължително включва:

КП да се счита за завършена ако са приложени 2 основни диагностични процедури и една терапевтична процедура.

Първата диагностична процедура задължително е **ПКК** с код 91910-04**.**

Втората диагностична процедура е с един от кодовете в **блок 1929** (91903-02 или 91903-03 или 91903-04 или 91903-05)

или с един от кодовете от блок **1926** (92182-08 или 92182-01 или92182-02 или 91937-07 или 91937-00 или 91937-02 или 91903-11)

или с един от кодовете на блок **1925** (91937-03 или 91907-03 или 91919-09).

С код 91903-02 Серологично изследване за Borellia се отчита Лаймска болест

С код 91903-03 Серологично изследване за Rickettsia conorii се отчита Петниста треска.

С код 91903-05 Серологично изследване за Coxiella burnetii се отчита Q треска

С код 91903-04 Серологично изследване за Лептоспироза

С код 96197-02 се отчита прилагането на антипаразитни медикаменти.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по инфекциозни болести
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Паразитологична лаборатория
2. ОАИЛ/КАИЛ
3. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
4. Клинична патология – на територията на населеното място
5. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- един лекар със специалност по инфекциозни болести

или

един лекар със специалност по паразитология (за Малария и Лайшманиоза)

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

В случаите на Малария и Лайшманиоза е задължителна консултация с лекар със специалност по медицинска паразитология когато в инфекциозната сгруктура липсва такъв.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с данни за туларемия при:

1. лимфонодулит - лимфни възли с големина до ябълка, мекоеластични, неболезнени, подвижни, несрастнали; характерно е продължително протичане, често в съчетание с кожни изменения (кожно бубонна форма) или едностранен тонзилит с налепи (ангинозно-бубонна форма);
2. прояви на пневмония, картина на "остър хирургичен корем", сепсис или тиф;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за Ку треска при:

1. епидемиологична анамнеза - контакт с животни, особено при грижи по време на раждане или пиене на непреварено мляко; неясно фебрилно състояние, кашлица, болки в гръдната област;
2. пневмония;
3. болки и тежест в черния дроб, иктер, безапетитие, гадене, повръщане, астеничен синдром, повишени трансаминази, епидемиологични данни;
4. неясен фебрилитет, болка в сърдечната област, обща слабост, нарушения в сърдечния ритъм, епидемиологични данни.

Диагностика и лечение на пациенти с данни за лептоспироза при:

1. епидемиологична анамнеза - контакт с домашни животни и гризачи, газене във водоеми, консумация на храна, контаминирана с екскременти на гризачи;
2. краниофарингеален синдром;
3. фебрилитет;
4. обривен синдром;
5. иктерен синдром;
6. начална остра бъбречна недостатъчност;
7. мускулни болки;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за Марсилска треска при:

1. "Черно петно" по кожата при анамнеза за контакт с кучета или кърлежова експозиция;
2. краниофарингеален синдром и висок фебрилитет с продължителност от 1 - 2 седмици;
3. прояви от страна на ЦНС;
4. хеморагичен синдром;
5. пъпчест обрив, вкл. по длани и стъпала; полиморфен обрив;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за петнист тиф при:

1. хепатоспленомегалия;
2. фебрилитет;
3. количествени промени в съзнанието;
4. обрив;
5. наличие на хеморагичен синдром;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за за малария и висцерална лайшманиоза при:

1. фебрилитет с неизяснен произход;
2. хепатоспленомегалия;
3. анемичен синдром;
4. панцитопения (за висцерална лайшманиоза);
5. положителен резултат от морфо-паразитологично изследване;
6. положителен резултат от серологично изследване (за висцерална лайшманиоза).

Диагностика и лечение на пациенти с данни за Лаймска болест при:

1. наличие на еритема мигранс - предимно във физиологичните гънки, гръб, корем, с незначителни локални и общи прояви след премахване на кърлеж или при кърлежова експозиция (сезонност - пролетно-лятна);
2. радикулополиневрит, засягане на краниалните нерви (лицев нерв, очедвигателни нерви);
3. Лайм-кардит;
4. Лайм-артрит;
5. невроборелиоза.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания – клинична лаборатория се извършва до 24 час, вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания за малария се извършва до 24 час, а при останалите заболявания до края на болничния престой. Абдоминална ехография се извършва до края на болничния престой. Костно-мозъчна пункция се извършва до края на болничния престой по преценка при всеки конкретен пациент. Биохимични изследвания се извършват по преценка.

Етиологичното лечение на ТУЛАРЕМИЯ включва:

Антибиотици - средство на избор са аминогликозидите.

Когато лечението започне до 7-ия ден от началото на заболяването, температурата се понижава или спада след 2-3 дни, докато кожните лезии и лимфонодулитът се повлияват след 1-2 седмици.

Други антимикробни препарати

Тетрациклините и химиотерапевтици в курс от 14-21 дни. При употребата на тези препарати по-често се отбелязва терапевтичен неуспех и релапси. Релапсите са в резултат на запазване на микроорганизми вътреклетъчно и по-често се свързват с бактериостатични препарати като тетрациклини и химиотерапевтици.

По-тези причини те все по-рядко се препоръчват напоследък.

Флуорираните хинолони са ефективна алтернатива в срок от 10 дни. Рискът от артропатия, описан при опитни животни, днес се приема за минимален. При възрастни се прилага в оптимална доза.

При тежки случаи може да се комбинират 2 препарата, напр. аминогликозиди и флуохинолони.

При пациенти със стартова парентерална терапия със химиотерапевтик, тетрациклин и хинолон, след клинично подобрение, може да се продължи с перорални форми.

Макролидите и бета-лактамите не се препоръчват. Независимо че in vitro Fr. tularensis е чувствителна на цефтриаксон, клиничните проучвания са показали терапевтичен неуспех.

Друго лечение

Инцизия при флуктуация на лимфните възли, но задължително на фона на предхождащо антибиотично лечение.

КУ ТРЕСКА

Етиологичното лечение на острата Ку-треска включва:

- тетрациклини (14-21 дни);
- хинолони или туберкулостатици - 3 седмици.

При бременни по-рядко се прилагат макролиди и TSM, но по принцип липсва препоръчителен антибиотичен режим.

Лечение на хроничната Ку треска

Значително по-сложна е ситуацията при хроничната Ку треска, изискваща продължително лечение и проследяване поради склонността към късни рецидиви. Препоръчителният терапевтичен режим при Ку ендокардита днес включва антималарийни препарати, алкализиращи лизозомите, в комбинация с тетрациклини, минимално за 18 месеца.

При пациенти с клапни увреди за профилактика на хронифицирането лечението на острите форми трябва да е като при хроничните форми

ЛЕПТОСПИРОЗИ:

- пеницилин;
- тетрациклин.

Патогенетично и симптоматично лечение; при развитие на ОБН – хемодиализа.

МАРСИЛСКА ТРЕСКА

Етиологичното лечение включва:

- препоръчителна антибактериална група - тетрациклини;
- флуорирани хинолони;
- макролиди, показани и при бременни.

МАЛАРИЯ

Заболяването се внася в България от чужденци и българи, пристигащи от ендемични тропически страни. При съмнения диагностиката се провежда незабавно от съответните специалисти в лечебните и здравни заведения за извънболнична помощ. Хоспитализацията е задължителна при микроскопски доказана малария (Инструкция №08 за профилактичните, лечебните и организационни мерки срещу маларията и другите тропични паразитни болести).

ТРОПИЧЕСКА МАЛАРИЯ (малария фалципарум)
МАЛАРИЯ ТЕРЦИАНА И МАЛАРИЯ ОВАЛЕ
МАЛАРИЯ КВАРТАНА

Етиологичното лечение включва приложение на утвърдени схеми на лечение с антималарийни препарати.

ВИСЦЕРАЛНА ЛАЙШМАНИОЗА

Висцералната лайшманиоза се регистрира като местно и внасяно от ендемични страни заболяване. В последните години случаите на заболявания зачестиха. Ако не се проведе своевременна диагностика и етиологично лечение е възможен летален изход.

Етиологичното лечение включва приложение на следния препарат:

1. антимикотични полиенови антибиотици, (прилага се само по витални индикации, при липса на Meglomine antimoniate, поради високата токсичност на препарата).
2. Meglomine antimoniate i.m. 20-60 mg. антимон база/кг.т.м. дневно за лечебен курс 20-28 дни.

Лечението на малария и лайшманиоза се извършва след задължителна консултация със специалист по медицинска паразитология.

ЛАЙМСКА БОЛЕСТ

На съвременния етап за лечение на ***Еритема мигранс (ЕМ)*** се използват 3 перорални/инфузионни антибиотика: тетрациклини, полусинтетични пеницилини и цефалоспорини II генерация за 14-21 дни.

Въпреки добрата ин витро активност на макролидите, резултатите от прилагането им са противоречиви. На този етап не се препоръчват като антибиотици от първи ред.

Пациентите трябва да се предупреждават за възможността за развитие на Jarisch-Herxheimer реакция до 24-ия час от началото на лечението. Тя се наблюдава в 15-20% поради бързото разрушаване на спирохетите и подкрепя правилността на диагнозата.

Много важно е, че след правилно проведеното лечение и настъпилото оздравяване, положителните серологични резултати могат да се задържат с месеци, дори с години! Това обаче не означава персистираща инфекция и не налага допълнително антибиотично лечение, освен в случаите на явен рецидив на заболяването.

Етиологичното лечение на ранната дисеминирана Лаймска борелиоза (втори стадий) и късна Лаймска борелиоза (трети стадий) се провежда за период 3-4 седмици. Понякога се налагат повторни курсове. Подходящи са следните антибиотици:

Цефалоспорини III генерация.

Цефалоспорини II генерация.

Пеницилини.

КРИТЕРИИ ЗА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО

Малария, предизвикана от Plasmodium falciparum – за тежки клинични форми на заболяването се приемат кодове по МКБ10 – B50.0, B50.8, малария при бременни жени и при наличие на всички форми на паразита при морфо-паразитологично изследване.

Малария, предизвикана от Plasmodium vivax - за тежки клинични форми на заболяването се приемат кодове по МКБ10 – B51.0 и B51.8

Малария, предизвикана от Plasmodium malariae - за тежки клинични форми на заболяването се приемат кодове по МКБ10 – B52.0 и B52.8

Малария, предизвикана от Plasmodium ovale – заболяването протича доброкачествено

Лайшманиоза

Висцерална лайшманиоза – всички клинични форми на заболяването се приемат за тежки.

Кожна лайшманиоза – заболяването протича доброкачествено.

Кожно-лигавична лайшманиоза – за тежки се приемат случаите със засягане на кожата и лигавиците по главата.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на епидемиологични и клинични данни, подкрепени с вирусологични, паразитологични и/или серологични данни.

За потвърждаване на клиничната диагноза Средиземноморска петниста треска (Марсилска треска) и Ку-треска, е необходимо изследване на 2 серумни проби през 10-15 дни, за отчитане сероконверсия или нарастване титрите на антителата в динамика.

При Erythema migrans се наблюдава забавено развитие на антителния отговор и първата проба трябва да се вземе на 20-30-ия ден от началото на заболяването независимо от провежданото антибиотично лечение. В 40-50% от случаите серологичните резултати са отрицателни, без това да отхвърля диагнозата. Клиничната диагноза самостоятелно е достатъчна за обявяване на Лаймска болест. Всички останали случаи на неврологични, ставни, сърдечни и очни прояви е необходимо да бъдат лабораторно потвърдени. За диагнозата невроборелиоза освен възпалителните изменения в ликвора решаващо значение има доказването на интратекална продукция на антитела срещу Borrelia burgdorferi чрез повишени ликвор/серум индекси.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и пълно клинично оздравяване и/или с подобрение при спазване на епидемиологичните изисквания;

Критерии за дехоспитализация при малария:

- клинично оздравяване на пациента;
- трикратен отрицателен резултат за маларийни паразити.

Критерии за дехоспитализация при висцерална лайшманиоза:

- наличие на обективни данни за пълно клинично оздравяване и/или с подобрение;
- параклинични показатели с подобрение на стойностите;
- сплено-хепатомегалия в обратно развитие.

При останалите заболявания - наличие на обективни данни за клинично подобрение и/или възстановяване.

КП № 99 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ИНФЕКЦИОЗНИ И ПАРАЗИТНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, ПРЕДАВАНИ ЧРЕЗ УХАПВАНЕ ОТ ЧЛЕНЕСТОНОГИ

1.Минимален болничен престой - 5 дни
Минимален болничен престой при фулминантни форми – 2 дни

Б. При лица под 18 години

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Туларемия
Включва: треска на еленовата муха
инфекция, предизвикана от *Francisella tularensis*
заешка треска

A21.0 Улцеро-жлезна туларемия
A21.1 Очно-жлезна туларемия
Очна туларемия
A21.2 Белодробна туларемия
A21.3 Гастроинтестинална туларемия
Абдоминална туларемия
A21.7 Генерализирана туларемия
A21.8 Други форми на туларемия

Лептоспироза
A27.0 Лептоспироза иктеро-хеморагична
Лептоспироза, предизвикана от *Leptospira interrogans*, серовар icterohaemorrhagiae
A27.8 Други форми на лептоспироза

Други инфекции, предизвикани от спирохети
A69.2 Лаймска болест
Хроничен мигриращ еритем, предизвикан от *Borrelia burgdorferi*

Петнист тиф
Не включва: рикетсиоза, предизвикана от*Eherlichia sennetsu* (A79.8)
A75.0 Епидемичен въшков петнист тиф, предизвикан от *Rickettsia prowazekii*
Класически тиф (треска)
Епидемичен (въшков) тиф
A75.1 Рецидивиращ тиф [болест на Brill]
Болест на Brill-Zinsser
A75.2 Тиф, предизвикан от *Rickettsia typhi*
Плъхов (епидемичен бълхов) тиф
A75.9 Петнист тиф, неуточнен
Тиф (треска) БДУ

Петниста треска [кърлежови рикетсиози]
A77.0 Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia rickettsii*
Петниста треска на Скалистите планини
Треска Sao Paulo
A77.1 Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia conorii*
Африкански кърлежов тиф
Пароксизмална треска
Индийски кърлежов тиф

Кенийски кърлежов тиф
Марсилска треска
Средиземноморска кърлежова треска

A77.2 **Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia siberica***
Северноазиатска кърлежова треска
Сибирски кърлежов тиф

A77.3 **Петниста треска, предизвикана от *Rickettsia australis***
Куинслендски кърлежов тиф

A77.8 **Други петнисти трески**

A77.9 **Петниста треска, неуточнена**
Кърлежов тиф БДУ

A78 **Ку-треска**
Инфекция, предизвикана от *Coxiella burnetti*
Треска на "деветата миля"
Квадрилатерална треска

Други рикетсиози

A79.0 **Окопна треска**
Петдневна пароксизмална треска
Волинска треска

A79.1 **Вариолоподобна рикетсиоза, предизвикана от *Rickettsia akari***
Kew Garden треска
Везикулозна рикетсиоза

A79.8 **Други уточнени рикетсиози**
Рикетсиоза, предизвикана от *Ehrlichia sennetsu*

A79.9 **Рикетсиоза, неуточнена**
Инфекция, предизвикана от рикетсии БДУ

A94 **Вирусна треска, предавана от членестоноги, неуточнена**
Арбовирусна треска БДУ
Арбовирусна инфекция БДУ

Малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum*

Включва: смесени инфекции, предизвикани едновременно от *Plasmodium falciparum* и други видове маларийни плазмодии

B50.0 **Малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum* с церебрални усложнения**
Церебрална малария БДУ

B50.8 **Други форми на тежко протичаща или усложнена малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum***
Тежко протичаща или усложнена малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum*, БДУ

B50.9 **Малария, предизвикана от *Plasmodium falciparum*, неуточнена**

Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax*

Включва: смесени инфекции, предизвикани едновременно от *Plasmodium vivax* и всеки друг вид плазмодий, с изключение на *Plasmodium falciparum*

Не включва: инфекции, смесени с *Plasmodium falciparum* (B50.—)

B51.0 **Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax* с руптура на слезката**

B51.8 **Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax* с други усложнения**

B51.9 **Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax* без усложнения**
Малария, предизвикана от *Plasmodium vivax*, БДУ

Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae*

Включва: смесени инфекции, предизвикани едновременно от *Plasmodium malariae* и всеки друг вид плазмодий, освен *Plasmodium falciparum* и *Plasmodium vivax*

Не включва: случаи на смесена инвазия с *Plasmodium*:
- *falciparum* (B50.—)
- *vivax* (B51.—)

B52.0 Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae* с нефропатия
B52.8 Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae* с други усложнения
B52.9 Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae* без усложнения
Малария, предизвикана от *Plasmodium malariae*, БДУ

Други видове паразитологично потвърдена малария
B53.0 Малария, предизвикана от *Plasmodium ovale*
Не включва: смесени случаи с *Plasmodium*:
- *falciparum* (B50.—)
- *malariae* (B52.—)
- *vivax* (B51.—)

B54 Малария, неуточнена
Клинично диагностицирана малария без паразитологично потвърждаване

Лайшманиоза
B55.0 Висцерална лайшманиоза
Кала-азар
Пост-кала-азарна кожна лайшманиоза
B55.1 Кожна лайшманиоза
B55.2 Кожно-лигавична лайшманиоза

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

1988 Друга рентгенография

90909-00 Рентгенография на друго място

1942 Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00	М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време
1943 Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем *Включва*: сканиране на уринарен тракт *Не включва*: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
1853 Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]	
11709-00	Амбулаторен непрекъснат холтер електрокардиографски запис *Включва*: с използване на система, способна на сравняване и пълно откриване на запис
1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]	
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] *Не включва*: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода
1926 Микробиологични изследвания	
92182-08	Микробиологично изследване на проба от нервната система и/или ликвор с микроскопски препарат и детекция на антиген
92182-01	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура
92182-02	Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност *Включва:* *изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител*
91937-07	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв с микроскопски препарат
91937-00	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
1925 Паразитологични изследвания	
91937-03	Микроскопско изследване на кръв за паразитология *Включва*: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
91907-03	Микроскопско изследване на проба от далак и/или костен мозък за паразитология
91919-09	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология
1929 Вирусологични изследвания	
91922-00	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
91923-10	Изследване за Chlamydia
91903-02	Серологично изследване за Borellia (Лаймска болест)
91903-03	Серологично изследване за Rickettsia conorii (Марсилска треска)
91903-04	Серологично изследване за Лептоспироза
91903-05	Серологично изследване за Coxiella burnetii (Q треска)
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
1924 Биохимична изследвания	
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций – по преценка на лекуващия лекар
1926 Невромускулна електродиагностика	
	ЕМГ [електромиография]: • на ≥ 1 мускул(и)

• използвайки кръгови иглени електроди
Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители
• Dextran
• Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)

• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, което задължително включва:

КП да се счита за завършена ако са приложени 2 основни диагностични процедури и една терапевтична процедура.

Първата диагностична процедура задължително е с код 91910-04 **ПКК.**

Втората диагностична процедура е с един от кодовете в **блок 1929** (91922-00 или 91923-10 или 91903-02 или 91903-03 или 91903-04 или 91903-05 или код за туларемия)

или с един от кодовете от блок **1926** (92182-08/ 92182-01/92182-02/91937-07/91937-00/91937-02)

или с един от кодовете на блок **1925** (91937-03/91907-03/91919-09).

Биохимия, по преценка на лекаря.

С код 91903-02 Серологично изследване за Borellia се отчита Лаймска болест

С код 91903-03 Серологично изследване за Rickettsia conorii се отчита Петниста треска.

С код 91903-05 Серологично изследване за Coxiella burnetii се отчита Q треска

С код 91903-04 Серологично изследване за Лептоспироза

С код 96197-02 се отчита прилагането на антипаразитни медикаменти.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по инфекциозни болести
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Паразитологична лаборатория
2. ОАИЛ/КАИЛ
3. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
4. Клинична патология – на територията на населеното място
5. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- един лекар със специалност по инфекциозни болести

или

един лекар със специалност по паразитология (за Малария и Лайшманиоза)

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

В случаите на Малария и Лайшманиоза е задължителна консултация с лекар със специалност по медицинска паразитология, когато в инфекциозната сгруктура липсва такъв.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с данни за туларемия при:

3. лимфонодулит - лимфни възли с големина до ябълка, мекоеластични, неболезнени, подвижни, несрастнали; характерно е продължително протичане, често в съчетание с кожни изменения (кожно бубонна форма) или едностранен тонзилит с налепи (ангинозно-бубонна форма);

4. прояви на пневмония, картина на "остър хирургичен корем", сепсис или тиф;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за Ку треска при:

1. епидемиологична анамнеза - контакт с животни, особено при грижи по време на раждане или пиене на непреварено мляко; неясно фебрилно състояние, кашлица, болки в гръдната област;
2. пневмония;
3. болки и тежест в черния дроб, иктер, безапетитие, гадене, повръщане, астеничен синдром, повишени трансаминази, епидемиологични данни;
4. неясен фебрилитет, болка в сърдечната област, обща слабост, нарушения в сърдечния ритъм, епидемиологични данни.

Диагностика и лечение на пациенти с данни за лептоспироза при:

5. епидемиологична анамнеза - контакт с домашни животни и гризачи, газене във водоеми, консумация на храна, контаминирана с екскременти на гризачи;
6. краниофарингеален синдром;
7. фебрилитет;
8. обривен синдром;
9. иктерен синдром;
10. начална остра бъбречна недостатъчност;
11. мускулни болки;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за Марсилска треска при:

12. "Черно петно" по кожата при анамнеза за контакт с кучета или кърлежова експозиция;
13. краниофарингеален синдром и висок фебрилитет с продължителност от 1 - 2 седмици;
14. прояви от страна на ЦНС;
15. хеморагичен синдром;
16. пъпчест обрив, вкл. по длани и стъпала; полиморфен обрив;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за петнист тиф при:

17. хепатоспленомегалия;
18. фебрилитет;
19. количествени промени в съзнанието;
20. обрив;
21. наличие на хеморагичен синдром;

Диагностика и лечение на пациенти с данни за за малария и висцерална лайшманиоза при:

22. фебрилитет с неизяснен произход;
23. хепатоспленомегалия;
24. анемичен синдром;
25. панцитопения (за висцерална лайшманиоза);
26. положителен резултат от морфо-паразитологично изследване;
27. положителен резултат от серологично изследване (за висцерална лайшманиоза).

Диагностика и лечение на пациенти с данни за Лаймска болест при:

28. наличие на еритема мигранс - предимно във физиологичните гънки, гръб, корем, с незначителни локални и общи прояви след премахване на кърлеж или при кърлежова експозиция (сезонност - пролетно-лятна);

29. радикулополиневрит, засягане на краниалните нерви (лицев нерв, очедвигателни нерви);

30. Лайм-кардит;

31. Лайм-артрит;

32. невроборелиоза.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания – клинична лаборатория се извършва до 24 час, вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания за малария се извършва до 24 час, а при останалите заболявания до края на болничния престой. Абдоминална ехография се извършва до края на болничния престой. Костно-мозъчна пункция се извършва до края на болничния престой по преценка при всеки конкретен пациент. Биохимични изследвания се извършват по преценка.

Етиологичното лечение на ТУЛАРЕМИЯ включва:

Антибиотици - средство на избор са аминогликозидите.

Когато лечението започне до 7-ия ден от началото на заболяването, температурата се понижава или спада след 2-3 дни, докато кожните лезии и лимфонодулитът се повлияват след 1-2 седмици.

Други антимикробни препарати

Тетрациклините и химиотерапевтици в курс от 14-21 дни. При употребата на тези препарати по-често се отбелязва терапевтичен неуспех и релапси. Релапсите са в резултат на запазване на микроорганизми вътреклетъчно и по-често се свързват с бактериостатични препарати като тетрациклини и химиотерапевтици.

По-тези причини те все по-рядко се препоръчват напоследък.

Флуорираните хинолони са ефективна алтернатива в срок от 10 дни. Рискът от артропатия, описан при опитни животни, днес се приема за минимален. При възрастни се прилага в оптимална доза.

При тежки случаи може да се комбинират 2 препарата, напр. аминогликозиди и флуохинолони.

При пациенти със стартова парентерална терапия със химиотерапевтик, тетрациклин и хинолон, след клинично подобрение, може да се продължи с перорални форми.

Макролидите и бета-лактамите не се препоръчват. Независимо че in vitro Fr. tularensis е чувствителна на цефтриаксон, клиничните проучвания са показали терапевтичен неуспех.

Друго лечение

Инцизия при флуктуация на лимфните възли, но задължително на фона на предхождащо антибиотично лечение.

КУ ТРЕСКА

Етиологичното лечение на острата Ку-треска включва:

- тетрациклини (14-21 дни);
- хинолони или туберкулостатици - 3 седмици.

При бременни по-рядко се прилагат макролиди и TSM, но по принцип липсва препоръчителен антибиотичен режим.

Лечение на хроничната Ку треска

Значително по-сложна е ситуацията при хроничната Ку треска, изискваща продължително лечение и проследяване поради склонността към късни рецидиви. Препоръчителният терапевтичен режим при Ку ендокардита днес включва антималарийни препарати, алкализиращи лизозомите, в комбинация с тетрациклини, минимално за 18 месеца.

При пациенти с клапни увреди за профилактика на хронифицирането лечението на острите форми трябва да е като при хроничните форми

ЛЕПТОСПИРОЗИ:

- пеницилин;
- тетрациклин.

Патогенетично и симптоматично лечение; при развитие на ОБН – хемодиализа.

МАРСИЛСКА ТРЕСКА

Етиологичното лечение включва:

- препоръчителна антибактериална група - тетрациклини;
- флуорирани хинолони;
- макролиди, показани и при бременни.

МАЛАРИЯ

Заболяването се внася в България от чужденци и българи, пристигащи от ендемични тропически страни. При съмнения диагностиката се провежда незабавно от съответните специалисти в лечебните и здравни заведения за извънболнична помощ. Хоспитализацията е задължителна при микроскопски доказана малария (Инструкция №08 за профилактичните, лечебните и организационни мерки срещу маларията и другите тропични паразитни болести).

ТРОПИЧЕСКА МАЛАРИЯ (малария фалципарум)
МАЛАРИЯ ТЕРЦИАНА И МАЛАРИЯ ОВАЛЕ
МАЛАРИЯ КВАРТАНА

Етиологичното лечение включва приложение на утвърдени схеми на лечение с антималарийни препарати.

ВИСЦЕРАЛНА ЛАЙШМАНИОЗА

Висцералната лайшманиоза се регистрира като местно и внасяно от ендемични страни заболяване. В последните години случаите на заболявания зачестиха. Ако не се проведе своевременна диагностика и етиологично лечение е възможен летален изход.

Етиологичното лечение включва приложение на следния препарат:

1. антимикотични полиенови антибиотици, (прилага се само по витални индикации, при липса на Meglomine antimoniate, поради високата токсичност на препарата).
2. Meglomine antimoniate i.m. 20-60 mg. антимон база/кг.т.м. дневно за лечебен курс 20-28 дни.

Лечението на малария и лайшманиоза се извършва след задължителна консултация със специалист по медицинска паразитология.

ЛАЙМСКА БОЛЕСТ

На съвременния етап за лечение на ***Еритема мигранс (ЕМ)*** се използват 3 перорални/инфузионни антибиотика: тетрациклини, полусинтетични пеницилини и цефалоспорини II генерация за 14-21 дни.

Въпреки добрата ин витро активност на макролидите, резултатите от прилагането им са противоречиви. На този етап не се препоръчват като антибиотици от първи ред.

Пациентите трябва да се предупреждават за възможността за развитие на Jarisch-Herxheimer реакция до 24-ия час от началото на лечението. Тя се наблюдава в 15-20% поради бързото разрушаване на спирохетите и подкрепя правилността на диагнозата.

Много важно е, че след правилно проведеното лечение и настъпилото оздравяване, положителните серологични резултати могат да се задържат с месеци, дори с години! Това обаче не означава персистираща инфекция и не налага допълнително антибиотично лечение, освен в случаите на явен рецидив на заболяването.

Етиологичното лечение на ранната дисеминирана Лаймска борелиоза (втори стадий) и късна Лаймска борелиоза (трети стадий) се провежда за период 3-4 седмици. Понякога се налагат повторни курсове. Подходящи са следните антибиотици:

Цефалоспорини III генерация.

Цефалоспорини II генерация.

Пеницилини.

КРИТЕРИИ ЗА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО

Малария, предизвикана от Plasmodium falciparum – за тежки клинични форми на заболяването се приемат кодове по МКБ10 – B50.0, B50.8, малария при бременни жени и при наличие на всички форми на паразита при морфо-паразитологично изследване.

Малария, предизвикана от Plasmodium vivax - за тежки клинични форми на заболяването се приемат кодове по МКБ10 – B51.0 и B51.8

Малария, предизвикана от Plasmodium malariae - за тежки клинични форми на заболяването се приемат кодове по МКБ10 – B52.0 и B52.8

Малария, предизвикана от Plasmodium ovale – заболяването протича доброкачествено

Лайшманиоза

Висцерална лайшманиоза – всички клинични форми на заболяването се приемат за тежки.

Кожна лайшманиоза – заболяването протича доброкачествено.

Кожно-лигавична лайшманиоза – за тежки се приемат случаите със засягане на кожата и лигавиците по главата.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на епидемиологични и клинични данни, подкрепени с вирусологични, паразитологични и/или серологични данни.

За потвърждаване на клиничната диагноза Средиземноморска петниста треска (Марсилска треска) и Ку-треска, е необходимо изследване на 2 серумни проби през 10-15 дни, за отчитане сероконверсия или нарастване титрите на антителата в динамика.

При Erythema migrans се наблюдава забавено развитие на антителния отговор и първата проба трябва да се вземе на 20-30-ия ден от началото на заболяването независимо от провежданото антибиотично лечение. В 40-50% от случаите серологичните резултати са отрицателни, без това да отхвърля диагнозата. Клиничната диагноза самостоятелно е достатъчна за обявяване на Лаймска болест. Всички останали случаи на неврологични, ставни, сърдечни и очни прояви е необходимо да бъдат лабораторно потвърдени. За диагнозата невроборелиоза освен възпалителните изменения в ликвора решаващо значение има доказването на интратекална продукция на антитела срещу Borrelia burgdorferi чрез повишени ликвор/серум индекси.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и пълно клинично оздравяване и/или с подобрение при спазване на епидемиологичните изисквания;

Критерии за дехоспитализация при малария:

- клинично оздравяване на пациента;
- трикратен отрицателен резултат за маларийни паразити.

Критерии за дехоспитализация при висцерална лайшманиоза:

- наличие на обективни данни за пълно клинично оздравяване и/или с подобрение;
- параклинични показатели с подобрение на стойностите;
- сплено-хепатомегалия в обратно развитие.

При останалите заболявания - наличие на обективни данни за клинично подобрение и/или възстановяване.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) ТУЛАРЕМИЯ, КУ ТРЕСКА, МАРСИЛСКА ТРЕСКА, ЛАЙМСКА БОЛЕСТ

От проведените консултации със специалист и от Вашия личен лекар вече знаете, че Вие имате сериозно инфекциозно заболяване, чийто причинител се пренася чрез кърлежи. В България това са рикетсиозите (Ку-треска и Марсилска треска) и Лаймската болест. Самото ухапване често обаче остава незабелязано. При Ку-треската заразяването става и чрез пиене на непреварено мляко или вдишване на причинителя (въздушно-капков път). При туларемията също има и други механизми на заразяване – директен контакт със заразени животински материали при клане или дране на кожи, чрез заразена храна и вдишване на инфектиран прах или аерозол. Тези заболявания обикновено започват остро, с повишена температура, отпадналост, болки по мускулите и ставите, главоболие. При някои се появява обрив - локализиран (Лаймска болест) или дифузен (Марсилска треска). Ку-треската най-често протича като фебрилно състояние или пневмония, която не се подобрява от обичайната терапия. При тежките форми на Марсилска треска се появяват кръвоизливи, който могат да са фатални. Туларемията има разнообразна симптоматика, като най-често на мястото на проникването на причинителя (кожа) се развива язва и регионерните лимфни възли се увеличават.

Някои от тези заболявания протичат леко, но дори и тогава са възможни усложнения. Затова болничното лечение в инфекциозно отделение/клиника е препоръчително при всички тези заболявания. В инфекциозно отделение ще бъдете под непрекъснато наблюдение и ще получите адекватно лечение.

Вашият престой ще бъде най-малко 7-10 дни, а при някои форми макар и рядко – 20 дни. При усложнения престоят ще бъде удължен.

За поставяне на окончателната диагноза са необходими редица изследвания - най-често на кръвта. При необходимост ще се направи рентгенография на бял дроб, скенер на глава, ЕКГ. За това ще бъдете допълнително уведомен.

Лечението при едни от заболяванията е предимно по венозен път, при други - през устата.

Състоянието Ви ще бъде непрекъснато проследявано от лекуващия екип. Ако пожелаете лечението да бъде прекратено, трябва да изразите това писмено. Така освобождавате лекуващия екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

Близките Ви ще могат да посещават клиниката/отделението в указаното време, като това е съобразено с факта, че се намирате в инфекциозно отделение. При посещенията ще получите информация от лекуващия екип.

Необходимо е пълното Ви съдействие, за осъществяване на лечебните и диагностични процедури, което гарантира благоприятна прогноза на заболяването.

МАЛАРИЯ

От проведените консултации и изследвания на специалисти и личния Ви лекар във връзка с болестните Ви оплаквания се диагностицира сериозно паразитно заболяване – малария, която отдавна е изкоренена от страната ни.

Това заболяване се причинява от едноклетъчни паразити, предавани на човек в резултат на ухапване от заразени маларийни комари. Възможност за заразяване сега няма у нас, но в тропическите и субтропическите страни маларията се среща често и пребиваващите там граждани са изложени на риск. Болестният процес се развива след определен инкубационен период, проявява се отначало с трескаво състояние и покачване на температурата, поради което често се бърка с простудно заболяване. Проникналите в организма паразити се размножават в кръвта и водят до сериозни усложнения, а при ненавременна диагноза и лечение в определени случаи може бързо да настъпи летален изход.

Нелекуваните своевременно пациенти представляват също източници на малария. Поради сериозността на заболяването, необходимите изследвания, специфичното лечение и наблюдение на пациента, лечението в болнични условия са задължителни за нашата страна. За поставяне диагнозата и проследяване на ефекта от лечението трябва да се направят някои необходими изследвания, предимно на кръв. Манипулацията за това практически е безопасна при извършване от специализиран медицински персонал.

Ако се допусне забавяне на диагнозата и лечението, са възможни усложнения до фатален край. Поради това постъпването Ви в определеното болнично отделение е строго наложително. Ще Ви се провежда съответно лечение с противомаларийни препарати и други лекарствени средства.

За пълнота Ви молим да прочетете описаните по-долу процедури, които предстоят да бъдат извършени във Ваш интерес.

Престоят Ви в отделението ще продължи не по-малко от 6 дни. При наличие на усложнения болничният престои ще се наложи да бъде удължен.

Ще Ви се направят необходимите кръвни и паразитологични изследвания, рентгеново изследване на бели дробове, ЕКГ, ехографско изследване. За част от изследванията ще бъдете допълнително информирани и ще Ви бъде искано съгласие за извършването им.

Лечението Ви ще се извършва чрез поемане на медикаменти през устата, но при необходимост и с венозни вливания.

Екип от специалисти ще следят Вашето здравословно състояние през целия престои от деня на приемането до изписването Ви. По всяко време на болничния престой имате право да се откажете от предложеното лечение, но това може да доведе до фатален за здравето Ви резултат.

Вашите близки ще може да посещават клиниката в указаните за това дни и часове, които са съобразени с актуалната епидемиологична ситуация и с факта, че може да се намирате и в инфекциозно отделение. По време на посещението на Ваши близки лекуващият екип ще им даде подробна информация за Вашето състояние.

При всеки случаи от Вас ще се иска активно съдействие за вземане на всяко решение по отношение лечебните и диагностични процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото е необходимо да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за понататъшното Ви здравословно състояние.

ВИСЦЕРАЛНА ЛАЙШМАНИОЗА

При проведените консултации и изследвания от специалисти и личния Ви лекар във връзка с болестните Ви оплаквания се диагностицира сериозно, рядко срещащо се паразитно заболяване – висцерална лайшманиоза.

Това заболяване се причинява от едноклетъчни паразити, предавани на човек в резултат на ухапване от заразени малки мушици – папатаци (флеботоми). Болестният процес се развива продължително време, температурата се покачва неравномерно, а паразитите проникват и увреждат костния мозък, черния дроб, далака, лимфните възли. Поради сериозността на заболяването, необходимите изследвания, специфичното лечение и медицинското наблюдение на пациента налага се обезателно лечение в болнични условия. За поставяне на диагнозата и проследяване ефекта на лечението е необходимо да се направят някои необходими изследвания, включително на костен мозък. Манипулацията за това - костно-мозъчна пункция, е практически безопасна, когато се извършва от опитни специалисти.

Ако се допусне забавяне на лечението са възможни усложнения и заболяването прогресира до фатален изход. Поради това постъпването Ви в определеното болнично отделение е строго наложително. Ще Ви се провежда съответно лечение с антимонови и друг вид лекарствени препарати.

За пълнота Ви молим да прочетете описаните по-долу процедури, които предстоят да бъдат извършени във Ваш интерес:

Престоят Ви в отделението ще продължи не по-малко от 25 дни. При наличие на усложнения болничният престои ще се наложи да бъде удължен.

Ще Ви се направят необходимите кръвни и паразитологични изследвания, рентгеново изследване на бял дроб, ЕКГ, ехографско изследване. За чест от изследванията ще бъдете допълнително информирани и ще Ви бъде искано съгласие за извършването им.

Лечението Ви ще се извършва предимно по инжекционен път – с мускулна апликация на лекарствените препарати.

Екип от специалисти ще следят Вашето здравословно състояние през целия престои от деня на приемането до изписването Ви. По всяко време на болничния престой имате право да се откажете от предложеното лечение, но това може да доведе до фатален за здравето Ви резултат.

Вашите близки ще могат да посещават клиниката в указаните за това дни и часове, които са съобразени с актуалната епидемиологична ситуация и с факта, че може да се намирате и в инфекциозно отделение. По време на посещението на Ваши близки лекуващият екип ще им даде подробна информация за Вашето състояние.

При всеки случаи от Вас ще се иска активно съдействие за вземане на всяко решение по отношение лечебните и диагностични процедури.

Ако по време на лечението пожелаете да прекратите същото е необходимо да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия Ви екип от отговорността за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

КП № 100 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР ВИРУСЕН ХЕПАТИТ "А" И "Е"

1.Минимален болничен престой - 5 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър хепатит А
B15.0 Хепатит А с хепатална кома
B15.9 Хепатит А без хепатална кома
Хепатит А (остър) (вирусен) БДУ

Други остри вирусни хепатити
B17.2 Остър хепатит Е
B17.8 Други уточнени остри вирусни хепатити
Хепатит нито А, нито С (остър)(вирусен), НКД
Хепатит, причинен от HSV
Хепатит, причинен от Цитомегаловирус
Хепатит, причинен от EBV

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1943 Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем *Включва*: сканиране на уринарен тракт *Не включва*: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
1929 Вирусологични изследвания	
91922-00	Серологично изследване за HIV 1/2 антитела
91922-03	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен А вирус
91922-04	Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус
91922-05	Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела и HBeAg на хепатитен В вирус
91922-06	Серологично изследване на антитела срещу хепатит С вирус Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серо-) типизиране за хроничен хепатит С Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С
91923-10	Изследване за Chlamydia
91911-19	Други вирусологични изследвания
91922-07	Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
1924 Биохимична изследвания	
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
1934	**Други лабораторни изследвания**

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители
• Dextran
• Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, което задължително включва: ПКК (91910-04), биохимия (91910-15, 91910-16, 91910-26, 91910-27) и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" - за лечението на болни с код по МКБ-10 B15.0. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по инфекциозни болести или Неонатологична клиника/отделение - за новородени до 28-ия ден след раждането
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
2. Клинична патология – на територията на областта
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по "Неонатология"):

- лекар със специалност по неонатология при задължително документирана консултация с инфекционист;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Болни с остър хепатит А и Е в състояние на хепатална кома, които са нетранспортабилни, е възможно да бъдат лекувани в Инфекциозна клиника/отделение – II ниво на компетентност, при условие че задължително е проведена и документирана консултация с републикански консултант по инфекциозни болести.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с данни за остър вирусен хепатит А и Е при:

- тежък астено-адинамичен синдром, придружен от повръщане, главоболие и болки в дясното подребрие, изразен иктерен синдром;
- наличие на хеморагии по кожата и от гастроинтестиналния тракт;
- енцефалопатия и количествени промени в съзнанието.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лечението на пациента с остър вирусен хепатит започва веднага с постъпването. Няма значение етиологичния причинител (HAV, HEV) – започва се с вливания на глюкозно-левулозни разтвори до 2 литра течности според тежестта на заболяването и хепатопротективна терапия перорално. При най-леките форми на ОВХ венозните вливания могат да бъдат ограничени и течностите да бъдат приемани през устата;

В случаите на подчертано клинично влошаване в първите часове и дни след хоспитализацията се разширяват лабораторните показатели и терапевтичния план; терапевтичният план да съдържа и включването на парентерален хепатопротектор;

В първия ден след хоспитализацията се назначава минимума лабораторни изследвания;

В рамките на болничния престой се провежда ехографско изследване на черния дроб с оглед ДД възможности при иктерен синдром и възможността от наслагване на остър възпалителен процес с вирусна генеза (ОВХ) върху предшестващо (хронично) чернодробно страдание (стеатоза, калкулоза и др.);

Задължителна преоценка на поведението се прави при влошаване на клиничното състояние – базира се на комплекс от показатели – клинични, лабораторни, ехографски;

В случаите на подчертано клинично влошаване в първите часове и дни след хоспитализацията се разширяват лабораторните изследвания и терапевтичния план;

При постепенно подобряване на състоянието пациентът с ОВХВ и ОВХС може да бъде изписан, съобразно минималния болничен престой и при продължаване на лечението (перорално) в домашни условия при спазване на хигиенно-диетичния режим;

Пациентът може да бъде оставен в болницата на перорална хепатопротективна терапия без венозни вливания 1-2 дни преди изписването под наблюдение за потвърждаване стабилността на клиничното състояние;

При изписването на болния се представя инструкция за режима, диетата и лечението в дома, определя се датата за първи контролен преглед с необходимия минимум биохимични и вирусологични изследвания.

ОВХ тип А може да протече под формата на:

- симптоматична (иктерична) клинична форма;
- холестатична, при която иктерът продължава повече от 8 седмици.
- релапсиращ остър вирусен хепатит в период от 6 до 10 седмици.
- фулминантен.

Минимум 5-дневно болнично наблюдение и лечение е необходимо при неусложнените форми на ОВХ тип А с вливания на глюкозно-левулозни разтвори и хепатопротектори перорално.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО									
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ											
Спонтанно	4										
На повикване	3										
На болка	2										
Няма отговор	1										
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР											
Ориентиран	5										
Объркан	4										
Неадекватен	3										
Неразбираем	2										
Няма отговор	1										
МОТОРЕН ОТГОВОР											
Подчинява се	6										
Локализира	5										
Отдръпва (оттегля) Абнормна флексия	4 3										
Абнормна екстензия	2										
Няма отговор	1										
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ											
Фронто - орбикуларен	5										
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	4										
Зенична реакция на светлина	3										
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	2										
Окулокардиален	1										
Няма отговор	0										
ОБЩ СБОР:											

Интерпретация на общия сбор:

- пълна кома – 3 т.
- децеребрация – 4 т.
- декортикация – 5 т.
- сомнолентност - над 10 т.

Оценката на тежестта на състоянието на пациента при коматозни състояния по скалата на GLASGOW - LIEGE задължително се отразява в документ "История на заболяването".

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Прави се на базата на серологична и PCR диагностика при установяване на положителни маркери за хепатитна вирусна инфекция:

- за остър вирусен хепатит А: антиHAV IgM (+)

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- след изтекъл минимален болничен престой;
- липса на астено-адинамичен синдром;
- положителна динамика в биохимичните показатели;
- билирубин равен или по-малко от 100; АЛАТ - не повече от 500 UI;
- наличие на обективни данни за клинично подобрение (хепато-спленомегален синдром и други).

При наличие на решут при остър вирусен хепатит А и Е (стойности на АЛАТ ≥ 1000 МЕ или общ билирубин над 250 мкмол/л.) се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не по-вече от 5% от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) ОСТЪР ВИРУСЕН ХЕПАТИТ

Както вече Ви е известно, Вие (детето Ви) сте заболели от остър вирусен хепатит. Това е заболяване на черния дроб, което представлява остро възпаление, причинено от вируси, които избирателно поразяват черния дроб. Появява се бързо, може да прогресира, да предизвика нарушения в чернодробната функция с всички неблагоприятни последици. Затова се налага приемането Ви в болница. Провеждането на лечение в домашни условия е рисково, тъй като трудно могат да се контролират в динамика венозните вливания (риск от инфекция), могат да се получат кървене от лигавиците, кръвоизливи по кожата, което налага непрекъснато лекарско наблюдение. При една част от болните настъпват нарушения в съзнанието, те са объркани, неадекватни. Може да се стигне до най-лошото – загуба на съзнание и хепатална кома, която е с голяма смъртност (90%). Ето защо наблюдението трябва да се извършва в болница от висококвалифициран и специализиран екип.

Вашият лекар е преценил, че за лечението и наблюдението Ви е необходимо да постъпите в болница, където ще бъдете лекувани в условията на специализирано хепатитно отделение или интензивно отделение, поради значителните нарушения от страна на черния дроб и тежестта на заболяването.

Докато трае Вашето лечение (на детето Ви) ще трябва да спазвате предписаните режим, диета и лекарства, както и да съобщавате на лекуващия Ви лекар за всички възникнали оплаквания или проблеми, които считате за важни.

Ще Ви бъдат направени различни изследвания, включително изследване за чернодробната функция, за бъбречната функция, ехография, биохимични изследвания на кръвта, пълна кръвна картина, вирусологични изследвания за установяване кой вирусен хепатит сте развили и кой е неговият причинител. При необходимост ще бъдат проведени допълнителни изследвания (рентген, микробиологични изследвания и пр.), за които допълнително ще бъдете информирани, за да дадете съгласието си да бъдат извършени.

Лечението Ви ще включва постелен режим, венозни вливания на глюкозо-левулозни разтвори, медикаменти, укрепващи черния дроб и други лекарства, които ще бъдат прилагани венозно или мускулно.

Вашите близки ще могат да посещават клиниката в указаните за това дни и часове, които са съобразени с моментната епидемиологична ситуация и с факта, че се намирате в инфекциозно отделение. По време на посещението на Вашите близки, лекуващият екип ще им даде подробна информация за Вашето състояние.

Наше задължение е да проследяваме здравословното Ви състояние от деня на приемане в болница, по време на престоя и от 3 месеца до една година след изписване в зависимост от типа на хепатита.

КП № 101 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР ВИРУСЕН ХЕПАТИТ "B", "C" И "D"

1.Минимален болничен престой - 5 дни
При хепатална кома – 2 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър хепатит В

B16.0 Остър хепатит В с делта-агент (коинфекция) с хепатална кома
B16.1 Остър хепатит В с делта-агент (коинфекция) без хепатална кома
B16.2 Остър хепатит В без делта-агент с хепатална кома
B16.9 Остър хепатит В без делта агент и без хепатална кома
Хепатит В (остър)(вирусен) БДУ

Други остри вирусни хепатити

B17.0 Остра делта-(супер)инфекция при хепатит В носителство
B17.1 Остър хепатит С

Вирусен хепатит, неуточнен

B19.0 Неуточнен вирусен хепатит с хепатална кома
B19.9 Неуточнен вирусен хепатит без хепатална кома

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3.ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1943 Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем *Включва*: сканиране на уринарен тракт *Не включва*: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
1929 Вирусологични изследвания	
91922-03	Серологично изследване на IgM антитела срещу хепатитен А вирус
91922-04	Серологично изследване на HBsAg на хепатитен В вирус
91922-05	Серологично изследване на anti-HBcIgM антитела и HBeAg на хепатитен В вирус
91922-07	Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)
91911-19	Други вирусологични изследвания
91922-06	Серологично изследване на антитела срещу хепатит С вирус Извършване в реално време PCR за определяне на HCV-RNA и извършване на гено- (серо-) типизиране за хроничен хепатит С Определяне на HCV - RNA при остър вирусен хепатит С
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
1924 Биохимична изследвания	
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители
• Dextran
• Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)

	• устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент *Виж допълнителни знаци*
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент *Виж допълнителни знаци* Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, което задължително включва: ПКК (91910-04), биохимия (91910-15, 91910-16, 91910-26, 91910-27) и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

При клинично доказан риск от хронифициране на хепатит тип С се извършва и молекулярно-генетична диагностика.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" - за лечението на болни с кодове по МКБ-10 B16.0 и B16.2. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по инфекциозни болести или Неонатологична клиника/отделение - за новородени до 28-ия ден след раждането
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
2. Клинична патология – на територията на областта
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането (съгласно медицински стандарт по "Неонатология"):

- лекар със специалност по неонатология при задължително документирана консултация с инфекционист;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Болни с остър вирусен хепатит B, C и D в състояние на хепатална кома, които са нетранспортабилни, е възможно да бъдат лекувани в Инфекциозна клиника/отделение – II ниво на компетентност, при условие че задължително е проведена и документирана консултация с републикански консултант по инфекциозни болести.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение на пациенти с данни за остър вирусен хепатит B, C и D при:

- тежък астено-адинамичен синдром, придружен от повръщане, главоболие и болки в дясното подребрие;
- наличие на хеморагии по кожата и от гастроинтестиналния тракт;
- енцефалопатия и количествени промени в съзнанието;
- при наличие на решут при остър вирусен хепатит B в рамките на един месец, е възможна повторна хоспитализация в същия отчетен период (стойности на АЛАТ ≥ 1000 ме).

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лечението на пациента с остър вирусен хепатит започва веднага с постъпването. Няма значение етиологичния причинител (HBV, HCV, HDV) – започва се с вливания на глюкозно-левулозни разтвори до 2 литра течности според тежестта на заболяването и хепатопротективна терапия перорално. При най-леките форми на ОВХ венозните вливания могат да бъдат ограничени и течностите да бъдат приемани през устата;

В случаите на подчертано клинично влошаване в първите часове и дни след хоспитализацията се разширяват лабораторните показатели и терапевтичния план;терапевтичният план да съдържа и включването на парентерален хепатопротектор;

По преценка и при възможност се провежда терапия с хипербарна оксигенация;

В първия ден след хоспитализацията се назначава минимума лабораторни изследвания;

В рамките на болничния престой се провежда ехографско изследване на черния дроб с оглед ДД възможности при иктерен синдром и възможността от наслагване на остър възпалителен процес с вирусна генеза (ОВХ) върху предшестващо (хронично) чернодробно страдание (стеатоза, калкулоза и др.);

Задължителна преоценка на поведението се прави при влошаване на клиничното състояние – базира се на комплекс от показатели – клинични, лабораторни, ехографски;

В случаите на подчертано клинично влошаване в първите часове и дни след хоспитализацията се разширяват лабораторните изследвания и терапевтичния план;

При постепенно подобряване на състоянието пациентът с ОВХВ и ОВХС може да бъде изписан, съобразно минималния болничен престой и при продължаване на лечението (перорално) в домашни условия при спазване на хигиенно-диетичния режим;

Пациентът може да бъде оставен в болницата на перорална хепатопротективна терапия без венозни вливания 1-2 дни преди изписването под наблюдение за потвърждаване стабилността на клиничното състояние;

При изписването на болния се представя инструкция за режима, диетата и лечението в дома, определя се датата за първи контролен преглед с необходимия минимум биохимични и вирусологични изследвания.

ОВХ с основен механизъм на предаване парентерален (ОВХ тип В, ОВХ тип С, ОВХ нито В нито С) се хоспитализират в инфекциозни отделения за период според тежестта на заболяването, **но не по-малко от 5 дни.** Тези остри вирусни хепатити могат да протекат в следните клинични форми :

- остра иктерична форма с цитолизен синдром.
- остра иктерична форма с холестазен синдром.
- остър хепатит със затегнато протичане.
- остра аниктерична форма.
- оточно-асцитна форма на остър вирусен хепатит.

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМИ ПО GLASGOW - LIEGE

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО									
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ											
Спонтанно	4										
На повикване	3										
На болка	2										
Няма отговор	1										
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР											
Ориентиран	5										
Объркан	4										
Неадекватен	3										
Неразбираем	2										
Няма отговор	1										
МОТОРЕН ОТГОВОР											
Подчинява се	6										
Локализира	5										
Отдръпва (оттегля) Абнормна флексия	4 3										
Абнормна екстензия	2										
Няма отговор	1										
МОЗЪЧНО-СТВОЛОВИ РЕФЛЕКСИ											
Фронто - орбикуларен	5										
Вертикален окулоцефален или окуловестибуларен	4										
Зенична реакция на светлина	3										
Хоризонтален окулоцефален или окуловестибуларен	2										
Окулокардиален	1										
Няма отговор	0										
ОБЩ СБОР:											

Интерпретация на общия сбор:

- пълна кома – 3 т.
- децеребрация – 4 т.
- декортикация – 5 т.
- сомнолентност - над 10 т.

Оценката на тежестта на състоянието на пациента при коматозни състояния по скалата на GLASGOW - LIEGE задължително се отразява в документ "История на заболяването".

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Прави се на базата на серологична и PCR диагностика при установяване на положителни маркери за хепатитна вирусна инфекция:

- за остър вирусен хепатит B: HBsAg (+) + anti HBcAgIgM (+);
- за остър вирусен хепатит C:
  - поява на анти HCV (сероконверсия) до 2-ия месец (най-късно 6-ия м.) или
  - позитивиране на HCV PCR до 2-ия месец (най-късно 6-ия м.) при предхождащо негативно HCV PCR;
  - за остър цитомегаловирусен хепатит: анти IgM CMV;
  - за остър хепатит, причинен от HSV - анти IgM HSV;
- за остър вирусен хепатит неопределен:
  - липса на специфични серологични маркери за HAV, HBV, HCV.
  - липса нуклеинова киселина на HBV, HCV.

При остър вирусен хепатит С, при пациенти, подходящи за включване на интерфероново лечение задължително се извършва PCR диагностика. Пациента се насочва за започване на интерфероново лечение по реда за осъществяване в извънболничната помощ.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- след изтекъл задължителен престой, съгласно нормативните документи;
- липса на астено-адинамичен синдром;
- положителна динамика в биохимичните показатели;
- билирубин равен или по-малко от 100; АЛАТ - не повече от 500 UI;
- наличие на обективни данни за клинично подобрение (хепато-спленомегален синдром и други).

При наличие на решут при остър вирусен хепатит В (стойности на АЛАТ ≥ 1000 ME) се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не по-вече от 5% от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

При изписване болният получава писмени инструкции с диетичния режим. Диспансеризира и се наблюдава от специалист - инфекционист в рамките на 3 месеца до 1 година (според вида на хепатита – Наредба № 43 от 13.11.95 г.), съгласувано с ОПЛ, който издава болничен лист. При необходимост и по преценка се провеждат в първия месец от изписването до два контролни прегледа, включени в цената на клиничната пътека. При установяване на клинични данни за хроничен вирусен хепатит пациента се насочва за консултация с гастроентеролог с оглед предлагането му за специфична противовирусна терапия.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) ОСТЪР ВИРУСЕН ХЕПАТИТ

Както вече Ви е известно, Вие (детето Ви) сте заболели от остър вирусен хепатит. Това е заболяване на черния дроб, което представлява остро възпаление, причинено от вируси, които избирателно поразяват черния дроб. Появява се бързо, може да прогресира, да предизвика нарушения в чернодробната функция с всички неблагоприятни последици. Затова се налага приемането Ви в болница. Провеждането на лечение в домашни условия е рисково, тъй като трудно могат да се контролират в динамика венозните вливания (риск от инфекция), могат да се получат кървене от лигавиците, кръвоизливи по кожата, което налага непрекъснато лекарско наблюдение. При една част от болните настъпват нарушения в съзнанието, те са объркани, неадекватни. Може да се стигне до най-лошото – загуба на съзнание и хепатална кома, която е с голяма смъртност (90%). Ето защо наблюдението трябва да се извършва в болница от висококвалифициран и специализиран екип.

Вашият лекар е преценил, че за лечението и наблюдението Ви е необходимо да постъпите в болница, където ще бъдете лекувани в условията на специализирано хепатитно отделение или интензивно отделение, поради значителните нарушения от страна на черния дроб и тежестта на заболяването.

Докато трае Вашето лечение (на детето Ви) ще трябва да спазвате предписаните режим, диета и лекарства, както и да съобщавате на лекуващия Ви лекар за всички възникнали оплаквания или проблеми, които считате за важни.

Ще Ви бъдат направени различни изследвания, включително изследване за чернодробната функция, за бъбречната функция, ехография, биохимични изследвания на кръвта, пълна кръвна картина, вирусологични изследвания за установяване кой вирусен хепатит сте развили и кой е неговият причинител. При необходимост ще бъдат проведени допълнителни изследвания (рентген, микробиологични изследвания и пр.), за които допълнително ще бъдете информирани, за да дадете съгласието си да бъдат извършени.

Лечението Ви ще включва постелен режим, венозни вливания на глюкозо-левулозни разтвори, медикаменти, укрепващи черния дроб и други лекарства, които ще бъдат прилагани венозно или мускулно.

Вашите близки ще могат да посещават клиниката в указаните за това дни и часове, които са съобразени с моментната епидемиологична ситуация и с факта, че се намирате в инфекциозно отделение. По време на посещението на Вашите близки, лекуващият екип ще им даде подробна информация за Вашето състояние.

Наше задължение е да проследяваме здравословното Ви състояние от деня на приемане в болница, по време на престоя и от 3 месеца до една година след изписване в зависимост от типа на хепатита.

КП № 102 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПАРАЗИТОЗИ

1.Минимален болничен престой - 2 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Амебиаза
Включва: инфекция, предизвикана от *Entamoeba histolytica*
Не включва: други протозойни чревни болести (A07.—)

A06.0 Остра амебна дизентерия
Остра амебиаза
Чревна амебиаза БДУ

A06.1 Хронична чревна амебиаза

A06.2 Амебен недизентериен колит

A06.3 Амебом на чревния тракт
Амебом БДУ

A06.4 Амебен абсцес на черния дроб
Чернодробна амебиаза

A06.5† Амебен абсцес на белия дроб (J99.8*)
Амебен абсцес на белия дроб (и черния дроб)

A06.6† Амебен абсцес на главния мозък (G07*)
Амебен абсцес на главния мозък (и черния дроб)(и белия дроб)

A06.8 Амебна инфекция с друга локализация
Амебен:
- апендицит
- баланит† (N51.2*)

Други протозойни чревни болести

A07.1 Жиардиаза [ламблиаза]

A07.2 Криптоспоридиоза

Токсоплазмоза
Включва: инфекция, предизвикана от *Toxoplasma gondii*
Не включва: вродена токсоплазмоза (P37.1)

B58.1† Токсоплазмозен хепатит (K77.0*)

B58.2† Токсоплазмозен менингоенцефалит (G05.2*)

B58.3† Белодробна токсоплазмоза (J17.3*)

B58.8 Токсоплазмоза с увреждане на други органи
Токсоплазмозен:
- миокардит† (I41.2*)
- миозит† (M63.1*)

B59 Пневмоцистоза
Пневмония, предизвикана от *Pneumocystis carinii*

Шистозомиаза [билхарциоза]
Включва: охлювна треска

B65.0 Шистозомиаза, предизвикана от *Schistosoma haematobium* [уринарна шистозомиаза]

B65.1 Шистозомиаза, предизвикана от *Schistosoma mansoni* [чревна шистозомиаза]

B65.2 Шистозомиаза, предизвикана от *Schistosoma japonicum* [азиатска шистозомиаза]

Други трематодози

B66.3 Фасциолоза
Инвазия, предизвикана от *Fasciola*:
- *gigantica*
- *hepatica*
- *indica*

Инвазия, предизвикана от овчи чернодробен метил

Ехинококоза
Включва: еднокамерна [хидатидозна] ехинококоза
B67.0 Инвазия на черния дроб, предизвикана от *Echinococcus granulosus*
B67.1 Инвазия на белия дроб, предизвикана от *Echinococcus granulosus*
B67.3 Инвазия с друга локализация и множествена ехинококоза, предизвикана от *Echinococcus granulosus*

Тениоза
Не включва: цистицеркоза (B69.—)
B68.0 Инвазия, предизвикана от *Taenia solium*
Свинска тения (инфекция)
B68.1 Инвазия, предизвикана от *Taenia saginata*
Говежда тения (инфекция)
Инвазия, предизвикана от възрастна тения *Taenia saginata*

Цистицеркоза
Включва: цистицеркоза, предизвикана от личинковата форма на свинската тения *Taenia solium*
B69.0 Цистицеркоза на централната нервна система
B69.1 Цистицеркоза на окото
B69.8 Цистицеркоза с други локализации

Други инвазии, предизвикани от цестоди
B71.0 Хименолепидоза
Малка тения (инвазия)
Плъхова тения (инвазия)

Филариоза
Не включва: онхоцеркоза (B73)
тропическа (белодробна) еозинофилия БДУ (J82)
B74.0 Филариоза, предизвикана от Wuchereria bancrofti
Вухереriозна:
елефантиаза
филариоза
B74.1 Филариоза, предизвикана от Brugia malayi
B74.2 Филариоза, предизвикана от Brugia timori
B74.3 Лоаоза
Калабарски оток
Африканска болест, предизвикана от очен червей
Инвазия, предизвикана от Loa loa
B74.4 Мансонелоза
Инвазия, предизвикана от Mansonella:
ozzardi
perstans
streptocerca
B74.8 Други видове филариоза
Дирофилариоза

B75 Трихинелоза
Инвазия, предизвикана от *Trichinella species*
Трихиноза

Аскаридоза
Включва: аскаридоза
инвазия с кръгъл червей
B77.0 Аскаридоза с чревни усложнения
B77.8 Аскаридоза с други усложнения

Стронгилоидоза
Не включва: трихостронгилоидоза (B81.2)
B78.0 Чревна стронгилоидоза
B78.7 Дисеминирана стронгилоидоза

B79 Трихуриоза
Трихоцефалоза
Инвазия с камшичест червей

Други чревни хелминтози, некласифицирани другаде
Не включва: ангиостронгилоидоза, предизвикана от *Parastrongylus cantonensis* (B83.2)
B81.2 Трихостронгилоидоза

Други хелминтози
Не включва: капилариоза:
- БДУ (B81.1)
- чревна (B81.1)

B83.0 Висцерална форма на заболяване, предизвикано от миграция на личинките на хелминтите [висцерална *Larva migrans*]
Токсокариоза

Кодовете на диагнози към рубриките A06.5†, A06.6†, A06.8, B58.1†, B58.2†, B58.3†, B58.8, обозначени със знака (†) не могат да се използват самостоятелно, а изискват допълнителен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (*).

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

805 Биопсия на лимфни структури

Не включва: аксиларен лимфен възел (30332-00 [808])

30075-00 Биопсия на лимфен възел
Биопсия на лимфна структура
Не включва: скаленова лимфна биопсия (30096-00 [805])
Тази с лапароскопия/лапаротомия за стадиране на процеса:
- гинекологичен (35723 [810])
- лимфом (30384-00 [985])
- БДУ (35726-01 [985])

905 Фиброоптична колоноскопия

Колоноскопия през артифициална стома

32090-00 Фиброоптична колоноскопия до цекума
Дълга колоноскопия
Включва: оглед на илеума
Не включва: такава с:
- биопсия (32084-01 [911])
- полипектомия (32087-00 [911])

953 Ексцизионни процедури на черен дроб

30409-00 Перкутанна (затворена) чернодробна биопсия
Затворена иглена чернодробна биопсия
Не включва: трансюгуларна чернодробна биопсия (90298-00 [953])

1560 Биопсия на други мускулно-скелетни точки

30075-01 Биопсия на меки тъкани
Включва: бурса
фасция

мускул
сухожилие

1960 Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

1973 Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-0

2015 Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош
Включва: сърце

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб
Включва: гръбначен мозък

90901-07 Магнитно резонансна томография на крайници

90901-06 Магнитно резонансна томография на таз
Включва: пикочен мехур
простата

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

1825 Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1925 Паразитологични изследвания

92182-03 Микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за

паразитология

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

92184-03 Микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроби/или друга гръдна проба и/или храчка за паразитология

91937-03 Микроскопско изследване на кръв за паразитология

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

92186-03 Микроскопско изследване на проба от лимфен възел и/или лимфа за паразитология

91919-09 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология

91912-01 Серологично изследване за трихинелоза

91912-02 Серологично изследване за токсоплазмоза

91912-03 Серологично изследване за ехинококоза

91912-09 Други паразитологични изследвания

1929 Вирусологични изследвания

91911-19 Други вирусологични изследвания

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-15 Клинично-химични изследвания за билирубин – общ

91910-16 Клинично-химични изследвания за билирубин – директен

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ

91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1826 Невромускулна електродиагностика

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])

• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични, което задължително включва: хематологични изследвания (91910-04, 91910-05), биохимия (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-17, 91910-19, 91910-25, 91910-26, 91910-27, 91910-29, 91910-30, 91910-33) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

С код 96197-02 се отчита прилагането на антипаразитни медикаменти.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологични/вирусологични/серологични/паразитологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" и трето ниво на компетентност за МКБ кодове: B74.0, B74.1, B74.2, B74.3, B74.4, B74.8 и B79. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по инфекциозни болести, разполагаща с паразитологична структура
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Паразитологична лаборатория
2. ОАИЛ/КАИЛ
3. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
4. Клинична патология – на територията на населеното място
5. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- един лекар със специалност по инфекциозни болести;

или

един лекар със специалност по паразитология

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- един лекар със специалност по инфекциозни болести;

или

един лекар със специалност по паразитология;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

Състоянията, определени като тежки, съгласно посочените критерии за тежест на състоянието, се лекуват само в специализирани структури по паразитни и тропически болести към клиники по инфекциозни болести от III-то ниво на компетентност.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с данни за:

- чревна амебиаза
- амебом на чревния тракт
- амебен абсцес на белия дроб
- трихинелоза – всички форми
- ехинококоза
- токсокароза
- шистозомиаза
- цистицеркоза
- аскаридоза
- пневмоцистоза
- стронгиолодоза – с усложнения
- криптоспориодоза – с усложнения
- трихоцефалоза

Диагностика и лечение на пациенти с паразитози, които не изискват спешна хоспитализация:

- остри неамебни чревни протозойни паразитози, включително ламблиоза и криптоспориодоза
- ехинококоза
- тениаринхоза
- фасциолоза
- цистицеркоза
- трихостронгилоидоза
- стронгилоидоза
- хименолепидоза
- тениоза
- филариоза
- токсоплазмоза

Индикациите се определят според специфичната симптоматика.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-биологични изследвания се извършва до края на болничния престой. Образно изследване се провежда до края на болничния престой.

Остра чревна амебиаза: антитрихомоназни и антималарийни средства (амебицидни препарати).

Амебен чернодробен абсцес: антитрихомоназни средства.

Токсоплазмоза: антималарийни средства, фолиева киселина или линкозамини, макролиди или химиотерапевтици.

Трихинелоза и Токсокароза: антинематодни средства.

Ехинококоза: антинематодни средства. Болнично лечение на ехинококозата се провежда в началото при започване на химиотерапията, след което продължава при свободен режим, както и по преценка на лекуващия лекар по хода на лечението.

Фасциолоза – противопаразитна терапия.

Тениаринхоза – противопаразитна терапия.

Шистозомиаза, Цистицеркоза и Хименолепидоза – противопаразитна терапия

Аскаридоза - антинематодни средства.

Пневмоцистоза – химиотерапевтици.

Трихостронгилоидоза и Стронгилоидоза- антинематодни средства.

Жирардиаза (ламблиоза) - антитрихомоназни средства или антинематодни средства.

Криптоспоридиоза – макролиди.

КРИТЕРИИ ЗА ТЕЖЕСТ НА СЪСТОЯНИЕТО

Амебиаза – за тежки клинични форми се приемат кодове по МКБ10 - А06.3, А06.4, А06.5, А06.6 и А06.8.

Други протозойни чревни болести (Жиардиаза, Криптоспориидиоза) – изразен диариен синдром и дисеминирана форма на криптоспориодоза в съчетание с ХИВ/СПИН.

Фасциолоза – тежко засягане на черния дроб.

Ехинококоза – за тежки клинични форми се приемат кодове по МКБ-10 B67.3 и всички случаи на спонтанна или травматична руптура на ехинококова киста, независимо от нейната локализация.

Трихинелоза – клинични форми на заболяването по Pawlowski (1983).

Клинична форма - Показатели	**Безсимптомна**	**Абортивна (атипична)**	**Лека**	**Средна**	**Тежка**
Основни симптоми (фебрилитет, миалгия, оточност)	-	Олигосимптомна (за няколко дни)	Леко изразени симптоми	Добре изразени симптоми	Интензивно изразени симптоми
Температура	-	-	под 38°С до 1 седмица	над 38°С до 2 седмици	над 39°С повече от 2 седмици
Еозинофилия 0.04	преходна	често	почти винаги	винаги	може да липсва
Серологични тестове (след 4-8 седмици)	пол. (+)	пол. (+)	пол. (+)	пол. (+)	пол. (+)
Оздравяване	-	-	за 3 седмици	5-7 седмици	над 7 седмици
Усложнения	-	-	-	рядко, преходни	чести

Токсоплазмоза - за тежки клинични форми се приемат кодове по МКБ10 - B58.1†, B58.2†, B58.3†, B58.8, дисеминирана токсоплазмоза.

Шистозомиаза – тежко засягане на урогениталния тракт и храносмилателната система, определят всички случаи като тежки.

Тениоза – кодове по МКБ10 – B68.0 и B68.1 са без тежки клинични форми.

Цистицеркоза - за тежки клинични форми се приемат кодове по МКБ10 – B69.0 и B69.1

Други инвазии, предизвикани от цестоди (Хименолепидоза) – заболяването протича без тежки клинични форми.

Аскаридоза - за тежки клинични форми се приемат кодове по МКБ10 – B77.0 и B77.8

Стронгилоидоза - за тежки клинични форми се приемат кодове по МКБ10 – B78.7, особено в случаи на асоциация с HIV/ СПИН, както и в случаи с изразен диариен синдром.

Други чревни хелминтози, некласифицирани другаде (Трихостронгилоидоза) – заболяването протича без тежка клинична симптоматика.

Висцерална форма на заболяване, предизвикано от миграция на личинките на хелминтите (Токсокароза) – за тежки клинични форми се приемат случаите със засягане на зрителния апарат, ЦНС и дисеминирани форми.

*При алергични прояви в хода на лечението на всички паразитози се добавя кортикостероид. При нужда се включва и антибиотично лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на паразитологични (морфологични и/или серологични) изследвания и инструментални методи.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- липса на фебрилитет, миалгия, оточност и диаричен синдром;
- наличие на обективни данни за пълно клинично оздравяване и/или с подобрение;
- отрицателен резултат за паразити и/или параклинични показатели с подобрение на стойностите.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

АМЕБИАЗА

Типична за амебиазата клинична картина, характеризираща се с диарийни изпражнения с примеси от слуз и кръв, болки в корема и загуба на апетит при острата чревна амебиаза, и с различна органна симптоматика в зависимост от локализацията на процеса при извънчревна амебиаза.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване на трофозоити и цисти на Entamoeba histolytica в изпражненията.

Доказване на трофозоити на Entamoeba histolytica в биопсичен материал от язви в дебелото черво.

Доказване на специфичен антитяло-отговор (РИФ, РПХА, ELISA, НИЕФ).

АСКАРИДОЗА

Типична за аскаридозата клинична картина, характеризираща се в миграционния стадий с белодробен и алергичен синдром, а в чревния - с диспептичен синдром. Възможни са усложнения - обтурационен илеус, панкреатит, перитонит, холостаца, апендицит и др.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване на яйцата на Ascaris lumbricoides в изпражненията.

Доказване на възрастния паразит - спонтанно излязъл или в изпражнения.

ЕХИНОКОКОЗА

Заболяване с клинична картина, характерна за ехинококозата, която може да се прояви с различни клинични синдроми, вариращи в зависимост от размера на кистите и тяхната локализация.

Лабораторни критерии за диагноза:

Патохистология.

Комбинация от методи за образна диагностика и серологични тестове (например пасивна хемаглутинация, ELISA, имунодифузия, имуноблот).

КРИПТОСПОРИДИОЗА

Типична за криптоспоридиозата клинична картина, характеризираща се с диария, болки в корема, загуба на апетит, гадене и повръщане.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване на ооцисти на Cryptosporidium в изпражненията.

Доказване на Cryptosporidium в чревно съдържимо или в биопсичен материал от тънкото черво.

Доказване на антиген на Cryptosporidium в изпражненията.

ТОКСОПЛАЗМОЗА

Протозойно заболяване, което се проявява като остро заболяване с един или повече от следните симптоми: лимфаденопатия, енцефалит, хориоретинит, дисфункция на централната нервна система. Възможно е също да възникне и конгенитална инфекция с хидроцефалия, микроцефалия, интрацеребрални калцификати, конвулсии, мозъчно изоставане.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване на специфичен антитяло-отговор срещу Toxoplasma.

Доказване на причинителя в тъкани или телесни течности или изолиране в животни или клетъчна култура.

Доказване наличието на нуклеинова киселина на Toxoplasma.

ТРИХИНЕЛОЗА

Заболяване, причинено от поглъщане на ларвите на Trichinella. Заболяването има различни клинични прояви. Обичайните белези и симптоми при болните с клинична картина включват еозинофилия, температура, миалгия и периорбитален едем.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване наличието на ларви на Trichinella в тъкани, взети при мускулна биопсия.

Доказване на специфичен антитяло-отговор срещу Trichinella.

ХИМЕНОЛЕПИДОЗА

Типична за хименолепидозата клинична картина, характеризираща се с диспептичен синдром.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване на яйца на Hymenolepis nana в изпражненията.

КП № 103 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ПОКРИВНИ ИНФЕКЦИИ

1.Минимален болничен престой - 5 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Антракс
Включва:инфекция, предизвикана от *Bacillus anthracis*

A22.0 Кожна форма на антракс
Злокачествен(-а):
- карбункул
- пустула

A22.1 Белодробна форма на антракс
Респираторна форма на антракс
Болест на вехтошарите
Болест на сортировчиците на вълна

A22.2 Стомашно-чревна форма на антракс

A22.7 Септицемия при антракс

A22.8 Други форми на антракс
Менингит при антракс† (G01*)

Сап и мелиоидоза

A24.0 Сап
Инфекция, предизвикана от *Pseudomonas mallei*

A24.1 Остра и фулминантна мелиоидоза
Мелиоидозна:
- пневмония
- септицемия

A24.2 Подостра и хронична мелиоидоза

A24.3 Друга уточнена мелиоидоза

A24.4 Мелиоидоза, неуточнена
Инфекция, предизвикана от *Pseudomonas pseudomallei* БДУ
Болест на Whitmore

Треска при ухапване от плъх

A25.0 Спирилоза
Содоку

A25.1 Стрептобацилоза
Епидемична артритна еритема
Хейвърхилска треска

Еризипелоид

A26.0 Кожен еризипелоид
Мигрираща еритема

A26.8 Други форми на еризипелоид

Други бактериални зоонози,некласифицирани другаде

A28.1 Треска от одраскване от котка
Болест на котешкото одраскване

A35 Други форми на тетанус
Тетанус БДУ
Не включва: тетанус (на):
- новороденото (A33)
- акушерски (A34)

Бяс

A82.0 Горски бяс

A82.1 Градски бяс

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

805 Биопсия на лимфни структури

Не включва: аксиларен лимфен възел (30332-00 [808])

30075-00 Биопсия на лимфен възел
Биопсия на лимфна структура
Не включва: скаленова лимфна биопсия (30096-00 [805])
Тази с лапароскопия/лапаротомия за стадиране на процеса:
• гинекологичен (35723 [810])
• лимфом (30384-00 [985])
• БДУ (35726-01 [985])

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1850 Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

1926 Микробиологични изследвания

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

91913-10 Други микробиологични/микроскопски изследвания

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

91935-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за култура и чувствителност

1929 Вирусологични изследвания

91911-19 Други вирусологични изследвания

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите– по преценка на лекуващия лекар

91910-08 Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар

91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-15 Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16 Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт

	• Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96203-02	Перорално прилагане на фармакологичен агент - противоинфекциозен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични, което задължително включва: хематологични изследвания (91910-04, 91910-05, 91910-07– по преценка на лекуващия лекар) и/или биохимия (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-17, 91910-19, 91910-25, 91910-26, 91910-27, 91910-29, 91910-30, 91910-33), и/или хемостазеологичен статус (91910-08, 91910-09, 91910-10, 91910-11) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Кодове на болести: **А35; А82.0 и А82.1** могат да се отчитат с една диагностична и две терапевтични процедури.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички показатели от двата блока, с изключение на тези по преценка на лекуващия лекар, включващи: ПКК и/или биохимия и/или хемостазеологичен статус и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" - за лечението на болни с кодове по МКБ-10 А35, А82.0 и А82.1. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт .

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по инфекциозни болести
2. Клинична лаборатория
3. ОАИЛ/КАИЛ*
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

* За изпълнението на тази клинична пътека в клиника по инфекциозни болести, се допуска дейността на липсващото структурно звено ОАИЛ/КАИЛ на територията на ЛЗБМП, да бъде осигурено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
2. Клинична патология – на територията на населеното място
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за тетанус при:

- данни за предшестващо нараняване, съмнително за инфекция от тетанус;
- неспокойствие, адинамия, танатофобия, главно промени в раната - парене, "мравучкане", болки като от преминаване на електричен ток през нея дори когато раната е оздравяла;
- повишен мускулен тонус - тризмус, лодковиден корем, ригидност на гръбначната мускулатура;
- висок фебрилитет, силно изпотяване, гърчова симптоматика.

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за антракс при:

- данни за контакт с болни от антракс животни;
- данни за контакт с животни от ендемичен район;
- сърбяща папула/пустула, наличие на възпалителен вал, поява на "дъщерни" везикули, липса на усет за болка, лимфонодулит, лимфангит;
- едема малигнум;
- силни болки в корема, гадене, повръщане, чести изхождания на рядко-кашави и воднисти материи с примес на много кръв и слуз, развитие на ТИШ;
- бодежи в гърдите, задух, кашлица с вадене на кървави храчки, обща интоксикация, развитие на ОДН;
- септично състояние с полиорганно засягане и хемодинамичен срив.

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за фелиноза при:

- данни за налично одраскване или ухапване от котка (по-рядко куче) или убождане с предмет, замърсен с тяхна слюнка;
- наличие на папулка/пустула/круста, регионален лимфонодулит;
- генерализирана лимфонодулопатия.

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за бяс:

- епидемиологични показания – ухапване или ослюнчване от бясно и съмнително бясно животно;
- болка, парестезии, оток и зачервяване на мястото на ухапването;
- висок фебрилитет (40-41°C);
- психична възбуда;
- парези и парализи на черепно мозъчни нерви и/или крайници и/или булбарни парализи.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 1 час от началото на хоспитализацията.

ТЕТАНУС

Етиологичното лечение на тетануса включва:

- хиперимунен антитетаничен човешки имуноглобулин в дози 6000 до 10000 Е мускулно;

- при липса на горе посочения – антитоксичен противотетаничен хетероложен (конски) серум в дози от 100 до 200000 Е мускулно по метода на Безредка - еднократно или неколкократно, в зависимост от състоянието на болния (има ефект в първите 6 дни от началото на заболяването). При много тежко болни може да се приложи и интравенозно и интратекално, с вземане на всички мерки за предпазване от анафилактичен шок.

Тетаничен токсоид по схемата на Моларет – на 1-ви, 3-ти, 7-ми и 20-ти ден от началото по 0,5 мл, подкожно или мускулно и след 3 месеца реимунизация.

Антибиотици – пеницилини 7 – 10 дни.

Алтернативен препарат – Цефалоспорини II – III ред 7 – 10 дни.

Патогенетично лечение:

- седиране на болния;
- опит за мускулна релаксация и невроплегия.

Поддържане на водно-солевата обмяна, корекция на хипокалиемията, оксигенация.

СЕРОТЕРАПИЯ и профилактични мерки

- пълна и точна анамнеза за реактивността на пациента спрямо серуми и алергични прояви;
- проверка за поносимост към конкретния серум, който ще се прилага;
- 0,1 мл серум разреден в 100 мл физиологичен разтвор - интрадермално инжектиране; след 30 мин се отчита реакция.

При липса на реакция:

Серумът се инжектира на няколко пъти - 0,5мл, след 30 мин - 1,0 мл, след 30 мин - 2,5 мл, след това цялото дозирано количество.

При наличие на реакция:

Провежда се метода на десенсибилизация по **метода на Безредка**.

АНТРАКС

Етиологичното лечение на антракса включва:

- противоантраксен антибактериален хетероложен серум – в доза 50-100-150 мл по метода на Безредка;
- антибиотици – пеницилини – 7 – 10 до 15 дни.

Алтернативен препарат – хинолони, тетрациклини.

Патогенетично лечение:

- борба с ОДН, дехидратацията, промените в КАМ;
- поддържане на хемодинамиката.

Болните от антракс задължително се хоспитализират в инфекциозно отделение и се прилагат всички противоепидемични мерки за ООИ.

ФЕЛИНОЗА

Етиологичното лечение на фелинозата включва:

Антибиотици – аминогликозиди за 7 дни;

Алтернативен препарат – хинолони или II-III генерация цефалоспорини – за 7 дни.

БЯС

- обработка на раната;
- хиперимунен противобесен гама-глобулин.

Патогенетично и симптоматично лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на епидемиологични, клинични и микробиологични данни.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- наличие на обективни данни за клинично подобрение и/или възстановяване;
- поставяне на коректна диагноза;
- корекция на жизнени показатели;
- корекция на отклоненията в лабораторните показатели.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

АНТРАКС

Дихателна форма

След вдишване на Bacillus anthracis и кратък продромален период се развива остро респираторно заболяване с висока температура, хипоксия, диспнея и рентгенологични данни за разширяване на медиастинума.

Кожна форма

Кожна лезия, еволюираща от папула, след това везикула до тъмна хлътнала коричка, около която има оток. Лезията обикновено не е болезнена, но може да има общи оплаквания (висока температура и неразположение).

Гастро-интестинална форма

След консумация на сурова контаминирана храна се развива синдром на силни абдоминални болки, диария, висока температура и сепсис.

Лабораторни критерии за диагноза

Изолиране и доказване на B. anthracis в проби, взети от нормално стерилни места (например кръв или ликвор) или от лезии на други засегнати тъкани (кожа, бял дроб, черва)

Комбинация от следните два спомагателни лабораторни теста:

- доказване на ДНК на B. anthracis (например чрез PCR) в проби, взети от нормално стерилни места (например кръв или ликвор) или от лезии на други засегнати тъкани (кожа, бял дроб, черва);
- доказване на B. anthracis в клинична проба от засегната тъкан (кожа, бял дроб, черва) чрез имунохистохимично оцветяване.

БЯС

Заболяване, което се характеризира с остър енцефаломиелит, който почти винаги прогресира до кома или смърт в рамките на 10 дни след първия симптом.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване чрез директен метод с флуоресциращи антитела на вирусен антиген в клинична проба (за предпочитане от мозък или от нервите около космените фоликули на тила и врата).

Доказване на нуклеинова киселина на вируса на беса в клинична проба.

Изолиране (на клетъчна култура или на лабораторно животно) на вируса на беса от слюнка, ликвор или тъкан от централната нервна система.

Доказване на вирус-неутрализиращи антитела (пълна неутрализация) в серума или ликвора на неваксинирано лице.

ТЕТАНУС

Заболяване, което се характеризира с типична клинична картина, например остро начало с повишен мускулен тонус и/или болезнени контракции (обикновено на мускулите на челюстта и врата) и генерализирани мускулни спазми без други явни медицински причини.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване наличието на антитела срещу тетаничен токсоид при неваксиниран и нелекуван пациент.

Доказване специфичен антитяло-отговор срещу тетаничен токсоид.

КП № 104 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА КОНТАГИОЗНИ ВИРУСНИ И БАКТЕРИАЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ - ОСТРО ПРОТИЧАЩИ, С УСЛОЖНЕНИЯ

1.Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Дифтерия

A36.0 **Дифтерия на фаринкса**
Дифтерийна мембранозна ангина
Тонзиларна дифтерия

A36.1 **Назофарингеална дифтерия**

A36.2 **Ларингеална дифтерия**
Дифтериен ларинготрахеит

A36.3 **Дифтерия на кожата**
Не включва: еритразма (L08.1)

A36.8 **Друга дифтерия**
Дифтериен:
- конюнктивит† (H13.1*)
- миокардит† (I41.0*)
- полиневрит† (G63.0*)

Коклюш

A37.0 **Коклюш, предизвикан от *Bordetella pertussis***

A37.1 **Коклюш, предизвикан от *Bordetella parapertussis***

A37.8 **Коклюш, предизвикан от друга уточнена *Bordetella***

A38 **Скарлатина**
Не включва: стрептококова ангина (J02.0)

Други бактериални болести, некласифицирани другаде
Не включва: актиномицетома (B47.1)

A48.1 **Болест на легионерите**

A48.2 **Болест на легионерите без пневмония [треска Pontiac]**

Лещенка [varicella]

B01.2† **Варицела с пневмония (J17.1*)**

B01.8 **Варицела с други усложнения**

Херпес зостер [herpes zoster]
Включва: херпес зостер
zona

B02.7 **Дисеминирана херпес зостер инфекция**

B02.8 **Херпес зостер с други усложнения**

Брусница
Включва: morbilli
Не включва:подостър склерозиращ паненцефалит (A81.1)

B05.2† **Брусница, усложнена с пневмония (J17.1*)**
Постморбилозна пневмония

B05.4 **Брусница с интестинални усложнения**

Рубеола [немска брусница]
Не включва: вродена рубеола (P35.0)

B06.8 **Рубеола с други усложнения**
Рубеолен(-на):
- артрит† (M01.4*)
- пневмония† (J17.1*)

Епидемичен паротит

Включва: паротит:
- епидемичен
- инфекциозен

B26.0† **Паротитен орхит (N51.1*)**

B26.3† **Паротитен панкреатит (K87.1*)**

B26.8 **Епидемичен паротит с други усложнения**

Паротитен(-на):
- артрит† (M 01.5*)
- миокардит† (I 41.1*)
- нефрит† (N 08.0*)
- полиневропатия† (G 63.0*)

Инфекциозна мононуклеоза

Включва: жлезна треска
моноцитна ангина
болест на Pfeiffer

B27.0 **Гама-херпес-вирусна мононуклеоза**

Мононуклеоза, предизвикана от Epstein-Barr вирус

B27.1 **Цитомегалвирусна мононуклеоза**

B27.8 **Друга инфекциозна мононуклеоза**

Други увреждания на главния мозък

G93.6 **Мозъчен оток**

Не включва: мозъчен оток:
- дължащ се на родова травма (P11.0)
- травматичен (S06.1)

Грип, предизвикан от вирус на грипа

Не включва: предизвикани от *Haemophilus influenzae* [*H. influenzae*]:
- инфекция БДУ (A49.2)
- менингит (G00.0)
- пневмония (J14)

J10.1 **Грип с други респираторни прояви, идентифициран грипен вирус**

Грип
Грипни:
- остра респираторна инфекция на горните дихателни пътища
- ларингит
- фарингит
- плеврален излив

} идентифициран грипен вирус

Грип, неидентифициран вирус

Включва: грип, вирусен грип } без споменаване за идентифициране на вируса

Не включва: предизвикани от *Haemophilus influenzae* [*H.influenzae*]:
- инфекция БДУ (A49.2)
- менингит (G00.0)
- пневмония (J14)

J11.1 **Грип с други респираторни прояви, неидентифициран вирус**

Грип БДУ
Грипни:
- остра респираторна инфекция на горните дихателни пътища
- ларингит

} неуточнени или вирусът не е идентифициран

- фарингит
- плеврален излив

U07.1 COVID-19 - идентифициран вирус

Този код се използва, когато COVID-19 е потвърден чрез лабораторно изследване, независимо от тежестта на клиничните признаци или симптоми. При необходимост от идентифициране на пневмония или други прояви използвайте допълнителен код.

Не включва:

- коронавирусна инфекция, неуточнена локализация (B34.2)
- коронавирус като причина за болести, класифицирани другаде (B97.2)
- тежък остър респираторен синдром (SARS)
- неуточнен (U04.9)

U07.2 COVID-19 - неидентифициран вирус

COVID-19 БДУ

Този код се използва, когато COVID-19 е диагностициран клинично или епидемиологично, но лабораторнитне изследвания са неубедителни или не са налични. При необходимост от идентифициране на пневмония или други прояви използвайте допълнителне код.

Не включва:

- коронавирусна инфекция, неуточнена локализация (B34.2) COVID-19
- потвърден чрез лабораторно изследване (U07.1)
- специално скринингово изследване за откриване на други вирусни болести (Z11.5)
- наблюдение при съмнение за други болести или състояния (Z03.8)

Кодовете на диагнози към рубриките A36.8, B01.2†, B05.2†, B06.8, B26.0†, B26.3† и B26.8, обозначени със знака (†) не могат да се използват самостоятелно, а изискват допълнителен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (*).

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

30 Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

1952 Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

1960 Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

1943 Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор
Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

92182-05 Друго микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор
Определяне на специфични IgG антитела срещу Borrelia burgdorferi в ликвора
Определяна на общи IgG в ликвора

91939-03 Друго микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс

Включва: изследване на назофарингеален секрет при грип

91919-00 Микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан
Капиляроскопия
Друго морфологично изследване

91935-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от кожа и/или друга покривна тъкан за култура и чувствителност

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или

	ликвор за култура и чувствителност
	Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
92184-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност
91913-10	Други микробиологични/микроскопски изследвания
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1929 Вирусологични изследвания

91922-01	Серологично изследване на антитела за рубеола при бременни (IgM, IgG)
91922-02	Серологично изследване на IgM антитела за морбили при бременни
91922-07	Серологично изследване за Епщайн-Бар вирус (EBV), цитомегаловирус (CMV) и херпес симплекс вирус (HSV)
91911-19	Други вирусологични изследвания

1930 Имунологични изследвания

91923-08	Изследване на антистрептолизинов титър (AST)
	Включва: при ревматизъм и други бета-стрептококови инфекции
91923-09	Изследване за инфекциозна мононуклеоза

1923 Хематологични изследвания

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

569 Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия	
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия	
Променлива задължителна вентилация [IMV]	
Инвазивна вентилация	
Механична вентилация	

Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод
Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])
Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:

	• инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури от които:

Първа задължителна диагностична процедура от блок **1923** – ПКК – 91910-04.

Втора диагностична процедура - един код по преценка от блоковете:

1926 (92182-00 или 92182-01 или 92182-02 или 91929-02 или 92184-02 или 91913-10 или 91937-02) или

1929 (91922-01 или 91922-02 или 91922-07или 91911-19) или

1934 (92182-07 или 92182-05 или 91939-03 или 91919-00/91935-02 или 92191-00 или 92191-01) или

1930 (91923-08 или 91923-09) и една основна терапевтична процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

ДКК – 91910-05 се извършва при Инфекциозна мононуклеоза, Коклюш и Скарлатина.

За диагнози Рубеола, Епидемичен паротит и Брусница е задължително извършването на серологично изследване.

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират показателите от двата блока, включващи: ПКК и/или биохимия и/или хемостазеологичен статус и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При обявена епидемична обстановка със заповед на министъра на здравеопазването, пациентите се хоспитализират с диагноза от рубрики „Грип предизвикан от вирус на грипа“.

При обявена епидемична обстановка със заповед на министър на здравеопазването и в случай на издадена заповед от министъра здравеопазването или директора на РЗИ за карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури от него, всички лица – пациенти, придружители, персонал и др., които към момента на въвеждането на карантинен режим на работа са в лечебното заведение или в съответната структура, се хоспитализират (поставят под карантина) в същото.

Изисквания при обявена епидемична обстановка със заповед на министъра на здравеопазването по повод на инфекция с COVID-19:

1. Пациенти с инфекция с COVID-19 се хоспитализират по една от следните клинични пътеки с №39 или № 48 или 104;
2. Пациенти с бронхопневмония или бронхиолит, предизвикани от COVID-19, се хоспитализират по клинична пътека № 39 или № 48;
3. Пациенти без бронхопневмония или бронхиолит, но с инфекция от COVID-19 се хоспитализират по клинична пътека № 104;
4. В случай на издадена заповед от РЗИ за карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури се осъществява само по клинична пътека № 104;
5. Лечебното заведение може да отчете само една от следните клинични пътеки с № 39 или № 48, или № 104, в рамките на същия отчетен период, при лечението на пациент по повод на инфекция с COVID-19.

При отчитане на заболяване, причинено от COVID-19 с код U07.1, изпълнителят задължително отчита и основна процедура с код: ВСМД „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ (код 92191-00) или тест за откриване на антиген на SARS-CoV-2 (код 92191-01). Високоспециализираното медико – диагностично изследавне „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ може да бъде отчетено, независимо вкое лечебно заведение, определено със заповед на министъра на здравоепазването и има сключен договор с НЗОК е извършено.

При инфекция с COVID-19 основна процедура Компютърна томография на гръден кош с код (56301-00 - Компютърна томография на гръден кош) се извършва по преценка на лекуващия лекар, при спазване на следните критерии:

1. Конвенционална рентгенография на белите дробове е достатъчна като първи метод на избор при лабораторно потвърдени пациенти със симптоматика от страна на дихателната система.

2. Компютърна томография на гръден кош се провежда при лабораторно потвърдени пациенти със симптоматика от страна на дихателната система и негативен/неубедителен резултат от конвенционалната рентгенография.

3. Конвенционална рентгенография на белите дробове е достатъчна при симптомни, лабораторно непотвърдени пациенти.

4. Компютърна томография на гръден кош се провежда при средно и тежко болни пациенти, показващи белези на усложнение. Като се има предвид високата вероятност за влошаване на бъбречната функция от приложението на йод-базирани контрастни материи, контраст-усилената КТ трябва да се преценява при анализ полза/риск. Контраст-усилените протоколи са показани при съмнение за БТЕ, системни емболии или хеморагии.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести", от обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести" - за лечението на болни с кодове по МКБ А36, А37, А48, В01.2 и В01.8 (с пневмония и мозъчен оток). Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Инфекциозна клиника/отделение
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

За кодове на заболявания J10.1; J11.1; B05.2 и B05.4 в условия на епидемия на територията на дадена област, когато на територията на областта няма разкрита инфекциозна клиника/отделение, болните могат да бъдат хоспитализирани в ЛЗ от съответната област разполагащо с детско отделение и/или терапевтична клиника/отделение с разкрити легла за изолация на инфекциозно болни (със самостоятелен санитарен възел). Посоченото изключение е допустимо само за периода на епидемията.

4б). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. ОАИЛ/КАИЛ
2. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
3. Клинична патология – на територията на населеното място
4. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

За провеждане на ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ по време на въведените от министъра на здравеопазването противоепидемични мерки на територията на цялата страна, лечебното заведение следва да е посочено в заповед на министъра на здравеопазването като изпълнител, съответно да има сключен договор с НЗОК.

В случай, че лечебното заведение не е изпълнител на ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ по договор с НЗОК, е необходимо да представи договор с друго лечебно заведение, посочено в заповед на министъра на здравеопазването, съответно сключило договор с НЗОК.

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При необходимост се провежда консултация с лекар със специалност по детски болести, която се отразява в ИЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти със скарлатина при:

Средно-тежки и тежки форми: с изразен токсиинфекциозен синдром; септични или токсични прояви; токсикосептични – некротична ангина, регионален лимфонодулит, синуит, отит, мастоидит, септични разсейки в ставите и вътрешните органи, токсични миокардити и хепатити. Алергични – късен миокардит, скарлатинен ревматоид, ревмокардит, остър гломерулонефрит и др.

Диагностика и лечение на пациенти с дифтерия:

При всички локализации и типични форми като: ангинозна форма, разпространена и локализирана дифтерия на тонзилите, дифтерия на ларингса (круп), вкл. назофарингит, фарингит и др. органни изяви.

Хоспитализират се и заразоносители на дифтерийни бактерии.

При типичните форми – постепенно начало, поява на фибринозни налепи по лигавиците, които при опит за снемане кървят, регионален лимфаденит, оток, груба лаеща кашлица, инспираторна диспнея, афония, стеноза, отделяне на серозни или слизесто-кръвенисти секрети от носа, затруднено носово дишане, конюнктиви, покрити с плътен фибринозен трудноснемащ се налеп и др. в зависимост от локализацията.

Диагностика и лечение на пациенти с коклюш:

Всички кърмачета до 1 година независимо от клиничната форма.

Тежки клинични форми с:

- апноични паузи застрашаващи с асфиксия;
- честота на кашличните пристъпи над 10/24 часа;
- тежка хипоксия и хипоксемия;
- гърчове.

Усложнени форми:

- пневмонии;
- коклюшна енцефалопатия.

Пациенти с придружаващи: хронични белодробни заболявания, ТБК, хипотрофия, недоносеност, вродени аномалии, муковисцидоза, злокачествени хемопатии.

Епидемиологични индикации – затворени колективи.

Диагностика и лечение на пациенти с варицела:

Токсико-инфекциозен синдром, екзантем, енантем, пневмонит, пустулизация на ефлоресценциите, хеморагичен синдром, свръхостри форми с развитие на ТИШ и ДИК синдром, дихателна недостатъчност.

Диагностика и лечение на пациенти с рубеола при:

Фебрилитет, лимфонодулит, екзантем, артрит, хеморагичен синдром, тромбопенична пурпура.

Диагностика и лечение на пациенти с паротит:

Фебрилитет, панкреатит, тиреоидит, орхит, епидидимит, простатит, оофорит, салпингит и други органни локализации.

Диагностика и лечение на пациенти с морбили при:

Токсико-инфекциозен, катарален синдром, респираторен, макуло-папулозен екзантем, хеморагични прояви, ларинготрахеит и бронхо-диспнеичен синдром;

- изолация и лечение по епидемиологични показания - на болни, живеещи в затворени колективи.

Диагностика и лечение на пациенти с херпес зостер при:

- дисеминиран херпес зостер;
- херпес зостер на главата;
- прибавена вторична бактериална инфекция и др.

Диагностика и лечение на пациенти с друга вирусна инфекция:

- при тежък токсикоинфекциозен синдром и/или клинични и неврологични прояви на мозъчен оток и/или синдром на менинго-радикулерно дразнене и/или хеморагичен обрив. При необходимост се извършва консултация със специалист по "Детски болести".

Диагностика и лечение на пациенти с грип и други типове и подтипове на грипните вируси при:

При обявена епидемична обстановка със заповед на министъра на здравеопазването – диагностика и лечение на пациенти с грип и други типове и подтипове на грипни вируси, както и при U07.1 COVID-19 и U07.2 COVID-19, пациентите постъпват за болнично лечение при наличие поне на три от следните индикации:

- температура над 38,5 °C;
- симптоми на остра респираторна инфекция;
- пневмония;
- епидемиологични данни за възможен контакт.

Епидемиологични критерии: наличие на поне един от следните три информации в седемдневния период преди началото на болестта:

1. Контакт с лице с потвърден случай на заразяване с нов грипен вирус или COVID-19;
2. Лице, което е пътувало до място (пребивавало в място), в което е документирано трайно предаване от човек на човек на новия грипен вирус или COVID-19 и съответната държава е обявила епидемия;
3. Болно от респираторна инфекция лице, работещо в лаборатория, в която се изследват проби от новия грипен вирус или COVID-19.

На основание само на епидемиологични данни, пацентите подлежащи на карантинен режим, се карантинират у дома.

При наличие на заповед на министъра на здравеопазването или директора на РЗИ за карантинен режим на работа за цялото лечебно заведение или отделни структури от него, всички лица – пациенти, придружители, персонал и др., които към този момент са в лечебното заведение, се хоспитализират (поставят под карантина) в същото. За лицата, поставени под карантина, които не се нуждаят от лечение, клиничната пътека може да се отчете минимум с изследване (кодове: 91922-07, 91923-08, 91923-09, 91911-19-19), доказващо или отхвърлящо наличието на инфекция, и приложение на друго лечебно или профилактично вещество. Профилактичното вещество може да се приложии перорално.

5.б.) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземането на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва в рамките на болничния престой, като отчитането на случаите се извършва след получаването на лабораторните резултати.

Скарлатина

Пеницилини– 5 до 10 дни.

При доказана свръхчувствителност лечението може да се проведе с макролиди. Патогенетични и симптоматични средства: при нужда вливания на глюкозо-солеви разтвори, глюкокортикостероиди, кардиотоници, витамини, антипиретици и др.

Дифтерия

Прилага се противодифтериен серум:

При локализирана дифтерия на гърлото се назначават средно 500 АЕ/кг тегло; при разпространена форма – 1 000 АЕ/кг тегло; при токсична форма – 1 500 – 2 000 АЕ/кг тегло; при круп - 1 000 АЕ/кг; при дифтерия на носа – 200 – 300 АЕ/кг тегло. Антибиотично лечение: пеницилини до 10 дни или макролиди, цефалоспорини III генерация. При круп - кортикостероиди 3-5 mg/кг тегло, интубация или трахеостомия – при нужда, кислород, топли процедури, инхалации с натриев бикарбонат. При дифтериен миокардит стрихнин 1 – 3 mg/кг тегло.

Коклюш

Етиологичното лечение:

Антибактериални средства: макролиди и аминогликозиди.

При усложнени и тежки форми – цефалоспорини от III генерация.

Патогенетично лечение – корекции на АКР, глюкокортикостероиди 1-2 mg/кг, кислородотерапия, витамини.

Симптоматичното лечение включва експекториращи средства, ефедрин.

При варицела:

- етиологично лечение – вирусостатици;
- имунопрепарати:
- имуновенин – 1 мл/кг тегло и. венозно.
- антибиотично лечение – при усложнени случаи с наслагване на бактериална инфекция – прилагат се широкоспектърни антибиотици, пер ос или парентерално, в дозировки съобразени с тежестта на инфекцията
- патогенетична терапия – водно – електролитни разтвори, глюкоза, хемостатици, кардиотоници, бронходилататори, кислородотерапия и др.
- симптоматични средства – антипиретици, аналгетици, секретолитици и др.;
- локални средства.

При рубеола:

- няма етиологично лечение;
- приложение на патогенетични, симптоматични и локални средства.

При морбили:

- няма етиологично лечение;
- приложение на патогенетични, симптоматични и антибиотик по преценка.

При паротит:

- няма етиологично лечение;
- антибиотично лечение – при усложнения, прилагани в съответни дозировки;
- патогенетична – кортикопрепарати, глюкозо-левулозни р-ри, ензимен инхибитор и др.;
- симптоматични средства;
- локални средства.

Херпес зостер:

етиологично лечение – вирусостатици;

- имунопрепарати:
- човешки имуноглобулин за венозно приложение – 1 мл/кг тегло.

- антибиотично лечение – при усложнени случаи с наслагване на бактериална инфекция – прилагат се широкоспектърни антибиотици, пер ос или парентерално, в дозировки съобразени с тежестта на инфекцията

- патогенетична терапия – водно – електролитни разтвори, глюкоза, хемостатици, кардиотоници, бронходилататори, кислородотерапия и др.

- симптоматични средства –антипиретици, аналгетици, секретолитици и др.

- локални средства.

Друга вирусна инфекция:

Глюкозо-солеви разтвори i.v., антиедемна терапия, симптоматична терапия, антиалергична терапия.

Грип:

Според препоръките на СЗО от 07.07.2009г., не се изисква лабораторно потвърждение за обявяване на случай с нов човешки грипен вирус. Диагнозата грип и други типове и подтипове на грипните вируси, се приема при всяко лице, отговарящо на клиничните и епидемиологичните критерии, или при потвърждаване на диагнозата с PCR за грип или друг утвърден от СЗО метод за етиологична диагностика.

Етиологично лечение – инхибитори на невраминидазата, при показания.

Антибиотично лечение – при усложнени случаи с наслагване на бактериална инфекция – прилагат се широкоспектърни антибиотици, пер ос или парентерално, в дозировки съобразени с тежестта на инфекцията.

Патогенетична терапия – водно-електролитни разтвори, глюкоза, хемостатици, кардиотоници, бронходилататори, кислородотерапия и др.

Симптоматични средства – антипиретици, аналгетици, секретолитици и др.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Въз основа на микробиологични, вирусологични и/или серологични изследвания, епидемиологичните, клиничните и параклиничните данни.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- трайна липса на фебрилитет – поне 2 дни;
- приключване на медикаментозното лечение;
- обратно развитие на клиничните симптоми;
- положителна динамика в клинико-лабораторните показатели;
- в случаите на положителен резултат при приемане за хоспитализация или положителен резултат от проведено по време на хоспитализацията ВСМДИ „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“, (код 92191-00) или тест за откриване на антиген на SARS-CoV-2 (код 92191-01), съответно поставена диагноза с код U07.1 COVID-19“.

При наличие на активен диариен синдром с дехидратация II-III степен на болни с различни нозологични единици, включени в клиничната пътека, се допуска повторна хоспитализация в рамките на един отчетен период, но не по-вече от 3% от общия брой за същото лечебно заведение и за същия отчетен период.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ДИФТЕРИЯ

Заболяване, което се характеризира с типична клинична картина или за дифтерия на дихателната система (например заболяване на горните дихателни пътища с образуване на фибринозни налепи върху сливиците, фаринкса или носа, в комбинация с болки в гърлото и невисока температура), или за дифтерия с друга локализация (например заболяване с наличие на псевдомембрани (язви) на кожата, конюнктивата, ушите, гениталиите и др.).

Лабораторни критерии за диагноза:

Изолиране на продуциращи дифтериен токсин Corynebacteria от клинична проба (обикновено Corynebacterium diphtheriae или C. ulcerans).

МОРБИЛИ

Заболяване, което се характеризира с типична клинична картина, например генерализиран обрив, продължаващ повече от 3 дни, и температура, по-висока от 38 °C, и един или повече от следните симптоми: кашлица, хрема, петна на Коплик, конюнктивит.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване на IgM антитела срещу морбили при липса на скорошна ваксинация.

Доказване на специфичен антитяло-отговор срещу морбили при липса на скорошна ваксинация.

Доказване на вируса на морбили (неваксинален щам) в клиничен материал.

РУБЕОЛА

Заболяване, което се характеризира с типична клинична картина, например остро начало с генерализиран макуло-папулозен обрив и артралгия/артрит, лимфаденопатия или конюнктивит.

Лабораторни критерии за диагноза:

Доказване IgM антитела срещу рубеола при липса на скорошна ваксинация.

Доказване на специфичен антитяло-отговор срещу рубеола при липса на скорошна ваксинация.

Изолиране на рубеолен вирус при липса на скорошна ваксинация.

Доказване на нуклеинова киселина на рубеолния вирус в клинична проба.

Грип:

Касае се за нов грипен вирус, причиняващ инфекция, засягаща респираторния тракт на домашни животни (свине, птици, коне), но може да се разпространи и при хора, дължащи се на директно заразяване при тесен контакт със заразени свине и заразени хора. Няма данни за възникване на заболявания при хора след консумация на недостатъчно термично обработени свинско месо и месни продукти, поради факта, че грипните вируси загиват при термичната обработка на храната и хранителните продукти, а и основният механизъм на предаване на заразата е дихателният. Инфекцията с новия грипен вирус при хората протича със симптоми от страна на горните дихателни пътища (хрема, кашлица, гърлобол и др.), стомашно-чревния тракт (повръщане, диария), висока температура, главоболие, отпадналост. Липсва ваксина за предпазване на хората от този вирус. Причинителят на регистрираните случаи от грип е резистентен към антивирусните препарати от групата на амантадините, поради което за антивирусна терапия се препоръчват лекарствени препарати от групата на невраминидазните инхибитори.

КП № 105 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ВИРУСНИ ХЕМОРАГИЧНИ ТРЕСКИ

1.Минимален болничен престой - 7 дни
Минимален болничен престой при фулминантни форми – 2 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

A91 Хеморагична треска, предизвикана от dengue-вирус

A92.0 Болест, предизвикана от Chikungunya-вирус
Хеморагична треска Chikungunya

A94 Вирусна треска, предавана от членестоноги
Арбовирусна треска
Арбовирусна инфекция

Жълта треска
A95.9 Жълта треска

Аренавирусна хеморагична треска
A96.2 Треска Lassa

Други вирусни хеморагични трески, некласифицирани другаде
Не включва: хеморагична треска chikungunya (A92.0)
хеморагична треска dengue (A91)
A98.0 Кримска хеморагична треска, предизвикана от Конго-вирус
Централно-азиатска хеморагична треска
A98.4 Хеморагична треска Ebola
A98.5 Хеморагична треска с бъбречен синдром
Хеморагична треска:
- епидемична
- корейска
- руска

Болест, предизвикана от Hantaan-вирус

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1988 Друга рентгенография	
90909-00	Рентгенография на друго място
1943 Ултразвук на корем или таз	
55036-00	Ултразвук на корем *Включва*: сканиране на уринарен тракт *Не включва*: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
1926 Микробиологични изследвания	
91937-00	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за бактериална намазка
91937-01	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите– по преценка на лекуващия лекар
91910-08	Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
1924 Биохимична изследвания	
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи	
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
1925 Паразитологични изследвания	
91919-09	Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за паразитология
1929 Вирусологични изследвания	
91911-19	Други вирусологични изследвания
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити • опаковани клетки • червени кръвни клетки
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на: • албумин

• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители
• Dextran
• Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент

	Виж допълнителни знаци
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
	Виж допълнителни знаци
	Прилагане на фармакологичен агент чрез:
	• инфузионен порт
	• Port-A-Cath
	• резервоар (подкожен)
	• устройство за съдов достъп
	• венозен катетър
	Кодирай също когато е направена:
	• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
	• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
	Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностичниq което задължително включва: хематологични изследвания (91910-04, 91910-05, 91910-07– по преценка на лекуващия лекар), биохимия (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-17, 91910-19, 91910-25, 91910-26, 91910-27, 91910-29, 91910-30, 91910-33, 91910-41, 13311-00), и/или хемостазеологичен статус (91910-08, 91910-09, 91910-10, 91910-11) и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Отчитането на случаите се извършва след вземане на биологичен материал за етиологично изследване.

Резултатите от микробиологичните/вирусологични/серологични изследвания, получени след дехоспитализацията задължително се прикрепват към ИЗ и стават неразделна негова част, като подлежат на контрол.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички показатели от двата блока, с изключение на тези по преценка на лекуващия лекар, включващи: ПКК, креатинин и/или хемостазни фактори и биохимия, йонограма и АКР, и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Инфекциозни болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Инфекциозни болести". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по инфекциозни болести
2. Клинична лаборатория
3. ОАИЛ/КАИЛ*
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

*За изпълнението на тази клинична пътека в клиника по инфекциозни болести, се допуска дейността на липсващото структурно звено ОАИЛ/КАИЛ на територията на ЛЗБМП, да бъде осигурено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място.

4б). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клинична патология – на територията на населеното място
2. КАТ или МРТ – на територията на населеното място с осигурен достъп за болницата 24 часа в денонощието
3. Хемодиализен център
4. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

- лекар със специалност по инфекциозни болести;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Консултация с лекар със специалност по нефрология се провежда при необходимост.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за Кримска Конго хеморагична треска (ККХТ) при:

- епидемиологични данни - ухапване от кърлеж, професионален контакт с животни, контакт с кръв на болен от ККХТ, пребиваване в ендемични райони;
  - изразен токсо-инфекциозен синдром;
  - краниофарингеален синдром;
  - хеморагичен синдром.

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за хеморагична треска с бъбречен синдром *(ХТБС)* при:

- епидемиологични данни - контакт с гризачи, консумация на храна и вода, контаминирана с екскременти на гризачи, пребиваване в ендемични райони;
  - изразен токсо-инфекциозен синдром;
  - краниофарингеален синдром;
  - хеморагичен синдром;
  - остра бъбречна недостатъчност.

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за друга вирусна хеморагична треска на база на клинични, параклинични и епидемиологични данни.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Патогенетично и симптоматично лечение.

ХЕМОРАГИЧНА ТРЕСКА С БЪБРЕЧЕН СИНДРОМ

Патогенетично и симптоматично лечение. При развитие на ОБН – хемодиализа.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на епидемиологични и клинични данни, подкрепени с вирусологични, паразитологични и/или серологични данни.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- липса на фебрилитет;
- овладян хеморагичен синдром;
- за хеморагична треска с бъбречен синдром (ХТБС) – овладяна полиурия и интеркурентни инфекции (суперпонирани).

Серологично изследване може да се проведе в рамките на отчетния период и в процеса до два контролни прегледа след изписване (включени в цената на клиничната пътека). Клиничната пътека се отчита и след вземането на серологично изследване, независимо от минималния болничен престой.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ВИРУСНИ ХЕМОРАГИЧНИ ТРЕСКИ

ЕБОЛА /МАРБУРГ ТРЕСКА

Заболяване, което се характеризира с остро начало, повишена температура, диария, която може да бъде кървава, и повръщане. Обичайни са главоболие, гадене и коремни болки.

Могат да последват хеморагични прояви. При някои пациенти може да има макулопапулозен обрив по тялото.

Лабораторни критерии за диагноза:

Изолиране на вируса.

Положителна кожна биопсия (имунохистохимия).

Доказване на нуклеинова киселина на Ебола/Марбург вируса.

ТРЕСКА ЛАССА

Заболяване, което се характеризира с постепенно начало с неразположение, температура, главоболие, болки в гърлото, кашлица, гадене, повръщане, диария, миалгия и болки в гърдите. Може да следват хеморагични прояви.

Лабораторни критерии за диагноза:

Изолиране на вирус.

Позитивна кожна биопсия (имунохистохимия).

Доказване на нуклеинова киселина на вируса на треска Ласса.

КРИМСКА-КОНГО ХЕМОРАГИЧНА ТРЕСКА

Заболяване, което се характеризира с постепенно начало с висока температура, разтрисане, миалгия, гадене, липса на апетит, повръщане, главоболие и болки в кръста. Може да следват хеморагични прояви.

Лабораторни критерии за диагноза:

Изолиране на вирус.

Доказване на вирусна нуклеинова киселина.

Позитивна серология, която може да се появи късно в хода на заболяването.

ХЕМОРАГИЧНА ТРЕСКА С БЪБРЕЧЕН СИНДРОМ

Заболяване, което се характеризира с остро начало, висока температура, разтрисане, миалгия, гадене, липса на апетит, повръщане, главоболие, болки в кръста, хеморагични прояви и засягане на бъбречните функции, включително до остра бъбречна недостатъчност.

Лабораторни критерии за диагноза:

Изолиране на вирус.

Позитивна серология, която може да се появи късно в течение на заболяването.

Доказване на вирусна нуклеинова киселина.

КП № 106.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТОКСОАЛЕРГИЧНИ РЕАКЦИИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 2 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Неблагоприятни въздействия, некласифицирани другаде

Забележка: Тази рубрика следва да се използва при кодиране по единична причина като първичен код за идентифициране на неблагоприятни въздействия, некласифицирани другаде, дължащи се на неизвестна, неопределена или недобре обозначена причина. При множествено кодиране тази рубрика може да се използва като допълнителен код за идентифициране на въздействието върху състояния, класифицирани другаде.

Не включва: усложнения, предизвикани от хирургични намеси и терапевтични грижи, НКД (T80— T88)

T78.0 Анафилактичен шок, предизвикан от патологична реакция към храна

T78.1 Други прояви на патологична реакция към храна

T78.2 Анафилактичен шок, неуточнен

Алергичен шок
Анафилактична реакция | БДУ
Анафилаксия

Не включва: анафилактичен шок, дължащ се на:
- патологична реакция на адекватно назначено и правилно прието лекарствено средство (T88.6)
- патологична реакция към храна (T78.0)
- въвеждане на серум (T80.5)

T78.3 Ангионевротичен оток

T78.4 Алергия, неуточнена

Алергична реакция БДУ
Повишена чувствителност БДУ
Идиосинкразия БДУ

Не включва: алергична реакция БДУ на адекватно назначено и правилно въведено лекарствено средство (T88.7)
уточнен тип алергична реакция, като:
- алергичен гастроентерит и колит (K52.2)
- дерматит (L23—L25, L27.—)
- сенна треска (J30.1)

Други усложнения от хирургични намеси и терапевтични грижи, некласифицирани другаде

Не включва: случайно пробождане или разкъсване по време на процедура (T81.2)
усложнения, свързани с:
- инфузия, трансфузия и лечебно инжектиране (T80.—)
- процедура, НКД (T81.—)

уточнени усложнения, класифицирани другаде, като:
- усложнения:
  - от анестезия по време на:
    - бременност (O29.—)
    - раждане и родоразрешаване (O74.—)
    - послеродов период (O89.—)
  - свързани с протези, имплантати и трансплантати (T82—T85)
  - хирургични намеси и процедури в акушерството (O75.4)
- дерматит, дължащ се на лекарствени средства и медикаменти (L23.3,

L24.4, L25.1, L27.0—L27.1)
- отравяния и токсично действие на лекарствени средства и химични вещества (T36—T65)

T80.5 Анафилактичен шок, дължащ се на въведен серум

T80.6 Други серумни реакции

T80.8 Други усложнения, свързани с инфузия, трансфузия и лечебно инжектиране

T80.9 Усложнение, свързано с инфузия, трансфузия и лечебно инжектиране, неуточнено

T88.2 Шок, дължащ се на анестезия

T88.6 Анафилактичен шок, обусловен от патологична реакция при адекватно назначено и правилно приложено лекарствено средство

T88.7 Патологична реакция на лекарствено средство или медикамент

Неблагоприятна реакция
Алергична реакция
Повишена чувствителност
Идиосинкразия
Лекарствена:
- свръхчувствителност БДУ
- реакция БДУ

при адекватно назначено и правилно приложено лекарствено средство

Не включва: уточнени патологични реакции при въвеждане на лекарствени средства и медикаменти (A00—R99, T80—T88.6, T88.8)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателната функция-спирометрия

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително следните изследвания:
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

По преценка на лекуващия лекар се извършват и:
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-09 Изследване на протромбиново време
91913-01 Изследване на тромбоцити
91911-04 Изследване на D – димер тест
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (от различни блокове) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Токсикология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична токсикология", от обхвата на медицинската специалност "Клинична алергология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по "Клинична алергология", от обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение", осъществявана съгласно медицински стандарт по "Анестезия и интензивно лечение". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по клинична токсикология или Клиника/отделение по клинична алергология или ОАИЛ/КАИЛ
2. Клинична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4. ЕКГ – апарат

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична токсикология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология/токсикология
  или

в клиника по клинична алергология – двама лекари със специалност по клинична алергология, респ. за отделение - един лекар със специалност по клинична алергология

или

лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - минимум четирима;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на пациенти с наличие на един или повече от следните симптоми и синдроми:

1.1. кожен и/или лигавичен токсоалергичен синдром;

1.2. оток на меки тъкани на лицето и шията;

1.3. анафилактичен шок или шокови еквиваленти (варианти);

1.4. съчетание на токсоалергично с друго основно заболяване.

Наличието на кожен или лигавичен токсоалергичен синдром, алергичен шок (шокови еквиваленти), съчетани с подходяща анамнеза, е задължителна индикация за хоспитализация в Клиника/отделение по токсикология/алергология.

Критерии за лечение на анафилактичен шок в реанимация /интензивно отделение/КИТ

Протрахиран анафилактичен шок:

- Нарушено съзнание
- Дихателна недостатъчност
- Белодробен оток
- Сърдечно-съдова недостатъчност
- Дисметаболитен синдром
- Полиорганна недостатъчност (два и повече органа)

Наличието на два или повече от изброените синдроми налага обсъждане за лечение в реанимация /интензивно отделение /КИТ.

Интензивното лечение се провежда съвместно от анестезиолог – интензивен терапевт и клиничен токсиколог/ алерголог.

След приключване на интензивното лечение, ако се налага, пациентът се превежда в Клиника/отделение по токсикология/алергология за довършване на лечебния процес.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

При липса на токсиколог/алерголог на територията на ЛЗБП, задължително следва да се осигури консултация с посочените специалисти. При неспазване на това изискване клиничната пътека НЕ СЕ СЧИТА за завършена.

2. 1. АНАФИЛАКТИЧЕН ШОК.

Две от посочените диагностични процедури, задължително се извършват през първите 2 часа от постъпването на пациента в болничното лечебно заведение: кръвна картина; ЕКГ; АКР.

- рентгеново изследване на гръден кош – по преценка.

Лечение:

Провежда се комплексно лечение за преодоляване на хиповолемичния шок, органната недостатъчност, нормализиране на хемодинамиката и проходимостта на горните дихателни пътища.

Катехоламини – епинефрин (адреналин) 0,01 мг/кг; 0,3-0,5 мг субкутанно трикратно през 10-15 мин.; при неповлияване и интравенозно 0,3 мг за 15-20 мин. разреден във физиологичен р-р – дозата се повтаря на всеки 20 мин. трикратно.

При персиситираща хипотония – допамин 2,5-10 ммг/кг/мин., изопреналин. При неповлияване на хипотонията – норепинефрин (норадреналин) - капково в доза 8-10 ммг/мин.

Инфузионна терапия – водносолеви и глюкозни р-ри 100 мл/мин. до 1500 мл; след това 1000 мл за 30 мин. до 3000 мл.

H1 - блокери – след повишаване на систолно налягане 90-100 мм/Hg.

H2 - блокери.

Кортикостероиди – метилпреднизолон в доза 1-3 мг/кг и повече, съобразно състоянието при постъпване, а при протрахиран алергичен шок дозата и интервалите се определят индивидуално.

Инхалаторни ß2 – агонисти.

Симптоматично лечение.

2.2. АЛЕРГИЯ НЕУТОЧНЕНА. ПАТОЛОГИЧНА РЕАКЦИЯ НА ЛЕКАРСТВЕНО СРЕДСТВО ИЛИ МЕДИКАМЕНТ.

Две от посочените диагностични процедури, задължително се извършват през първите 2 часа от постъпването на пациента в болничното лечебно заведение: ЕКГ; ПКК; АКР.

- рентгеново изследване на гръден кош – по преценка.

Лечение:

Терапевтичните процедури започват най-късно до 1-ия час от хоспитализацията. Кортикостероиди.

Антихистамини.

Н1 след повишаване на артериалното систолно налягане до 90 – 100 мм/Hg.

Н2 блокери.

Инфузионна терапия.

Катехоламини при нужда.

При установени отклонения в жизнените параметри и биологичните показатели задължително се извършват контролни изследвания в рамките на болничния престой, преди дехоспитализацията на пациента.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на типичната клинична картина, параклиниката, тяхната динамика и повлияване от провежданото лечение и изключване на алтернативни диагнози.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние
(клинични/параклинични) и:

- отзвучаване на острите клинични симптоми и приключване на спешното болнично медикаментозно лечение;
- стабилна хемодинамика;
- клинично подобрение, допускащо довършване на лечението в дома.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *“Направление за хоспитализация” - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Токсоалергичното заболяване може да настъпи като реакция на организма към хранителни продукти от разнообразно естество (по-често с белтъчно съдържание) или лекарствени вещества. Може бързо да прогресира, да увреди органи и системи, да застраши живота. Налага се задължителна спешна хоспитализиция, защото в домашни условия е невъзможно да се проведе адекватно лечение и да се постигне желания резултат.

Правят се необходими за диагнозата изследвания – кръв, урина, рентген, АКР, които да ориентират лекаря за евентуално настъпилите увреждания или заболявания, които да обяснят токсоалергичната реакция (възпалителни заболявания, включително и хронични възпалителни процеси, паразитози, зъбни инфекции и др.). В момента на изявена токсоалергична болест не се препоръчва и не се извършват проби за доказване на чувствителност, за да не се изостри наличната реакция.

Лечението се провежда със съответни лекарствени средства, включително и системи с инфузионни разтвори по отношение нарушена хемодинамика, сърбеж, обриви, нарушено общо състояние, като се отчитат и предшестващи токсоалергичния проблем заболявания. При нужда се продължава воденото в домашни условия лечение на придружаващи заболявания, съобразено с възможното въздействие на същото върху хода на токсоалергичния процес.

Престоят в клиниката зависи от динамиката на заболяването. При необходимост се извършват изследвания и консултации.

При изписване се дават наставления за спазване на лечебно-диетичен режим.

КП № 106.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТОКСОАЛЕРГИЧНИ РЕАКЦИИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой - 2 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Неблагоприятни въздействия, некласифицирани другаде

Забележка: Тази рубрика следва да се използва при кодиране по единична причина като първичен код за идентифициране на неблагоприятни въздействия, некласифицирани другаде, дължащи се на неизвестна, неопределена или недобре обозначена причина. При множествено кодиране тази рубрика може да се използва като допълнителен код за идентифициране на въздействието върху състояния, класифицирани другаде.

Не включва: усложнения, предизвикани от хирургични намеси и терапевтични грижи, НКД (Т80— Т88)

Т78.0 Анафилактичен шок, предизвикан от патологична реакция към храна

Т78.1 Други прояви на патологична реакция към храна

Т78.2 Анафилактичен шок, неуточнен

Алергичен шок
Анафилактична реакция | БДУ
Анафилаксия

Не включва: анафилактичен шок, дължащ се на:
- патологична реакция на адекватно назначено и правилно прието лекарствено средство (Т88.6)
- патологична реакция към храна (Т78.0)
- въвеждане на серум (Т80.5)

Т78.3 Ангионевротичен оток

Т78.4 Алергия, неуточнена

Алергична реакция БДУ
Повишена чувствителност БДУ
Идиосинкразия БДУ

Не включва: алергична реакция БДУ на адекватно назначено и правилно въведено лекарствено средство (Т88.7)
- уточнен тип алергична реакция, като:
- алергичен гастроентерит и колит (К52.2)
- дерматит (L23—L25, L27.—)
- сенна треска (J30.1)

Други усложнения от хирургични намеси и терапевтични грижи, некласифицирани другаде

Не включва: случайно пробождане или разкъсване по време на процедура (Т81.2)
усложнения, свързани с:
- инфузия, трансфузия и лечебно инжектиране (Т80.—)
- процедура, НКД (Т81.—)

уточнени усложнения, класифицирани другаде, като:
- усложнения:
  - от анестезия по време на:
    - бременност (О29.—)
    - раждане и родоразрешаване (О74.—)
    - послеродов период (О89.—)
- свързани с протези, имплантати и трансплантати (Т82—Т85)
- хирургични намеси и процедури в акушерството (О75.4)
- дерматит, дължащ се на лекарствени средства и медикаменти (L23.3,

L24.4, L25.1, L27.0—L27.1)
• отравяния и токсично действие на лекарствени средства и химични вещества (T36—T65)

T80.5 Анафилактичен шок, дължащ се на въведен серум

T80.6 Други серумни реакции

T80.8 Други усложнения, свързани с инфузия, трансфузия и лечебно инжектиране

T80.9 Усложнение, свързано с инфузия, трансфузия и лечебно инжектиране, неуточнено

T88.2 Шок, дължащ се на анестезия

T88.6 Анафилактичен шок, обусловен от патологична реакция при адекватно назначено и правилно приложено лекарствено средство

T88.7 Патологична реакция на лекарствено средство или медикамент

Неблагоприятна реакция
Алергична реакция | при адекватно наз
Повишена чувствителност | и правилно прило
Идиосинкразия | лекарствено средс

Лекарствена:
• свръхчувствителност БДУ
• реакция БДУ

Не включва: уточнени патологични реакции при въвеждане на лекарствени средства и медикаменти (A00—R99, T80—T88.6, T88.8)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце бял
дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])

55084-00 Ултразвук на пикочен мехур

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1849 Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателната функция-спирометрия

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително следните изследвания:
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

По преценка на лекуващия лекар се извършват и:
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-09 Изследване на протромбиново време
91913-01 Изследване на тромбоцити
91911-04 Изследване на D – димер тест
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури (от различни блокове) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Токсикология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична токсикология", от обхвата на медицинската специалност "Клинична алергология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по "Клинична алергология", от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение", осъществявана съгласно медицински стандарт по "Анестезия и интензивно лечение". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по клинична токсикология или Клиника/отделение по клинична алергология или ОАИЛ/КАИЛ или Клиника/отделение по педиатрия с интензивно звено
2. Клинична лаборатория*
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4. ЕКГ – апарат

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична токсикология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура

1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология/токсикология

или

в клиника по клинична алергология – двама лекари със специалност по клинична алергология, респ. за отделение - един лекар със специалност по клинична алергология

или

лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - минимум четирима;

или

в клиника/отделение по педиатрия с интензивно звено – четирима лекари със специалност по педиатрия, един от които с допълнителна квалификация за извършване на ехография;

- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на пациенти с наличие на един или повече от следните симптоми и синдроми:
   - 1.1. кожен и/или лигавичен токсоалергичен синдром;
   - 1.2. оток на меки тъкани на лицето и шията;
   - 1.3. анафилактичен шок или шокови еквиваленти (варианти);
   - 1.4. съчетание на токсоалергично с друго основно заболяване.

Наличието на кожен или лигавичен токсоалергичен синдром, алергичен шок (шокови еквиваленти), съчетани с подходяща анамнеза, е задължителна индикация за хоспитализация в Клиника/отделение по токсикология/алергология.

Критерии за лечение на анафилактичен шок в реанимация /интензивно отделение /КИТ

Протрахиран анафилактичен шок:

- Нарушено съзнание
- Дихателна недостатъчност
- Белодробен оток
- Сърдечно-съдова недостатъчност
- Дисметаболитен синдром
- Полиорганна недостатъчност (два и повече органа)

Наличието на два или повече от изброените синдроми налага обсъждане за лечение в реанимация/интензивно отделение /КИТ.

Интензивното лечение се провежда съвместно от анестезиолог – интензивен терапевт и клиничен токсиколог/ алерголог.

След приключване на интензивното лечение, ако се налага, пациентът се превежда в Клиника/отделение по токсикология/алергология/педиатрия за довършване на лечебния процес.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

За всеки случай по тази КП, преминал в ОАИК/ КАИЛ или Клиника /отделение по „Педиатрия" с интензивно звено, задължително се осъществява консултация със специалист по токсикология/ алергология. При неспазване на това изискване клиничната пътека НЕ СЕ СЧИТА за завършена.

2.1. АНАФИЛАКТИЧЕН ШОК.

Две от посочените диагностични процедури задължително се извършват през първите 2 часа от постъпването на пациента в болничното лечебно заведение: кръвна картина; ЕКГ; АКР.

- рентгеново изследване на гръден кош – по преценка.

Лечение:

Провежда се комплексно лечение за преодоляване на хиповолемичния шок, органната недостатъчност, нормализиране на хемодинамиката и проходимостта на горните дихателни пътища.

Катехоламини – епинефрин (адреналин) 0,01 мг/кг; 0,3-0,5 мг субкутанно трикратно през 10-15 мин.; при неповлияване и интравенозно 0,3 мг за 15-20 мин. разреден във физиологичен р-р – дозата се повтаря на всеки 20 мин. трикратно.

При персиситираща хипотония – допамин 2,5-10 ммг/кг/мин.; изопреналин. При неповлияване на хипотонията – норепинефрин (норадреналин) - капково в доза 8-10 ммг/мин.

Инфузионна терапия – водносолеви и глюкозни р-ри 100 мл/мин. до 1500 мл; след това 1000 мл за 30 мин. до 3000 мл.

Н1 - блокери – след повишаване на систолно налягане 90-100 мм/Hg.

Н2 - блокери.

Кортикостероиди – метилпреднизолон в доза 1-3 мг/кг и повече, съобразно състоянието при постъпване, а при протрахиран алергичен шок дозата интервалите се определят индивидуално.

Инхалаторни ß2 – агонисти.

Симптоматично лечение.

2.2. АЛЕРГИЯ, НЕУТОЧНЕНА. ПАТОЛОГИЧНА РЕАКЦИЯ НА ЛЕКАРСТВЕНО СРЕДСТВО ИЛИ МЕДИКАМЕНТ.

Две от посочените диагностични процедури задължително се извършват през първите 2 часа от постъпването на пациента в болничното лечебно заведение: ЕКГ; ПКК; АКР.

- рентгеново изследване на гръден кош – по преценка.

Лечение:

Терапевтичните процедури започват най-късно до 1-ия час от хоспитализацията

Кортикостероиди

Антихистамини

Н1 след повишаване на артериалното налягане систолното налягане до 90 -100 мм/Hg.

Н2 блокери.

Инфузионна терапия.

Катехоламини при нужда.

При установени отклонения в жизнените параметри и биологичните показатели, задължително се извършват контролни изследвания в рамките на болничния престой, преди дехоспитализацията на пациента.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на типичната клинична картина, параклиниката, тяхната динамика и повлияване от провежданото лечение и изключване на алтернативни диагнози.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние
(клинични/параклинични) и:

- отзвучаване на острите клинични симптоми и приключване на спешното болнично медикаментозно лечение;
- стабилна хемодинамика;
- клинично подобрение, допускащо довършване на лечението в дома.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Токсоалергичното заболяване може да настъпи като реакция на организма към хранителни продукти от разнообразно естество (по-често с белтъчно съдържание) или лекарствени вещества. Може бързо да прогресира, да увреди органи и системи, да застраши живота. Налага се задължителна спешна хоспитализиция, защото в домашни условия е невъзможно да се проведе адекватно лечение и да се постигне желания резултат.

Правят се необходими за диагнозата изследвания – кръв, урина, рентген, АКР, които да ориентират лекаря за евентуално настъпилите увреждания или заболявания, които да обяснят токсоалергичната реакция (възпалителни заболявания, включително и хронични възпалителни процеси, паразитози, зъбни инфекции и др.). В момента на изявена токсоалергична болест не се препоръчва и не се извършват проби за доказване на чувствителност, за да не се изостри наличната реакция.

Лечението се провежда със съответни лекарствени средства, включително и системи с инфузионни разтвори по отношение нарушена хемодинамика, сърбеж, обриви, нарушено общо състояние, като се отчитат и предшестващи токсоалергичния проблем заболявания. При нужда се продължава воденото в домашни условия лечение на придружаващи заболявания, съобразено с възможното въздействие на същото върху хода на токсоалергичния процес.

Престоят в клиниката зависи от динамиката на заболяването. При необходимост се извършват изследвания и консултации.

При изписване се дават наставления за спазване на лечебно-диетичен режим.

КП № 107 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОТРАВЯНИЯ И ТОКСИЧНИ ЕФЕКТИ ОТ ЛЕКАРСТВА И БИТОВИ ОТРОВИ

1. Минимален болничен престой:
при отравяния с лекарствени средства, медикаменти и биологични вещества – 2 дни;
при отравяния с наркотични и психодислептични средства – 2 дни
Минимален болничен престой при токсично въздействие на вещества предимно с нелекарствен произход – 2 дни
Изключение:
фосфорорганични съединения (ФОС) – 7 дни;
метанол и изопропилов алкохол – 7 дни;
киселини и основи с изразен корозивен ефект – 7 дни;
отравяния с гъби с кратък латентен период – 2 дни;
отравяния с препарати за битови нужди (сапуни и детергенти) – 2 дни;
етанол – 2 дни.

ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-1

Отравяне със системно действащи антибиотици
Не включва: отравяния от антибиотици:
- с противотуморно действие (Т45.1)
- за локално приложение, НКД (Т49.0)
- прилагани за лечение на:
  - ухо, нос и гърло (Т49.6)
  - око (Т49.5)

Т36.0 Пеницилини

Т36.1 Цефалоспорини и други β-лактамазообразуващи антибиотици

Т36.2 Групата на хлорамфеникола

Т36.3 Макролиди

Т36.4 Тетрациклини

Т36.5 Аминоглюкозиди
Стрептомицин

Т36.6 Рифампицини

Т36.7 Антимикотични антибиотици със системно действие

Т36.8 Други системнодействащи антибиотици

Отравяне с други антиинфекциозни и антипаразитни средства със системно действие ***Не включва:*** антиинфекциозни средства:
- за локално приложение, НКД (Т49.0)
- за лечение на болести на:
  - ухо, нос и гърло (Т49.6)
  - око (Т49.5)

T37.0 **Сулфонамиди**

T37.1 **Антимикобактериални препарати**
Не включва: рифампицини (T36.6)
стрептомицин (T36.5)

T37.2 **Противомаларийни препарати и лекарствени средства, действащи върху други протозои в кръвта**
Не включва: производни на хидроксихинолина (T37.8)

T37.3 **Други антипротозойни препарати**

T37.4 **Противохелминтни лекарствени средства**

T37.5 **Противовирусни препарати**
Не включва: амантадин (T42.8)
цитарабин (T45.1)

T37.8 **Други уточнени противомикробни и противопаразитни средства със системно действие**
Производни на хидроксихиноина
Не включва: антималарийни препарати (T37.2)

Отравяне с хормони, синтетичните им заместители и антагонисти, некласифицирани другаде
Не включва: минералкортикоиди и антагонистите им (T50.0)
окситоцинови хормони (T48.0)
паратиреоидни хормони и производните им (T50.9)

T38.0 **Глюкокортикоиди и синтентичните им аналози**
Не включва: глюкокортикоидите за локално приложение (T49.—)

T38.1 **Тиреоидни хормони и производните им**

T38.2 **Антитиреоидни препарати**

T38.3 **Инсулин и перорални хипогликемични [противодиабетични] препарати**

T38.4 **Перорални контрацептиви**
Поли- и еднокомпонентни препарати

T38.5 **Други естрогени и прогестогени**
Смеси и заместители

T38.6 **Антигонадотропини, антиестрогени, антиандрогени, некласифицирани другаде**
Tamoxifen

T38.7 **Андрогени и анаболните им аналози**

T38.8 **Други и неуточнени хормони и синтентичните им заместители**
Хормони от предния дял на хипофизата

T38.9 **Други и неуточнени антагонисти на хормоните**

Отравяне с неопиоидни обезболяващи, антипиретични и противоревматични средства

T39.0 **Салицилати**

T39.1 **Производни на 4-aminophenol**

T39.2 **Производни на пиразолона**

T39.3 **Други нестероидни противовъзпалителни средства [NSAID]**

T39.4 **Противоревматични средства**
Не включва: глюкокортикоиди (T38.0)
салицилати (T39.0)

T39.8 **Други неопиоидни аналгетици и антипиретици, некласифицирани другаде**

Отравяне с наркотични и психодислептични [халюциногенни] средства

Не включва: лекарствена зависимост и психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на психоактивни вещества (F10—F19)

T40.0 **Опиум**

T40.1 **Хероин**

T40.2 **Други опиати**
Кодеин
Морфин

T40.3 **Метадон**

T40.4 **Други синтетични наркотици**
Петидин

T40.5 **Кокаин**

T40.6 **Други и неуточнени наркотици**

T40.7 **Канабис (производни)**

T40.8 **Лизергид [LSD]**

T40.9 **Други и неуточнени психодислептици [халюциногени]**
Мескалин
Псилоцин
Псилоцибин

Отравяне с анестетични средства и терапевтични газове

Не включва: бензодиазепини (T42.4)
кокаин (T40.5)
опиати (T40.0—T40.2)

T41.0 **Средства за инхалационна наркоза**
Не включва: кислород (T41.5)

T41.1 **Интравенозни анестетици**
Тиобарбитурати

T41.2 **Други и неуточнени средства за обща наркоза**

T41.3 **Локални анестетици**

Отравяне с антиепилептични, седативни, сънотворни и антипаркинсонови средства

T42.0 **Производни на хиантоина**

T42.1 **Иминостилбени**
Carbamazepine

T42.2 **Сукцинимиди и оксазолидиндиони**

T42.3 **Барбитурати**
Не включва: тиобарбитурати (T41.1)

T42.4 **Бензодиазепини**

T42.5 **Смесени антиепилептични препарати, некласифицирани другаде**

T42.6 **Други антиепилептични, седативни и сънотворни средства**
Метаквалон
Валпроева киселина
Не включва: карбамазепин (T42.1)

T42.7 **Антиепилептични, седативни и сънотворни средства, неуточнени**

Сънотворни: • микстури • прахчета • таблетки	БДУ

T42.8 **Лекарства против паркиносинизъм и други мускулни депресанти с централно действие**
Амантадин

Отравяне с психотропни лекарствени средства, некласифицирани другаде

Не включва: средства, потискащи апетита (T50.5)
барбитурати (T42.3)
бензодиазепини (T42.4)
лекарствена зависимост, психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на психоактивни вещества (F10—F19)
метаквалон (T42.6)
психодислептици [халюциногени] (T40.7—T40.9)

T43.0 **Трициклични и тетрациклични антидепресанти**

T43.1 **Антидепресанти - инхибитори на моноаминоксидазата**

T43.2 **Други и неуточнени антидепресанти**

T43.3 **Антипсихотични и невролептични препарати (на базата на фенотиазина)**

T43.4 **Бутирофенонови и тиоксантенови невролептици**

T43.5 **Други и неуточнени антипсихотични и невролептични препарати**
Не включва: препарати на рауволфия (T46.5)

T43.6 **Психостимулиращи средства с възможност за пристрастяване към тях**
Не включва: кокаин (T40.5)

T43.8 **Други психотропни средства, некласифицирани другаде**

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на вегетативната нервна система

T44.0 **Инхибитори на холинестеразата**

T44.1 **Други парасимпатикомиметици [холинергици]**

T44.2 **Ганглиоблокиращи средства, некласифицирани другаде**

T44.3 **Други парасимпатиколитични [антихолинергични и антимускаринови] и спазмолитични средства, некласифицирани другаде**
Папаверин

T44.4 **Агонисти предимно на α-адренорецепторите, некласифицирани другаде**
Metaraminol

T44.5 **Агонисти предимно на β-адренорецепторите, некласифицирани другаде**
Не включва: салбутамол (T48.6)

T44.6 **Антагонисти предимно на α -адренорецепторите, некласифицирани другаде**
Не включва: ергоалкалоиди (T48.0)

T44.7 **Антагонисти предимно на β -адренорецепторите, некласифицирани другаде**

T44.8 **Централнодействащи и адреноневронблокиращи средства, некласифицирани другаде**
Не включва: клофелин (T46.5)
гуанетидин (T46.5)

T44.9 **Други и неуточнени лекарствени средства, действащи предимно върху вегетативната нервна система**
Лекарствени средства, стимулиращи и двата адренорецептора (α и β)

Отравяне с препарати, предимно със системно действие, и хематологични агенти, некласифицирани другаде

T45.0 **Антиалергични и антиеметични средства**
Не включва: нерволептици от фенотиазиновата група (T43.3)

T45.1 **Противотуморни и имуносупресивни средства**
Противотуморни антибиотици
Цитарабин
Не включва: tamoxifen (T38.6)

T45.2 **Витамини, некласифицирани другаде**
Не включва: никотинова киселина [производни] (T46.7)

витамин К (Т45.7)

Т45.3 Ензими, некласифицирани другаде

Т45.4 Желязо и съединенията му

Т45.5 Антикоагуланти

Т45.6 Средства, въздействащи върху фибринолизата

Т45.7 Антагонисти на антикоагулантите, витамин К и други коагуланти

Т45.8 Други препарати, предимно със системно действие, и хематологични агенти
Чарнодробни препарати и други антианемични средства
Естествена кръв и кръвни продукти
Субстанция на плазма
Не включва: имуноглобулин (Т50.9)
желязо (Т45.4)

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на сърдечно-съдовата система
Не включва: metaraminol (Т44.4)

Т46.0 Кардиотонични глюкозиди и препарати с аналогично действие

Т46.1 Блокери на калция в каналчетата

Т46.2 Други антиаритмични средства, некласифицирани другаде
Не включва: антагонисти на β-адренорецепторите (Т44.7)

Т46.3 Коронарни вазодилатори, некласифицирани другаде
Дипиридамол
Не включва: антагонисти на β -адренорецепторите (Т44.7)
блокери на калциеви канали (Т46.1)

Т46.4 Инхибитори на ангиотензинконвертиращите ензими

Т46.5 Други хипотензивни средства, некласифицирани другаде
Клонидин
Гуанетидин
Рауволфия
Не включва: антагонисти на β-адренорецепторите (Т44.7)
блокери на калциеви канали (Т46.1)
диуретици (Т50.0—Т50.2)

Т46.6 Антихиперлипидемични и антиатеросклеротични средства

Т46.7 Периферни вазодилататори
Никотинова киселина (производни)
Не включва: папаверин (Т44.3)

Т46.8 Антиварикозни средства, включително склерозиращи агенти

Т46.9 Други и неуточнени средства, влияещи предимно върху сърдечно-съдовата система

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на храносмилателната система

Т47.0 Антагонисти на хистаминовите H_2-рецептори

Т47.1 Други антиацидни препарати и препарати, потискащи стомашната секреция

Т47.2 Дразнещи слабителни средства

Т47.3 Солеви и осмотични слабителни средства

Т47.4 Други лаксативни средства
Препарати, стимулиращи чревната перисталтика

Т47.5 Препарати, стимулиращи храносмилането

Т47.6 Антидиарийни лекарствени средства
Не включва: антибиотици със системно действие и други противомикробни препарати (Т36—Т37)

T47.7 Еметици

T47.8 Други средства, действащи предимно върху стомашно чревния тракт

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на гладката и набразденатa мускулатура и дихателната система

T48.0 Окситоцини
Не включва: естрогени, прогестогени и антагонисти (T38.4—T38.6)

T48.1 Миорелаксанти [блокери на Н-холинорецепторите на набразденатa мускулатура]

T48.2 Други и неуточнени средства, действащи предимно върху мускулатурата

T48.3 Противокашлечни средства

T48.4 Отхрачващи средства

T48.5 Средства против хрема

T48.6 Антиастматични средства, некласифицирани другаде
Салбутамол
Не включва: агонисти на β-адренорецепторите (T44.5)
хормони на предния дял на хипофизата (T38.8)

T48.7 Други и неуточнени средства, действащи предимно върху дихателната система

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно върху кожата и лигавиците, и с л екарства, използвани в офталмологията, оториноларингологията и стоматологията
Включва: глюкокортикоиди за местно приложение

T49.0 Локални антимикотични, противоинфекциозни и противовъзпалителни средства, некласифицирани другаде

T49.1 Противосърбежни средства

T49.2 Локални астрингенти и детергенти

T49.3 Смекчаващи, успокояващи и протекторни (защитни) медикаменти

T49.4 Кератолитични, кератопластични и други препарати и средства за лечение на косата

T49.5 Офталмологични средства и препарати
Очни противоинфекциозни препарати

T49.6 Оториноларингологични средства и препарати
Противоинфекциозни средства за лечение на болестите на ушите, носа и гърлото

T49.7 Локалнодействащи лекарствени средства в стоматологията

T49.8 Други средства за локално приложение

Отравяне с диуретици и други неуточнени лекарствени средства, медикаменти и биологични вещества

T50.0 Минералкортикоиди и антагонистите им

T50.1 “Бримкови” диуретици [високо-прагови]

T50.2 Инхибитори на карбоанхидразата, бензотиадиазина и други диуретични средства
Ацетазоламид

T50.3 Препарати, влияещи на електролитния, калорийния и водния баланс
Соли за перорална рехидратация

T50.4 Препарати, влияещи на обмяната на пикочната киселина

T50.5 Средства, потискащи апетита

T50.6 Антидоти и хелатообразуватели, некласифицирани другаде
Средства за лечение на алкохолизъм, облекчаващи отказването от алкохол

T50.7 Аналептични средства и антагонисти на “опиум”- рецепторите

T50.8 Диагностични средства

T50.9 Други и неуточнени лекарствени средства, медикаменти и биологични вещества
Средства, повишаващи киселинността
Средства, повишаващи алкалността
Имуноглобулини
Антитела
Липотропни средства
Хормони на паратиреоидната жлеза и производните им

Токсично въздействие на алкохола

T51.0 Етанол
Етилов алкохол

T51.1 Метанол
Метилов алкохол

T51.2 2-пропанол
Изопропилов алкохол

T51.3 Фузелово масло
Алкохол:
- амилов
- бутилов [1-бутанол]
- пропилов [1-пропанол]

T51.8 Други видове алкохол

Токсично въздействие на органични разтворители
Не включва: халогенпроизводни деривати на алифатни и ароматни въглеводороди (T53.—)

T52.0 Нефтопродукти
Газолин [бензин]
Керосин [парафиново масло]
Парафинов восък
Петролиум:
- етер
- нафта
- спирт

T52.1 Бензол
Не включва: хомолози на бензола (T52.2)
нитро- и аминопроизводни на бензола и неговите хомолози (T65.3)

T52.2 Хомолози на бензола
Толуол [метилбензол]
Ксилен [диметилбензол]

T52.3 Гликоли

T52.4 Кетони

T52.8 Други органични разтворители

Токсично въздействие на халогенпроизводните алифатни и ароматни въглеводороди

T53.0 Въглероден тетрахлорид
Татрахлорметан

T53.1 Хлороформ
Трихлорметан

T53.2 Трихлоретилен
Трихлоретан

T53.3 Тетрахлоретилен
Перхлоретилен
Тетрахлоретан

T53.4 Дихлорметан
Метиленхлорид

T53.5 Хлорфлуоровъглероди

T53.6 Други халогенпроизводни алифатни въглеводороди

T53.7 Други халогенпроизводни ароматни въглеводороди

Токсично въздействие на разяждащи вещества

T54.0 Фенол и неговите хомолози

T54.1 Други разяждащи органични вещества

T54.2 Корозивни киселини и киселиноподобни вещества
Киселина:
- солна
- сярна

T54.3 Корозивни основи и алкалоподобни вещества
Калиева основа
Натриева основа

T55 Токсично въздействие на сапуни и детергенти

Токсично въздействие на метали
Включва: дим и пари от метали
метали от всички източници, освен от медицински препарати
Не включва: арсен и неговите съединения (T57.0)
манган и неговите съединения (T57.2)
талий (T60.4)

T56.0 Олово и неговите съединения

T56.1 Живак и неговите съединения

T56.2 Хром и неговите съединения

T56.3 Кадмий и неговите съединения

T56.4 Мед и нейните съединения

T56.5 Цинк и неговите съединения

T56.6 Калай и неговите съединения

T56.7 Берилий и неговите съединения

T56.8 Други метали

Токсично въздействие на други неорганични вещества

T57.0 Арсен и неговите съединения

T57.1 Фосфор и неговите съединения
Не включва: фосфороорганични инсектициди (T60.0)

T57.2 Манган и неговите съединения

T57.3 Циановодород

T57.8 Други уточнени неорганични вещества

T58 Токсично въздействие на въглеокиси

Токсично въздействие на други газове, дим и пари
Включва: аерозолни пропеленти
Не включва: хлорфлуоровъглероди (T53.5)

T59.0 Азотни окиси

T59.1 Серен двуокис

T59.2 Формалдехид

T59.3 Сълзотворен газ
Слъзен газ

T59.4 Газообразен хлор

T59.5 Газообразен флуор и флуороводород

T59.6 Сероводород

T59.7 Въглероден двуокис

T59.8 Други уточнени газове, дим и пари

Токсично въздействие на пестициди

T60.0 Фосфорорганични и карбаматни инсектициди

T60.1 Халогенни инсектициди
Не включва: хлорирани въглеводороди (T53.—)

T60.2 Други инсектициди

T60.3 Хербициди и фунгициди

T60.4 Родентициди
Талий
Не включва: стрихнин и неговите соли (T65.1)

T60.8 Други пестициди

Токсично въздействие на отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни морски продукти

Не включва: алергична реакция към храна, като:
- анафилактичен шок, дължащ се на патологична реакция към храна (T78.0)
- дерматит (L23.6, L25.4, L27.2)
- гастроентерит (неинфекциозен) (K52.—)

бактериално хранително отравяне (A05.—)
токсично въздействие на замърсители на храна, като:
- афлатоксин и други микотоксини (T64)
- цианиди (T65.0)
- циановодород (T57.3)
- живак (T56.1)

T61.0 Отравяне с риба ciguatera

T61.1 Отравяне с риба от семейство скумрии
Хистаминоподобен синдром

T61.2 Отравяне с друга риба и молюски

T61.8 Токсично въздействие на други морски продукти

Токсично въздействие на други отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни продукти

Не включва: алергична реакция към храна, като:
- анафилактичен шок, дължащ се на патологична реакция към храна (T78.0)
- дерматит (L23.6, L25.4, L27.2)
- гастроентерит (неинфекциозен) (K52.—)

бактериално хранително отравяне (A05.—)
токсично въздействие на замърсители на храна, като:
- афлатоксин и други микотоксини (T64)
- цианиди (T65.0)
- циановодород (T57.3)
- живак (T56.1)

T62.0 В изядени гъби

T62.1 **В изядени ягоди**

T62.2 **В друго(-и) изядено(-и) растение(-я)**

T62.8 **Други отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни продукти**

Токсичен ефект от контакт с отровни животни

T63.0 **Змийска отрова**

T63.1 **Отрова от други влечуги**
Отрова от гущер

T63.2 **Отрова от скорпион**

T63.3 **Отрова от паяк**

T63.4 **Отрова от други артроподи**
Ухапване или ужилване от отровно насекомо

T63.5 **Токсичен ефект от контакт с риба**
Не включва: отравяне от изядена риба (T61.0—T61.2)

T63.6 **Токсичен ефект от контакт с други морски животни**
Медуза
Морска анемония
Животни с раковина или броня (твърда покривка) (рак, стрида и др.)
Морска звезда
Не включва: отравяне от изядени животни, имащи раковина или броня (рак, стрида и т.н.) (T61.2)
действие на отрова на морска змия (T63.0)

T63.8 **Токсичен ефект от контакт с други отровни животни**
Отрова от амфибия

T63.9 **Токсичен ефект, обусловен от контакт с неуточнено отровно животно**

T64 **Токсичен ефект в замърсени хранителни продукти от афлатоксин и други микотоксини**

Токсичен ефект от други и неуточнени вещества

T65.0 **Цианиди**
Не включва: циановодород (T57.3)

T65.1 **Стрихнин и неговите соли**

T65.3 **Нитропроизводни и аминопроизводни на бензола и неговите хомолози**
Анилин [аминобензол]
Нитробензол
Тринитротолуол

T65.4 **Въглероден дисулфид**

T65.5 **Нитроглицерин и други азотни киселини и естери**
1, 2, 3-пропантриолтринитрат

T65.6 **Бои и оцветители, некласифицирани другаде**

T65.8 **Токсичен ефект от други уточнени вещества**

Y43.0 **Антиалергични и антиеметични средства**

Y49.5 **Други антипсихотични и невролептични препарати**
Не включва: рауволфия (Y52.5)

Y52.4 **Инхибитори на ангиотензинконвертиращите ферменти**

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Панендоскопия

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD]

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце бял
дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

1932 Изследвания на урината

91226-21 Химико-токсикологичен анализ на отрови в урина

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])

Друго измерване на дихателна функция

11503-12 Измерване на тотален белодробен капацитет
Измерване на абсолютен белодробен обем

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

91921-00 Вземане на материали за химико-токсикологично изследване на кръв

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните изследвания:

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

По преценка на лекуващия лекар се извършват и:

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-09 Изследване на протромбиново време
91913-01 Изследване на тромбоцити
91911-04 Изследване на D – димер тест
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-07 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за токсилогия

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1886 Перфузия

22060-00 Перфузия на цяло тяло
Изключва: 13100-00 Хемодиализа

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер

92044-00 Друго кислородно обогатяване

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

14200-00 Стомашна промивка

92077-00 Друга ректална промивка

Вентилаторно подпомагане

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на плазма
Трансфузия на албумин

Приложение на фармакотерапия

96199-04 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антидот

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Афереза

13750-00	Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и три основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Химико-токсикологичен анализ на кръв и химико-токсикологичен анализ на се извършват по преценка на токсиколога.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Токсикология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична токсикология", от обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение", от обхвата на медицинската специалност "Професионални болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Професионални болести" (*само за кодове Т52.0; Т52.2; Т52.8; Т56.0; Т56.1; Т56.2; Т56.3; Т56.4; Т56.5; Т56.7; Т56.8; Т57.0; Т57.2; Т57.8; Т65.0; Т65.3 и Т65.8).

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по токсикология или ОАИЛ/КАИЛ или Клиника по професионални болести – III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Професионални болести” (само за посочените кодове на диагнози по МКБ - 10)*
2. Клинична лаборатория**
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4. ЕКГ – апарат
5. Структура за диализно лечение - съгласно изискванията на медицински стандарт “Клинична токсикология”

Съгласно медицински стандарт по „Клинична токсикология”: Когато в дадено ЛЗБП няма структура по токсикология, обслужването на болните с остри отравяния може да започне в спешното отделение на болничното заведение, с последващо насочване за хоспитализация в ОАИЛ/КАИЛ, т.е. хоспитализирането на болния с остро отравяне може да се осъществява на територията на отделения /клиники по анестезиология и интензивно лечение при задължителна консултация с клиничен токсиколог или привеждане към най-близката клиника /отделение по токсикология. Привеждането към най-близката клиника /отделение по токсикология се осъществява по решение на специалиста по клинична токсикология.

*Случаите по кодове **Т52.0; Т52.2; Т52.8; Т56.0; Т56.1; Т56.2; Т56.3; Т56.4; Т56.5; Т56.7; Т56.8; Т57.0; Т57.2; Т57.8; Т65.0; Т65.3 и Т65.8** могат да се хоспитализират и в Клиники по професионални болести от III ниво на компетентност, с токсикологични отделения/структури или при задължителна консултация с лекар клиничен токсиколог.

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична токсикология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Химико-токсикологична лаборатория – съгласно изискванията на медицински стандарт по „Клинична токсикология" (допуска се договор с лечебно заведение на територията на друга област)
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- лекар със специалност по клинична токсикология/токсикология

или

- минимум четирима лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

- лекари със специалност по професионални болести – шестима, само за кодове на диагнози **Т52.0; Т52.2; Т52.8; Т56.0; Т56.1; Т56.2; Т56.3; Т56.4; Т56.5; Т56.7; Т56.8; Т57.0; Т57.2; Т57.8; Т65.0; Т65.3 и Т65.8;**
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП **задължително** следва да се осигури консултация със специалист токсиколог, независимо че лечението се води от специалист по анестезиология и интензивно лечение в ОАИЛ/ КАИЛ и др.

Клиничната пътека няма да се счита за завършена, ако не е извършена консултация с лекар със специалност клинична токсикология.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на пациенти при:

1.1. клинични данни за остро екзогенно отравяне;

1.2. странични и токсични действия на лекарствени средства (нежелани лекарствени реакции);

1.3. усложнения от страна на вътрешни органи и системи (дихателна, храносмилателна, отделителна), при острите екзогенни интоксикации.

• **Остро екзогенно отравяне:**

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието (обнубилацио, сомнолентност, сопор, кома 1-4 степен, делир, гърчове).

Общотоксичен синдром – увреждане на общото състояние от екзогенната отрова.

Пулмотоксичен синдром – остра дихателна недостатъчност, остра токсична пулмопатия.

Кардиотоксичен синдром.

Нефротоксичен синдром (остра бъбречна недостатъчност).

Гастроентероколитен синдром (иритативни и корозивни увреждания на стомашночревния тракт, екзотоксичен гастроентероколит).

Хепатотоксичен синдром (остър токсичен хепатит, остра чернодробна недостатъчност).

Хемотоксичен синдром – остри екзогенни: метхемоглобинемия, хемолиза, карбоксихемоглобинемия, токсично потискане на хемопоезата, ДИК синдром.

Дисметаболитен екзотоксичен синдром.

Епикутанен екзотоксичен синдром.

Полиорганна недостатъчност (два или повече органа).

Екзотоксичен шок.

• **Странични и токсични действия на лекарствени средства (нежелани лекарствени реакции)**

• **Усложнения от страна на вътрешни органи и системи (дихателна, храносмилателна, отделителна), при острите екзогенни интоксикации.**

Всички пациенти с анамнестични и клинични данни за остро екзогенно отравяне или странично действие на лекарствено средство с интоксикационен синдром се хоспитализират в Клиника/отделение по токсикология или ОАИЛ/КАИЛ или КСИТ.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ ОТРАВЯНИЯ С:

Противоалергични и противоеметични лекарства

Степенно нарушение на съзнанието със или без възбудни прояви.
Кардиотоксичен синдром.

Опиати и сродни наркотици

Депресия на дишането до апное.
Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието.

Салицилови препарати, ароматни аналгетици некласирани другаде, пиразолови производни

Гастроинтестинален синдром.
Дисметаболитен синдром.
Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.
Общотоксичен синдром.

Седативни и сънотворни вещества – барбитурати, група на глутетимида и неуточнени

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.
Остра дихателна недостатъчност до апное.
Дисметаболитен синдром.
Епикутанен (кожен) синдром.

Психотропни вещества – антидепресанти (тимоаналептици), транквилизатори – фенотиазини, бензодиазепини, бутирофенонови и други, психолептици, невролептици, психодизлептици (халюциногени), психостимуланти и неуточнени психотропни медикаменти

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, делир, гърчове.
Кардиотоксичен синдром.
Екстрапирамиден синдром.
Остра дихателна недостатъчност до апное.
Холинолитичен синдром.
Дисметаболитен синдром.

Медикаменти действащи предимно върху сърдечносъдовата система – кардиотонични гликозиди и лекарства със сродно действие; хипотензивни, други и неуточнени медикаменти

Кардиотоксичен синдром – тахикардия, брадикардия, ритъмни и проводни нарушения, хипотония, сърдечен арест.
Екзотоксичен шок.
Гастритен синдром.
Дисметаболитен синдром.

Отравяния от други неуточнени лекарства – препарати за отказване от алкохола

Невровегетативен синдром.
Церебротоксичен синдром.
Кардиотоксичен синдром.

Токсично въздействие на етилов алкохол

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието.
Дисметаболитен синдром.

Гастритен синдром.
Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на метилов алкохол

Тежък дисметаболитен синдром.
Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.
Увреждане на зрителния анализатор.
Гастритен синдром.
Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на изопропилов алкохол

Нефротоксичен синдром до остра бъбречна недостатъчност.
Тежък дисметаболитен синдром.
Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.
Гастритен синдром.
Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на петрола и продуктите му

Пулмотоксичен синдром.
Церебротоксичен синдром.
Гастритен синдром.
Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на непетролни разтворители – тетрахлорметан

Хепатотоксичен синдром.
Нефротоксичен синдром до остра бъбречна недостатъчност.
Церебротоксичен синдром.
Гастритен синдром.
Дисметаболитен синдром.

Токсично въздействие на разяждащи вещества от ароматния ред, киселини и основи

Азотна киселина – корозивен и общотоксичен синдром.
Сярна киселина – корозивен и общотоксичен синдром.
Солна киселина – корозивен и общотоксичен синдром.
Натриева основа – корозивен и общотоксичен синдром.
Мравчена киселина – корозивен и ренотоксичен синдром.
Оцетна киселина – корозивен, хемотоксичен (хемолиза) и ренотоксичен синдром.
Оксалова киселина – корозивен и ренотоксичен синдром, хипокалциемия.
Млечна киселина – корозивен синдром.
Лимонена киселина – корозивен синдром.
Мастни алдехиди – корозивен, церебро-, рено-, хепатотоксичен, дисметаболитен, пулмотоксичен синдром.
Анилин – хемотоксичен, метхемоглобинемия (хемолиза), хепатотоксичен, ренотоксичен, церебротоксичен синдром.
Нафталин – Хемотоксичен, метхемоглобинемия (хемолиза), церебротоксичен, хепатотоксичен, ренотоксичен, синдром.

Токсично въздействие на въглеокиса

Хипоксичен синдром – степенна до тотална хипоксия.
Церебротоксичен синдром.
Кардиотоксичен синдром.

Токсично въздействие на вредни продукти, използвани като храна – гъби

Кратък латентен период – 30 минути – 4-6 часа:

- **иритативни** – гастроинтестинален синдром, дехидратация до хиповолемичен шок.
- **мускаринови** – гастроинтестинален синдром; мускаринов (холиномиметичен) синдром.
- **пантеринови** – гастроинтестинален синдром след кратък латентен период;

пантеринов (холинолитичен) синдром, делир.

- **хелвелно** гъбно отравяне – хепатотоксичен синдром.
- **ореланово отравяне** – гастритен синдром, ренален синдром (тубулоинтерстициален нефрит, ОБН, уремична кома), хепатален синдром – дискретен.
- **шизофреноподобно отравяне**
- **нитроидно отравяне**

Токсично въздействие на други вещества от нелекарствен произход:

Фосфорорганични съединения, карбамати

Гастроинтестинален синдром.

Церебротоксичен синдром.

Мускариноподобен, никотиноподобен и церебрален синдром – обилно изпотяване, саливация, брадикардия, тесни зеници, белодробен застой до оток.

Кардиотоксичен синдром.

Екзотоксичен шок.

Общотоксичен синдром.

Други пестициди

Параквати – гастритен, пулмотоксичен, рено- и хепатотоксичен синдроми, катарални възпалителни промени в белите дробове;

Карбамати и други – гастритен, церебротоксичен синдроми; дерматити; катар на очна, назофарингеална и дихателна лигавици, множествени хеморагии (кумаринови производни).

Змии, насекоми и други

Локален синдром – хеморагични петна, оток и болка на мястото на ухапването, регионален лимфаденит;

Хемотоксичен синдром – хеморагична диатеза;

Общотоксичен синдром – прилошаване, адинамия, отпадналост;

Невротоксични прояви – преходна парализа, най-често преходна птоза на горни клепачи;

Алергичен синдром – обриви, отоци, шок;

Тежка степен – шок, делир, изявена хеморагична диатеза.

Критерии за лечение на тежко и крайно тежко отравяне в реанимация (интензивно отделение):

Изразен интоксикационен синдром:

- нарушено съзнание – 2-4 степен;
- дихателна недостатъчност – 2-4 степен;
- сърдечно - съдова недостатъчност – 2-4 степен;
- дисметаболитен синдром.

Наличието на един или повече от изброените синдроми налага обсъждане за лечение в реанимация (интензивно отделение).

Интензивното лечение се провежда съвместно от анестезиолог – интензивен терапевт и клиничен токсиколог. След приключване на интензивното лечение пациентът се превежда в Клиника по токсикология за довършване на лечебния процес.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП задължително следва да се осигури консултация с посочения специалист.

Принципи и насоки за поведение

Започва се в токсикологичен кабинет/противошокова зала, след което - в Клиника/отделение по токсикология или интензивно отделение по преценка.

Лечение на отравяния от противоалергични и противоеметични медикаменти

Стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза (симптоматични средства, церебропротективни средства – антидотни комплекси (бипериден, диазепам, витамин В6), симптоматични средства.

Лечение на отравяния от опиати и сродни наркотици

Стомашно-чревен лаваж, антидотни комплекси (налоксон и други), церебропротективна и дихателна реанимация, изкуствена белодробна вентилация при нужда, инфузионна терапия на лечебни вещества, симптоматични средства.

Лечение на отравяния от салицилови препарати

Лека степен – стомашно-чревно очистване, гастропротективни препарати, форсирана диуреза, симптоматични средства.

Среднотежка степен – стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, екстракорпорално очистване, алкализираща терапия според АКР-проследяване, гастропротективни препарати, витамини от група В, вит. К, седативни и симптоматични средства.

Тежка и много тежка степен – стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, екстракорпорално очистване, алкализираща терапия според АКР-проследяване, гастропротективни препарати, витамини от група В, вит. К, седативни и симптоматични средства. Хемотрансфузия и изкуствена белодробна вентилация - при нужда.

Лечение на отравяния от седативни и сънотворни вещества – барбитурати, група на глутетимида, неуточнени седативни и сънотворни.

Лека степен – стомашно-чревно очистване, неколкократен лаваж на стомашночревния тракт, форсирана диуреза, церебропротективни средства – антидотни комплекси.

Среднотежка степен – стомашно-чревно очистване, форсирана, церебропротективни средства - пирацетам 4-10 г/24 ч., алкализиране според АКР.

Тежка степен – стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, церебропротективни средства - пирацетам 8-12 г/24 ч., витамини от В група, алкализиране според АКР проследяване, изкуствена белодробна вентилация при нужда, антибиотик по преценка, симптоматични средства, хемоперфузия и хемодиализа.

Лечение на отравяния от психотропни вещества – антидепресанти, фенотиазини, транквилизатори, психолептици, невролептици, бензодиазепини, психодизлептици, психостимуланти, неуточнени психотропни медикаменти

Лека степен – стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, антидотни комплекси – церебропротективни, симптоматични, кардиопротективни средства, витамини от В група.

Среднотежка и тежка степен – стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, церебропротективни средства – антидотни комплекси, антиконвулсивни, симптоматични средства, витамини от В група, антибиотик при нужда.

Крайно тежка степен – стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, инфузионна терапия, антидотни комплекси, антиконвулсивни, противогърчови, кардиопротективни, церебропротективни, симптоматични средства, парентерално хранене, дихателна реанимация, изкуствена белодробна вентилация, симптоматични средства, витамини от В група, антибиотик при нужда, карбохемоперфузия.

Лечение на отравяния от медикаменти, действащи върху сърдечно - съдовата система – кардиотонични гликозиди, хипотензивни медикаменти и други неуточнени медикаменти действащи предимно върху ССС.

Стомашно-чревно очистване, инфузионна и антихипотензивна терапия; форсирана диуреза; кардиопротективни средства – катехоламини, холинолитици, антидотни комплекси, противошокови и симптоматични средства, церебропротективни средства, витамини от В група, антибиотик при нужда.

Карбохемоперфузия – при крайно тежка степен.

Дефибрилация, мониториране – при необходимост.

Лечение на отравяния от други неуточнени лекарства – препарати за отказване от алкохола

Стомашна промивка, очистителни клизми, инфузионна терапия, форсирана диуреза, витамин С, кардиопротективни, седативни, церебропротективни и симптоматични средства, дихателна реанимация.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на алкохола – етилов алкохол

Стомашно-чревно очистване, инфузионна терапия, церебропротективен комплекс, аналептици, симптоматични средства, витамини, дихателна реанимация, кислородотерапия.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на алкохола – метилов и изопропилов алкохол

Стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, антидотни комплекси (етанол, алкализиращи средства), парентерално хранене, дихателна реанимация, кардиопротективно, церебропротективно и симптоматично лечение, витамини от В група, антибиотик при нужда, диализно лечение – хемодиализа.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на петрола и продуктите му

Стомашно-чревно очистване, инфузионна терапия, дихателна реанимация, кислородолечение, антихипоксични комбинации, церебропротективни, хепатопротективни и симптоматични медикаменти, витамини, антибиотик при нужда.

Лечение на отравяния от непетролни разтворители – тетрахлорметан

Стомашно-чревно очистване, инфузионно, диализно лечение, антихипоксични комбинации, хепато- и ренопротективни, церебропротективни и симптоматични медикаменти, витамини.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на разяждащи вещества от ароматния ред, киселини и основи

При всички корозивни отравяния (с неорганични киселини и основи) - обсъждане на лечебно - диагностичното поведение съвместно с хирург и УНГ специалист.

Азотна киселина, сярна киселина, солна киселина, натриева основа – при тежки степени парентерално хранене. Инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди, антибиотик.

Мравчена киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди.

Оцетна киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди, хемодиализа - при необходимост.

Оксалова киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, калциеви препарати, кортикостероиди, хемодиализа - при необходимост.

Млечна киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение.

Лимонена киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди, калциеви препарати.

Мастни алдехиди – стомашна промивка, парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, ренопротективно, хепатопротективно, антихипоксични комбинации, симптоматично лечение, кортикостероиди, дихателна реанимация при нужда.

Анилин – инфузионно лечение, хемопротективно (хемотрансфузия по преценка), ренопротективно, кортикостероиди, антихипоксични комбинации.

Нафталин – инфузионно лечение, хемопротективно (хемотрансфузия по преценка), ренопротективно, кортикостероиди, антихипоксични комбинации.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на въглеокиса

Кислородотерапия, дихателна реанимация, барокамера - при необходимост, инфузионно лечение, церебропротективни, кардиопротективни и симптоматични медикаменти.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на вредни продукти, използвани като храна – гъби

С кратък латентен период – 30 минути – 4-6 часа:

Стомашно-чревно очистване, инфузионна терапия

Седативни (микоатропиново отравяне)

Атропин (мускариново и шизофреноподобно отравяне)

Хепатопротективни и симптоматични средства

Ореланово отравяне – стомашно-чревна промивка, очистителни клизми, инфузионна терапия – водносолеви, глюкозови, левулозни разтвори, калциум глюконикум, кортикостероиди, диализно лечение.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на други вещества от нелекарствен произход – фосфорорганични съединения и карбамати, други пестициди, некласирани другаде, отрови от змии, насекоми и други.

Фосфорорганични съединения – стомашно-чревно очистване, лаваж на стомашночревния тракт 3-4 дни, форсирана диуреза, антидотно лечение (атропин, обидоксим хлорид), антидотни комплекси, хемотрансфузия, прясна кръв, плазма, парентерално хранене, дихателна реанимация, кардиопротективни и церебропротективни средства, симптоматични средства, витамини от В група, антибиотик при нужда, хемоперфузия по преценка.

Параквати и карбамати – стомашно-чревно очистване, тоалет на кожа и лигавици, кортикостероиди, дихателна реанимация, инфузионно лечение, антибиотици, симптоматични средства.

Отрови от змии, насекоми и други – противошокова терапия, кортикостероиди, витамин К, имобилизация на крайника, обработка на раната при нужда. При необходимост – дихателна реанимация, кардиопротективни, церебропротективни, аналгетични и симптоматични средства, никсомолекулярни

хепарини; противозмийски серум – по индивидуална преценка от токсиколог, съобразно етиологичния момент и клиничната картина.

АНТИДОТИ
ОСТРИ ЕКЗОГЕННИ ОТРАВЯНИЯ

АНТИДОТ	АНТИДОТНО ДЕЙСТВИЕ	ДОЗИРОВКА
Адсорган 40% сиаргел, 10% карбо аргентес, 50% озахарена ароматизирана какаова маса, 25% сребро	Адсорбиращ ефект при отравяния перорално *Не се използва за стомашна промивка!*	1-2 чаени лъжички дневно
Амилум нитрозум	При цианови отравяния	Капсули
Ацетилцистеин	При отравяния с ацетаминофен	70-140 мг / кг пер ос
Ацидум аскорбиникум (витамин С) Ампула 5% и 10% - 2 мл 10% - 5 и 10 мл	Директно редуцира метхемоглобина /хемиглобина/ в хемоглобин. Универсален активатор на клетъчния метаболизъм.	От 20-200 мг и.в. при метхемоглобинемии - до 14 години До 2000 мг над 14 години
Ацидум фоликум Ампула 0,015 -1 мл табл. 0,005 г	Метаболитен реактиватор на хемопоезата при потискането й от хемотоксични отрови / сулфонамиди, пиразолонови препарати, парацетамол, цитостатици/	0,5-1 мг и.м. 3 пъти дневно до 1 год. 1-5 мг и.м. /пер ос/ до 14 год. от 5-20 мг 3 пъти дневно от 14-18 год. и.м. /пер ос/
Атропинум сулфурикум Ампула 0,1% - 1 мг	Компетитивен и функционален антагонист при остри отравяния с ФОС, ацетилхолин, физостигмин, мускарин, пилокарпин, нивалин и др. антихолинестеразни средства	0,1 мг / кг 0,1-0,3 мг и.в. / s.c., 4-6 пъти - до 1 година от 0,2-0,5 мг и.в. / s.c., 4-6 пъти – до 5 год. 0,5-1 мг и.в. / s.c. 6-8 пъти При ФОС отравяне – до атропинизация
Белтъчна вода	При корозивни отравяния	2-3 сурови белтъка в 200 мл вода
Бипериден Ампула 5 мг – 1 мл Табл. 2 мг	При отравяния с екстрапирамидна симптоматика.	мг /0,2 мл/ - до 1 год. и.м., и.в мг /0,4 мл/ - до 5 год. и.м., и.в 3 мг /0,6 мл – до 14 год. и.м., и.в пер ос
Витамин B_6 Ампула 50 мг – 1 мл	Метаболитно компетитивно действие при остри отравяния с хидразида на изоникотиновата киселина /римицид/	5 мг и.в., и.м. 3-4 пъти дневно – до 1 година 25 мг и.в., и.м. 3-4 пъти дневно – 2-5 год. 50-100 мг и.в., и.м. 3-4 пъти дневно – 514 год.
Витамин K_1 Ампули 10 мг	Варфарин Протектор на съсирването	1-5 мг и.в., и.м., s.c.
Витамин Е	Антиоксидант, хепатопротектор	1-3 амп. дневно i.m.
Глюкагон Ампула 0,5 мг	Метаболитно действащ антидот при остри отравяния с комбинация бетаблокери и хипогликемични препарати, инсулиново отравяне или предозиране. Корегира хипогликемията	50 мг / kг /24 часа и.в.
Десфериоксамин Ампула суха субстанция 0,5 г с разтворител от 5 мл	Специфичен антидот при остри и хронични отравяния с железни съединения, действащ по	5-10 г р-р във вода преди стомашна промивка; съчетанието с р-р на натриев бикарбонат

	принципа на хелатообразуването	повишава ефективността му в стомаха.

		До 15 мг / кг т. И.в. капелно, бавно
Диазепам Ампула 10 мг – 2 мл	Метаболитно инхибиране на ГАМК – трансаминаза, забавено разграждане на ГАМК и увеличаване на количеството й в главния мозък. Противогърчов, седативен и миорелаксиращ ефект. При остри отравяния със стрихнин, хинин, пантеринови гъби, ФОС, халогенирани въглеводороди и други	0,5-1 мг / кг т. И.м.
Димеркапрол Ампула маслен р-р 0,1 г – 1 мл	Хелатообразуащ антидот при отравяния с антимон, бисмут, злато, живак, кобалт, цинк, арсенови съединения	2,5-3 мг / кг т. И.м. през 4 часа първите 2 денонощия следващите 2 денонощия – през 6 часа следващите 2 денонощия – през 8 часа
Д-пеницилamин Табл. 250 мг	Хелатообразуващ ефект при отравяния от мед, олово, живак.	0,01-0,04 г / кг т. – 4-6 приема 30 мин. Преди хранене
4-ДМАР (диметиламинофенол) Ампула спринцовка 250 мг – 5 мл	Компетитивно действие по отношение афинитета на цианоли и нитрилни съединения, сероводород и други към цитохромоксидазата	3-4 мг/кг т. И.в. с интравенозно вливане на 100 мл 10% натриев хипосулфат /тиосулфат/
ЕДТА динатриум /Na 2 EDTA/ Ампула 250 мг – 20 мл	Хелатообразуващ антидот при контакт с калциеви съединения на водноразтворими комплекси. При отравяния със сърдечни гликозиди, етиленгликол и калциева основа.	От 0,5 до 4 г в 250 мл глюкозен серум и.в. капелно / 24 часа; през 6 или 4 часа
ЕДТА калциум динатриум (Ca Na 2 EDTA) Ампула 150 мг – 5 мл	Хелатообразуващ антидот поради повишен афинитет към йоните на тежки метали: олово, хром, цинк, кадмий, мед, желязо, манган, талий.	300-і мг / кг т. За 24 часа и.в., през интервали 4-6 часа до 3 дни; 250-500 мл глюкозиран серум и.в. капелно бавно; + витамин B_6 100-200 мг и.в. / 24 часа
ЕДТА дикобалт (Co2EDTA) Ампули 300 мг – 5 мл	Хелатообразуващ антидот при цианови отравяния.	300-600 мг и.в. капелно в глюкозиран серум
Етанол	Блокира дехидрогеназите и инхибира биотрансформацията на отровата – метанол, етиленгликол	0,75 мл / кг / час, след това 0,50 мл / кг на 6 часа – и.в. само при крайно тежки интоксикации
Калциев глюконат Ампула 10% - 10 мл	Метаболитно и хелатообразуващо действие при остри отравяния с етиленгликол, фенолови препарати, флуорни съединения, калциеви антагонисти.	От 0,6 мл / кг и.в. капелно / 24 часа
Карбо медициналис	За стомашна промивка във воден р-р при отравяния по перорален път	Универсален адсорбент

Кофеинум Ампула 200 мг – 1 мл	Функционален антагонист при остри отравяния с алкохол, церебродепресивни лекарствени средства	½ до 1 ампула и.в. през 30 мин до 3 амп. При алкохолна кома, фракционирано през 4-3 часа по 1 амп. И.в., s.c. – отравяния с церебродепресивен с-м
Магнезиум сулфурикум	За депурация на чревен тракт	
Меклофеноксат Ампула 250 мг суха субстанция с разредител	Действие чрез функционален антагонизъм при церебродепресивно протичащи остри отравяния	50-100-250 мг 3-4 пъти дневно над 3 години в глюкозиран серум капелно и.в.
Налоксон Ампула 0,4 мг – 1 мл	Компетитивен механизъм при отравяния с морфинови препарати и опиеви алкалоиди.	10-20 мкг / кг т. до 6 мес. 0,01 мг / кг т. при деца 0,1-0,4 мг – 1,6 мг 14-18 год. и.м., и.в., сублингвално 3-4 пъти
Натриум бикарбоникум 8,4% амп. 10 мл	Дисметаболитен синдром /барбитурови, антидепресанти, етиленгликол, метанол и други/	1-2 mEq/кг и.в.
Натриум нитрозум Ампула 2% - 10 мл	Метаболитно действие при отравяния с цианови съединения	0,2-0.4 мл / кг и.в. в зависимост от Hb / 8-14 г Hb /
Натриум хипосулфурозум Ампула 1% - 10 мл	Хелатообразуващо и метаболитно действие при отравяния с цианови съединения	1,10- 2 мл / кг в зависимост от Hb / 8-14 г Hb / и.в. струйно след натриум нитрозум
Неостигмин **Синтостигмн** Физостигмин	При холинолитичен синдром (делир)	1-2 мг субкутанно **Внимание! – при деца опасност от белодробен оток**
Обидоксим хлорид (холинестеразоактиватор) Ампула 250 мг – 5 мл	Остри отравяния от ФОС	4-8 мг / кг т. / 24 часа през 8-12 часа и.в. в глюкозиран серум капелно
Пирацетам Ампула 5 мл – 1 г пирацетам	Хипероксидантно действие и стимулиращ потиснатата ЦНС при остри отравяни с церебродепресивни отрови	0,25-0,5-1,0-5,0 г / 24 часа, през 4-6 часа
Протамин сулфат Ампула 1% - 5 мл	Неутрализиращ ефект спрямо хепарина.	1 мл 1% р-р и.в. за 2 мин 1 мг неутрализира 100 Е хепарин
Пеницилин Флакони 250 000; 500 000; 1 000 000 UI	Компетитивно действие по отношение на фалоидните гъбни токсини	25 000-400 000 UI / кг т. / 24 часа през 4-6 часа и.в. първите 3 дни
Силибинин Флакони по 500 мг	Компетитивно действие при фалоидно гъбно отравяне.	20 мг / кг т. и.в. капелно / 24 часа
Течен парафин	При отравяния от ФОС и нефтопродукти	20 -100 мл в зависимост от възрастта

При възрастни пациенти – съответно изчислени дози.

ЛЕЧЕНИЕ С АНТИБИОТИЦИ ПРИ ОСТРИ ЕКЗОГЕННИ ИНТОКСИКАЦИИ И ТОКСОАЛЕРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Антибиотичното лечение цели ликвидиране на възпалителните процеси в органи и системи, или овладяване на настъпилите постинтоксикационни усложнения. Антибактериалното лечение започва без да се изчака резултатът от микробиологичното изследване. Започва се с антимикробни средства, които постигат висока концентрация в кръвта и урината. Динамично проследяване, контролна Ro-графия,

фебрилитет, микробиологично изследване и консултация с микробиолог (по преценка) се решава с какъв медикамент и продължителност да протече това лечение.

Препоръчително е:

Без специални показания да не се провеждат антибиотични курсове по-продължителни от 7-10 дни, след което се отчита ефектът върху клиничните и лабораторните прояви на заболяването. При нужда се назначава антибактериално лечение с друг препарат съобразно микробиологичното изследване, контролна Ro-графия, ПКК и други до пълното излекуване на заболяването.

Задължителен контрол 10-20 дни след приключване на лечението.

Антибиотичното лечение трябва да бъде съобразено с:

Анамнеза за предшестваща алергия към дадения антибиотик.

Анамнеза за прием на други медикаменти, които биха могли да влязат в нежелани лекарствени взаимодействие с избрания антибиотик и да намалят неговото действие или засилят страничните ефекти.

При бъбречна и чернодробна недостатъчност дозировката на медикамента се съобразява със степента на увреждането.

Налична бременност.

Лекарят информира пациента относно начина и разпределението на приемите на антибиотика по часове, както и за евентуалните странични ефекти при неговото приложение. За редовното приемане на антибиотика се грижат лекуващата и дежурната медицинска сестра.

Лечение с кортизонови препарати

Задължително при интоксикация с корозивни вещества, когато има ендоскопски данни за увреда на хранопровода и стомаха от II и III-та степен. Лечението се преустановява след отзвучаване на възпалението, но не по-късно от третата седмица.

Лечение с протеазни инхибитори

Препоръчва се при изгаряния от III-та степен, с лабораторни данни за остър панкреатит.

Лечение с антисекреторни средства (H-2 блокери или инхибитори на протонната помпа) – задължително при изгаряния на хранопровода и стомаха от II и III-та степен.

Контролни изследвания на отклоненията в жизнените параметри и биологични показатели задължително се извършват в рамките на болничния престой, преди дехоспитализацията на пациента.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на типичната клинична картина, потвърдена от химико-токсикологичен анализ (при доказвана нокса), параклиника и тяхната динамика, изключване на алтернативни диагнози, резултати от образните изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- корекция на отклоненията в жизнените показатели;
- отзвучаване на клиничните симптоми и приключване на медикаментозното лечение;
- клинично подобрение, допускащо довършване на лечението в дома.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Острото екзогенно отравяне е заболяване, което може бързо да прогресира, да увреди органи и системи, да застраши живота или да доведе до инвалидизация. Налага се задължителна спешна хоспитализиция, защото в домашни условия е невъзможно да се проведе адекватно лечение и да се постигне желания резултат.

Престоят на пациента в клиниката продължава в зависимост от динамиката на отравянето. При необходимост се извършват различни изследвания, консултации и други допълнителни изследвания, за които пациента ще бъде допълнително информиран.

Лечението включва дезинтоксикиращи коктейли, форсирана диуреза, очистителни комплекси и други средства според спецификата на отравянето. Продължителността на лечение зависи от ноксата (отровата), причинила заболяването и от клиничното протичане. Медикаментите се прилагат през устата, парентерално или инхалаторно в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По време на лечебния процес в клиника/отделение по токсикология пациентът трябва да спазва предписания режим, както и да съобщава на лекуващия лекар всички възникнали проблеми и оплаквания, които счете за важни.

Роднини и близки на пациента могат да го посещават ежедневно в определените за свиждане часове. При тежки отравяния сведения за пациента се дават по всяко време от лекуващия/дежурния лекар.

Лекуващият екип следи за здравословното състояние на пациента в продължение на целия престой от приема в болницата, докато то се подобри и стане възможно изписването. При отказ от болнично лечение изписването става срещу подпис по всяко време. Необходимо е това желание да бъде изразено писмено, като така лекуващия екип се освобождава от отговорността за по-нататъшното здравословно състояние на пациента.

При корозивните изгаряния на хранопровода и стомаха с основи или киселини има две фази в клиничното протичане: остра и хронична фаза.

Острата фаза се характеризира с остро възпаление на лигавицата с опасност от генерализиране на инфекцията или с пробив на органа в гръдната (коремната) кухина. Лечението и болничното наблюдение има за цел излекуване на възпалителните симптоми и хирургична намеса при настъпило усложнение.

В хроничната фаза при всички случаи на изгаряне от 2 и 3 степен настъпват късни усложнения – стеснение на хранопровода или стомаха, което може да бъде изразено в различна степен. Стеснението на хранопровода се дилатира (разширява) със специални сонди или балони, което може да продължи до 2 години от началото на увреждането. В случай на неуспех, пробив на хранопровода или при хирургични индикации, се извършва пластика на хранопровода с дебело черво или стомах.

Стеснението на стомаха от киселини се лекува само оперативно.

ЛЕЧЕНИЕ С АНТИБИОТИЦИ ПРИ ОСТРИ ЕКЗОГЕННИ ИНТОКСИКАЦИИ И ТОКСОАЛЕРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ (ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА)

Антибиотичното лечение цели ликвидиране на възпалителния процес, предотвратяване или овладяване на настъпилите усложнения в органи и системи при остри екзогенни интоксикации или токсоалергични заболявания. Антибактериалното лечение се започва без да се изчака резултатът от микробиологичното изследване. Започва се с антимикробни средства, които постигат висока концентрация в кръвта и урината. След динамично проследяване на обективното състояние и необходимите изследвания се решава с какъв медикамент и продължителност да протече това лечение.

Пациентът ще бъде информиран от лекуващия лекар с какъв антибиотик ще се провежда лечението му и ще бъде разпитан за известна предшестваща алергия към този медикамент, както и за това какви други лекарства и по какъв повод ги взема. По този начин ще се предотвратят нежелани лекарствени взаимодействия и странични ефекти.

Лекарят информира пациента относно начина и разпределението на приемите на антибиотика по часове, както и за евентуалните странични ефекти при неговото приложение. За редовното приемане на антибиотика се грижат лекуващата и дежурната медицинска сестра.

ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Отравяне със системнодействащи антибиотици

Не включва: отравяния от антибиотици:
- с противотуморно действие (T45.1)
- за локално приложение, НКД (T49.0)
- прилагани за лечение на:
- ухо, нос и гърло (T49.6)
- око (T49.5)

T36.0 Пеницилини

T36.1 Цефалоспорини и други β-лактамазообразуващи антибиотици

T36.2 Групата на хлорамфеникола

T36.3 Макролиди

T36.4 Тетрациклини

T36.5 Аминоглюкозиди
Стрептомицин

T36.6 Рифампицини

T36.7 Антимикотични антибиотици със системно действие

T36.8 Други системнодействащи антибиотици

Отравяне с други антиинфекциозни и антипаразитни средства със системно действие

Не включва: антиинфекциозни средства:
- за локално приложение, НКД (T49.0)
- за лечение на болести на:
  - ухо, нос и гърло (T49.6)
  - око (T49.5)

T37.0 Сулфонамиди

T37.1 Антимикобактериални препарати
Не включва: рифампицини (T36.6)
стрептомицин (T36.5)

T37.2 Противомаларийни препарати и лекарствени средства, действащи върху други протозои в кръвта
Не включва: производни на хидроксихинолина (T37.8)

T37.3 Други антипротозойни препарати

T37.4 Противохелминтни лекарствени средства

T37.5 Противовирусни препарати
Не включва: амантадин (T42.8)
цитарабин (T45.1)

T37.8 Други уточнени противомикробни и противопаразитни средства със системно действие
Производни на хидроксихиноина
Не включва: антималарийни препарати (T37.2)

Отравяне с хормони, синтетичните им заместители и антагонисти, некласифицирани другаде

Не включва: минералкортикоиди и антагонистите им (T50.0)
окситоцинови хормони (T48.0)
паратиреоидни хормони и производните им (T50.9)

T38.0 Глюкокортикоиди и синтентичните им аналози
Не включва: глюкокортикоидите за локално приложение (T49.—)

T38.1 Тиреоидни хормони и производните им

T38.2 Антитиреоидни препарати

T38.3 Инсулин и перорални хипогликемични [противодиабетични] препарати

T38.4 Перорални контрацептиви
Поли- и еднокомпонентни препарати

T38.5 Други естрогени и прогестогени
Смеси и заместители

T38.6 Антигонадотропини, антиестрогени, антиандрогени, некласифицирани другаде
Tamoxifen

T38.7 Андрогени и анаболните им аналози

T38.8 Други и неуточнени хормони и синтентичните им заместители
Хормони от предния дял на хипофизата

T38.9 Други и неуточнени антагонисти на хормоните

Отравяне с неопиоидни обезболяващи, антипиретични и противоревматични средства

T39.0 Салицилати

T39.1 Производни на 4-aminophenol

T39.2 Производни на пиразолона

T39.3 Други нестероидни противовъзпалителни средства [NSAID]

T39.4 Противоревматични средства
Не включва: глюкокортикоиди (T38.0)
салицилати (T39.0)

T39.8 Други неопиоидни аналгетици и антипиретици, некласифицирани другаде

Отравяне с наркотични и психодислептични [халюциногенни] средства
Не включва: лекарствена зависимост и психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на психоактивни вещества (F10—F19)

T40.0 Опиум

T40.1 Хероин

T40.2 Други опиати
Кодеин
Морфин

T40.3 Метадон

T40.4 Други синтетични наркотици
Петидин

T40.5 Кокаин

T40.6 Други и неуточнени наркотици

T40.7 Канабис (производни)

T40.8 Лизергид [LSD]

T40.9 Други и неуточнени психодислептици [халюциногени]
Мескалин
Псилоцин
Псилоцибин

Отравяне с анестетични средства и терапевтични газове
Не включва: бензодиазепини (T42.4)
кокаин (T40.5)
опиати (T40.0—T40.2)

T41.0 Средства за инхалационна наркоза
Не включва: кислород (T41.5)

T41.1 Интравенозни анестетици
Тиобарбитурати

T41.2 Други и неуточнени средства за обща наркоза

T41.3 Локални анестетици

Отравяне с антиепилептични, седативни, сънотворни и антипаркинсонови средства

T42.0 Производни на хиантоина

T42.1 Иминостилбени
Carbamazepine

T42.2 Сукцинимиди и оксазолидиндиони

T42.3 Барбитурати
Не включва: тиобарбитурати (T41.1)

T42.4 Бензодиазепини

T42.5 Смесени антиепилептични препарати, некласифицирани другаде

T42.6 Други антиепилептични, седативни и сънотворни средства
Метаквалон
Валпроева киселина
Не включва: карбамазепин (T42.1)

T42.7 Антиепилептични, седативни и сънотворни средства, неуточнени

Сънотворни: • микстури • прахчета • таблетки	БДУ

T42.8 Лекарства против паркиносинизъм и други мускулни депресанти с централно действие
Амантадин

Отравяне с психотропни лекарствени средства, некласифицирани другаде

Не включва: средства, потискащи апетита (T50.5)
барбитурати (T42.3)
бензодиазепини (T42.4)
лекарствена зависимост, психични и поведенчески разстройства, дължащи се на употреба на психоактивни вещества (F10—F19)
метаквалон (T42.6)
психодислептици [халюциногени] (T40.7—T40.9)

T43.0 Трициклични и тетрациклични антидепресанти

T43.1 Антидепресанти - инхибитори на моноаминоксидазата

T43.2 Други и неуточнени антидепресанти

T43.3 Антипсихотични и невролептични препарати (на базата на фенотиазина)

T43.4 Бутирофенонови и тиоксантенови невролептици

T43.5 Други и неуточнени антипсихотични и невролептични препарати
Не включва: препарати на рауволфия (T46.5)

T43.6 Психостимулиращи средства с възможност за пристрастяване към тях
Не включва: кокаин (T40.5)

T43.8 Други психотропни средства, некласифицирани другаде

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на вегетативната нервна система

T44.0 Инхибитори на холинестеразата

T44.1 Други парасимпатикомиметици [холинергици]

T44.2 Ганглиоблокиращи средства, некласифицирани другаде

T44.3 Други парасимпатиколитични [антихолинергични и антимускаринови] и спазмолитични средства, некласифицирани другаде
Папаверин

T44.4 Агонисти предимно на α-адренорецепторите, некласифицирани другаде
Metaraminol

T44.5 Агонисти предимно на β-адренорецепторите, некласифицирани другаде
Не включва: салбутамол (T48.6)

T44.6 Антагонисти предимно на α -адренорецепторите, некласифицирани другаде
Не включва: ергоалкалоиди (T48.0)

T44.7 Антагонисти предимно на β-адренорецепторите, некласифицирани другаде

T44.8 Централнодействащи и адреноневронблокиращи средства, некласифицирани другаде
Не включва: клофелин (T46.5)
гуанетидин (T46.5)

T44.9 Други и неуточнени лекарствени средства, действащи предимно върху вегетативната нервна система
Лекарствени средства, стимулиращи и двата адренорецептора (α и β)

<u>Отравяне с препарати, предимно със системно действие, и хематологични агенти, некласифицирани другаде</u>

T45.0 Антиалергични и антиеметични средства
Не включва: нерволептици от фенотиазиновата група (T43.3)

T45.1 Противотуморни и имуносупресивни средства
Противотуморни антибиотици
Цитарабин
Не включва: tamoxifen (T38.6)

T45.2 Витамини, некласифицирани другаде
Не включва: никотинова киселина [производни] (T46.7)
витамин К (T45.7)

T45.3 Ензими, некласифицирани другаде

T45.4 Желязо и съединенията му

T45.5 Антикоагуланти

T45.6 Средства, въздействащи върху фибринолизата

T45.7 Антагонисти на антикоагулантите, витамин К и други коагуланти

T45.8 Други препарати, предимно със системно действие, и хематологични агенти
Чарнодробни препарати и други антианемични средства
Естествена кръв и кръвни продукти
Субстанция на плазма
Не включва: имуноглобулин (T50.9)
желязо (T45.4)

<u>Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на сърдечно-съдовата система</u>

Не включва: metaraminol (T44.4)

T46.0 Кардиотонични глюкозиди и препарати с аналогично действие

T46.1 Блокери на калция в каналчетата

T46.2 Други антиаритмични средства, некласифицирани другаде
Не включва: антагонисти на β-адренорецепторите (T44.7)

T46.3 Коронарни вазодилатори, некласифицирани другаде
Дипиридамол
Не включва: антагонисти на β -адренорецепторите (T44.7)
блокери на калциеви канали (T46.1)

T46.4 Инхибитори на ангиотензинконвертиращите ензими

T46.5 Други хипотензивни средства, некласифицирани другаде
Клонидин
Гуанетидин
Рауволфия
Не включва: антагонисти на β-адренорецепторите (T44.7)
блокери на калциеви канали (T46.1)
диуретици (T50.0—T50.2)

T46.6 Антихиперлипидемични и антиатеросклеротични средства

T46.7 Периферни вазодилататори
Никотинова киселина (производни)
Не включва: папаверин (T44.3)

T46.8 Антиварикозни средства, включително склерозиращи агенти

T46.9 Други и неуточнени средства, влияещи предимно върху сърдечно-съдовата система

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на храносмилателната система

T47.0 Антагонисти на хистаминовите H2-рецептори

T47.1 Други антиацидни препарати и препарати, потискащи стомашната секреция

T47.2 Дразнещи слабителни средства

T47.3 Солеви и осмотични слабителни средства

T47.4 Други лаксативни средства
Препарати, стимулиращи чревната перисталтика

T47.5 Препарати, стимулиращи храносмилането

T47.6 Антидиарийни лекарствени средства
Не включва: антибиотици със системно действие и други противомикробни препарати (T36—T37)

T47.7 Еметици

T47.8 Други средства, действащи предимно върху стомашночревния тракт

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно на гладката и набразденатa мускулатура и дихателната система

T48.0 Окситоцини
Не включва: естрогени, прогестогени и антагонисти (T38.4—T38.6)

T48.1 Миорелаксанти [блокери на Н-холинорецепторите на набразденатa мускулатура]

T48.2 Други и неуточнени средства, действащи предимно върху мускулатурата

T48.3 Противокашлечни средства

T48.4 Отхрачващи средства

T48.5 Средства против хрема

T48.6 Антиастматични средства, некласифицирани другаде
Салбутамол
Не включва: агонисти на β-адренорецепторите (T44.5)
хормони на предния дял на хипофизата (T38.8)

T48.7 Други и неуточнени средства, действащи предимно върху дихателната система

Отравяне с лекарствени средства, действащи предимно върху кожата и лигавиците, и с лекарства, използвани в офталмологията,оториноларингологията и стоматологията
Включва: глюкокортикоиди за местно приложение

T49.0 Локални антимикотични, противоинфекциозни и противовъзпалителни средства, некласифицирани другаде

T49.1 Противосърбежни средства

T49.2 Локални астрингенти и детергенти

T49.3 Смекчаващи, успокояващи и протекторни (защитни) медикаменти

T49.4 Кератолитични, кератопластични и други препарати и средства за лечение на косата

T49.5 Офталмологични средства и препарати
Очни противоинфекциозни препарати

T49.6 Оториноларингологични средства и препарати
Противоинфекциозни средства за лечение на болестите на ушите, носа и гърлото

T49.7 Локалнодействащи лекарствени средства в стоматологията

T49.8 Други средства за локално приложение

Отравяне с диуретици и други неуточнени лекарствени средства, медикаменти и биологични вещества

T50.0 Минералкортикоиди и антагонистите им

T50.1 "Бримкови" диуретици [високо-прагови]

T50.2 Инхибитори на карбоанхидразата, бензотиадиазина и други диуретични средства
Ацетазоламид

T50.3 Препарати, влияещи на електролитния, калорийния и водния баланс
Соли за перорална рехидратация

T50.4 Препарати, влияещи на обмяната на пикочната киселина

T50.5 Средства, потискащи апетита

T50.6 Антидоти и хелатообразуватели, некласифицирани другаде
Средства за лечение на алкохолизъм, облекчаващи отказването от алкохол

T50.7 Аналептични средства и антагонисти на "опиум"- рецепторите

T50.8 Диагностични средства

T50.9 Други и неуточнени лекарствени средства, медикаменти и биологични вещества
Средства, повишаващи киселинността
Средства, повишаващи алкалността
Имуноглобулини
Антитела
Липотропни средства
Хормони на паратиреоидната жлеза и производните им

Токсично въздействие на алкохола

T51.0 Етанол

T51.1 Метанол
Метилов алкохол

T51.2 2-пропанол
Изопропилов алкохол

T51.3 Фузелово масло
Алкохол:
- амилов
- бутилов [1-бутанол]
- пропилов [1-пропанол]

T51.8 Други видове алкохол

Токсично въздействие на органични разтворители

Не включва: халогенпроизводни деривати на алифатни и ароматни въглеводороди (T53.—)

T52.0 Нефтопродукти
Газолин [бензин]
Керосин [парафиново масло]

Парафинов восък
Петролиум:
• етер
• нафта
• спирт

T52.1 Бензол
Не включва: хомолози на бензола (T52.2)
нитро- и аминопроизводни на бензола и неговите хомолози (T65.3)

T52.2 Хомолози на бензола
Толуол [метилбензол]
Ксилен [диметилбензол]

T52.3 Гликоли

T52.4 Кетони

T52.8 Други органични разтворители

Токсично въздействие на халогенпроизводните алифатни и ароматни въглеводороди

T53.0 Въглероден тетрахлорид
Татрахлорметан

T53.1 Хлороформ
Трихлорметан

T53.2 Трихлоретилен
Трихлоретан

T53.3 Тетрахлоретилен
Перхлоретилен

Тетрахлоретан

T53.4 Дихлорметан
Метиленхлорид

T53.5 Хлорфлуоровъглероди

T53.6 Други халогенпроизводни алифатни въглеводороди

T53.7 Други халогенпроизводни ароматни въглеводороди

Токсично въздействие на разяждащи вещества

T54.0 Фенол и неговите хомолози

T54.1 Други разяждащи органични вещества

T54.2 Корозивни киселини и киселиноподобни вещест
Киселина:
солна
сярна

T54.3 Корозивни основи и алкалоподобни вещества
Калиева основа
Натриева основа

T55 Токсично въздействие на сапуни и детергенти

Токсично въздействие на метали

Включва: дим и пари от метали
метали от всички източници, освен от медицински препарати
Не включва: арсен и неговите съединения (T57.0)
манган и неговите съединения (T57.2)
талий (T60.4)

T56.0 Олово и неговите съединения

T56.1 Живак и неговите съединения

T56.2 Хром и неговите съединения

T56.3 Кадмий и неговите съединения

T56.4 Мед и нейните съединения

T56.5 Цинк и неговите съединения

T56.6 Калай и неговите съединения

T56.7 Берилий и неговите съединения

T56.8 Други метали

Токсично въздействие на други неорганични вещества

T57.0 Арсен и неговите съединения

T57.1 Фосфор и неговите съединения

Не включва: фосфороорганични инсектициди (T60.0)

T57.2 Манган и неговите съединения

T57.3 Циановодород

T57.8 Други уточнени неорганични вещества

T58 Токсично въздействие на въглеокиси

Токсично въздействие на други газове, дим и пари

Включва: аерозолни пропеленти

Не включва: хлорфлуоровъглероди (T53.5)

T59.0 Азотни окиси

T59.1 Серен двуокис

T59.2 Формалдехид

T59.3 Сълзотворен газ

Слъзен газ

T59.4 Газообразен хлор

T59.5 Газообразен флуор и флуороводород

T59.6 Сероводород

T59.7 Въглероден двуокис

T59.8 Други уточнени газове, дим и пари

Токсично въздействие на пестициди

T60.0 Фосфорорганични и карбаматни инсектициди

T60.1 Халогенни инсектициди

Не включва: хлорирани въглеводороди (T53.—)

T60.2 Други инсектициди

T60.3 Хербициди и фунгициди

T60.4 Родентициди

Талий

Не включва: стрихнин и неговите соли (T65.1)

T60.8 Други пестициди

Токсично въздействие на отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни морски продукти

Не включва: алергична реакция към храна, като:

- анафилактичен шок, дължащ се на патологична реакция към храна (T78.0)
- дерматит (L23.6, L25.4, L27.2)
- гастроентерит (неинфекциозен) (K52.—)

бактериално хранително отравяне (A05.—)

токсично въздействие на замърсители на храна, като:

- афлатоксин и други микотоксини (T64)
- цианиди (T65.0)
- циановодород (T57.3)

- живак (T56.1)

T61.0 Отравяне с риба ciguatera

T61.1 Отравяне с риба от семейство скумрии
Хистаминоподобен синдром

T61.2 Отравяне с друга риба и молюски

T61.8 Токсично въздействие на други морски продукти

Токсично въздействие на други отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни продукти

Не включва: алергична реакция към храна, като:
- анафилактичен шок, дължащ се на патологична реакция към храна (T78.0)
- дерматит (L23.6, L25.4, L27.2)
- гастроентерит (неинфекциозен) (K52.—)

бактериално хранително отравяне (A05.—)
токсично въздействие на замърсители на храна, като:
- афлатоксин и други микотоксини (T64)
- цианиди (T65.0)
- циановодород (T57.3)
- живак (T56.1)

T62.0 В изядени гъби

T62.1 В изядени ягоди

T62.2 В друго(-и) изядено(-и) растение(-я)

T62.8 Други отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни продукти

Токсичен ефект от контакт с отровни животни

T63.0 Змийска отрова

T63.1 Отрова от други влечуги
Отрова от гущер

T63.2 Отрова от скорпион

T63.3 Отрова от паяк

T63.4 Отрова от други артроподи
Ухапване или ужилване от отровно насекомо

T63.5 Токсичен ефект от контакт с риба
Не включва: отравяне от изядена риба (T61.0—T61.2)

T63.6 Токсичен ефект от контакт с други морски животни
Медуза
Морска анемония
Животни с раковина или броня (твърда покривка) (рак, стрида и др.)
Морска звезда
Не включва: отравяне от изядени животни, имащи раковина или броня (рак, стрида и т.н.) (T61.2)
действие на отрова на морска змия (T63.0)

T63.8 Токсичен ефект от контакт с други отровни животни
Отрова от амфибия

T63.9 Токсичен ефект, обусловен от контакт с неуточнено отровно животно

T64 Токсичен ефект в замърсени хранителни продукти от афлатоксин и други микотоксини

Токсичен ефект от други и неуточнени вещества

T65.0 Цианиди
Не включва: циановодород (T57.3)

T65.1 Стрихнин и неговите соли

T65.3 Нитропроизводни и аминопроизводни на бензола и неговите хомолози
Анилин [аминобензол]
Нитробензол
Тринитротолуол

T65.4 Въглероден дисулфид

T65.5 Нитроглицерин и други азотни киселини и естери
1, 2, 3-пропантриолтринитрат

T65.6 Бои и оцветители, некласифицирани другаде

T65.8 Токсичен ефект от други уточнени вещества

Y43.0 Антиалергични и антиеметични средства

Y49.5 Други антипсихотични и невролептични препарати
Не включва: рауволфия (Y52.5)

Y52.4 Инхибитори на ангиотензинконвертиращите ферменти

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Панендоскопия

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия
Гастроскопия
Езофагогастродуоденоскопия [EGD]

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

1933 Други неоперативни измервания на пикочо- половата система

91226-21 Химико-токсикологичен анализ на отрови в урина

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])

55036-00 Ултразвук на корем

Друго измерване на дихателна функция

11503-12 Измерване на тотален белодробен капацитет Измерване на абсолютен белодробен обем

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1858 Измерване на артериални кръвни газове

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

91921-00 Вземане на материали за химико-токсикологично изследване на кръв

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните изследвания:

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите

По преценка на лекуващия лекар се извършват и:

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-09 Изследване на протромбиново време
91913-01 Изследване на тромбоцити
91911-04 Изследване на D – димер тест

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-07 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за токсилогия

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1886 Перфузия

22060-00 Перфузия на цяло тяло

Изключва: 13100-00 Хемодиализа

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер

92044-00 Друго кислородно обогатяване

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

14200-00 Стомашна промивка

92077-00 Друга ректална промивка

569	Вентилаторно подпомагане
13882-00	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа
13882-01	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа
13882-02	Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия няа плазма Трансфузия на албумин

Приложение на фармакотерапия

96199-04	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антидот
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Афереза

13750-00	Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и три основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Химико-токсикологичен анализ на кръв и химико-токсикологичен анализ на урина се извършват по преценка на токсиколога.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Токсикология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична токсикология", от обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение", от обхвата на медицинската специалност "Професионални болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Професионални болести" (само за кодове Т52.0; Т52.2; Т52.8; Т56.0; Т56.1; Т56.2; Т56.3; Т56.4; Т56.5; Т56.7; Т56.8; Т57.0; Т57.2; Т57.8; Т65.0; Т65.3 и Т65.8), от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия" (за лица до 18 години).

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по токсикология или ОАИЛ/КАИЛ или Клиника/отделение по педиатрия с интензивно звено
2. Клинична лаборатория *
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4. ЕКГ – апарат
5. Структура за диализно лечение - съгласно изискванията на медицински стандарт “Клинична токсикология”

Съгласно медицински стандарт по „Клинична токсикология”: Когато в дадено ЛЗБП няма структура по токсикология, обслужването на болните с остри отравяния може да започне в спешното отделение на болничното заведение, с последващо насочване за хоспитализация в ОАИЛ/КАИЛ или Клиника/отделение по Педиатрия с интензивно звено. Хоспитализирането на болния с остро отравяне може да се осъществява на територията на отделения/клиники по анестезиология и интензивно лечение или Клиника/отделение по педиатрия с интензивно звено при задължителна консултация с клиничен токсиколог. Привеждането към най-близката клиника/отделение по токсикология се осъществява по решение на специалиста по клинична токсикология.

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична токсикология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Химико-токсикологична лаборатория – съгласно изискванията на медицински стандарт по „Клинична токсикология” (допуска се договор с лечебно заведение на територията на друга област)
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология/токсикология
  или
  минимум четирима лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение
  или
  в клиника/отделение по педиатрия – четирима лекари със специалност по педиатрия, единият от които с допълнителна квалификация за извършване на ехография;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП **задължително** следва да се осигури консултация със **специалист по клинична токсикология**, независимо че лечението се води от специалист по анестезиология и интензивно лечение в ОАИЛ/ КАИЛ или специалист по педиатрия в Клиника/отделение по педиатрия. **Клиничната пътека няма да се счита за завършена, ако не е извършена консултация със специалист по клинична токсикология.**

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на пациенти при:

1. клинични данни за остро екзогенно отравяне;
2. странични и токсични действия на лекарствени средства (нежелани лекарствени реакции);
3. усложнения от страна на вътрешни органи и системи (дихателна, храносмилателна, отделителна), при острите екзогенни интоксикации.

• **Остро екзогенно отравяне:**

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието (обнубилацио, сомнолентност, сопор, кома 1-4 степен, делир, гърчове).

Общотоксичен синдром – увреждане на общото състояние от екзогенната отрова.

Пулмотоксичен синдром – остра дихателна недостатъчност, остра токсична пулмопатия.

Кардиотоксичен синдром.

Нефротоксичен синдром (остра бъбречна недостатъчност).

Гастроентероколитен синдром (иритативни и корозивни увреждания на стомашночревния тракт, екзотоксичен гастроентероколит).

Хепатотоксичен синдром (остър токсичен хепатит, остра чернодробна недостатъчност).

Хемотоксичен синдром – остри екзогенни: метхемоглобинемия, хемолиза, карбоксихемоглобинемия, токсично потискане на хемопоезата, ДИК синдром.

Дисметаболитен екзотоксичен синдром.

Епикутанен екзотоксичен синдром.

Полиорганна недостатъчност (два или повече органа).

Екзотоксичен шок.

- **Странични и токсични действия на лекарствени средства (нежелани лекарствени реакции)**

- **Усложнения от страна на вътрешни органи и системи (дихателна, храносмилателна, отделителна), при острите екзогенни интоксикация.**

Всички пациенти с анамнестични и клинични данни за остро екзогенно отравяне или странично действие на лекарствено средство с интоксикационен синдром се хоспитализират в Клиника/отделение по токсикология или ОАИЛ/КАИЛ или КСИТ.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ ОТРАВЯНИЯ С:

Противоалергични и противоеметични лекарства

Степенно нарушение на съзнанието със или без възбудни прояви.

Кардиотоксичен синдром.

Опиати и сродни наркотици

Депресия на дишането до апное.
Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието.

Салицилови препарати, ароматни аналгетици некласирани другаде, пиразолови производни

Гастроинтестинален синдром.
Дисметаболитен синдром.
Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.
Общотоксичен синдром.

Седативни и сънотворни вещества – барбитурати, група на глутетимида и неуточнени

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.
Остра дихателна недостатъчност до апное.
Дисметаболитен синдром.
Епикутанен (кожен) синдром.

Психотропни вещества – антидепресанти (тимоаналептици), транквилизатори – фенотиазини, бензодиазепини, бутирофенонови и други, психолептици, невролептици, психодизлептици (халюциногени), психостимуланти и неуточнени психотропни медикаменти

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, делир, гърчове.
Кардиотоксичен синдром.
Екстрапирамиден синдром.
Остра дихателна недостатъчност до апное.
Холинолитичен синдром.
Дисметаболитен синдром.

Медикаменти, действащи предимно върху сърдечносъдовата система – кардиотонични гликозиди и лекарства със сродно действие; хипотензивни, други и неуточнени медикаменти

Кардиотоксичен синдром – тахикардия, брадикардия, ритъмни и проводни нарушения, хипотония, сърдечен арест.
Екзотоксичен шок.
Гастритен синдром.
Дисметаболитен синдром.

Отравяния от други неуточнени лекарства – препарати за отказване от алкохола

Невровегетативен синдром.
Церебротоксичен синдром.
Кардиотоксичен синдром.

Токсично въздействие на етилов алкохол

Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието.
Дисметаболитен синдром.
Гастритен синдром.
Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на метилов алкохол

Тежък дисметаболитен синдром.
Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.
Увреждане на зрителния анализатор.
Гастритен синдром.
Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на изопропилов алкохол

Нефротоксичен синдром до остра бъбречна недостатъчност.
Тежък дисметаболитен синдром.
Церебротоксичен синдром – степенно нарушение на съзнанието, гърчове.
Гастритен синдром.
Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на петрола и продуктите му

Пулмотоксичен синдром.
Церебротоксичен синдром.
Гастритен синдром.
Общотоксичен синдром.

Токсично въздействие на непетролни разтворители – тетрахлорметан

Хепатотоксичен синдром.
Нефротоксичен синдром до остра бъбречна недостатъчност.
Церебротоксичен синдром.
Гастритен синдром.
Дисметаболитен синдром.

Токсично въздействие на разяждащи вещества от ароматния ред, киселини и основи

Азотна киселина – корозивен и общотоксичен синдром.
Сярна киселина – корозивен и общотоксичен синдром.
Солна киселина – корозивен и общотоксичен синдром.
Натриева основа – корозивен и общотоксичен синдром.
Мравчена киселина – корозивен и ренотоксичен синдром.
Оцетна киселина – корозивен, хемотоксичен (хемолиза) и ренотоксичен синдром.
Оксалова киселина – корозивен и ренотоксичен синдром, хипокалциемия.
Млечна киселина – корозивен синдром.
Лимонена киселина – корозивен синдром.
Мастни алдехиди – корозивен, церебро-, рено-, хепатотоксичен, дисметаболитен, пулмотоксичен синдром.
Анилин – хемотоксичен, метхемоглобинемия (хемолиза), хепатотоксичен, ренотоксичен, церебротоксичен синдром.
Нафталин – Хемотоксичен, метхемоглобинемия (хемолиза), церебротоксичен, хепатотоксичен, ренотоксичен, синдром.

Токсично въздействие на въглеокиса

Хипоксичен синдром – степенна до тотална хипоксия.
Церебротоксичен синдром.
Кардиотоксичен синдром.

Токсично въздействие на вредни продукти използвани като храна – гъби

Кратък латентен период – 30 минути – 4-6 часа:

- **иритативни** – гастроинтестинален синдром, дехидратация до хиповолемичен шок.
- **мускаринови** – гастроинтестинален синдром; мускаринов (холиномиметичен) синдром.
- **пантеринови** – гастроинтестинален синдром след кратък латентен период; пантеринов (холинолитичен) синдром, делир.
- **хелвелно** гъбно отравяне – хепатотоксичен синдром.
- **ореланово отравяне** – гастритен синдром, ренален синдром (тубулоинтерстициален нефрит, ОБН, уремична кома), хепатален синдром – дискретен.
- **шизофреноподобно отравяне**
- **нитроидно отравяне**

Токсично въздействие на други вещества от нелекарствен произход:
Фосфорорганични съединения, карбамати

Гастроинтестинален синдром.
Церебротоксичен синдром.
Мускариноподобен, никотиноподобен и церебрален синдром – обилно изпотяване, саливация, брадикардия, тесни зеници, белодробен застой до оток.
Кардиотоксичен синдром.
Екзотоксичен шок.
Общотоксичен синдром.

Други пестициди

Параквати – гастритен, пулмотоксичен, рено- и хепатотоксичен синдроми, катарални възпалителни промени в белите дробове;

Карбамати и други – гастритен, церебротоксичен синдроми; дерматити; катар на очна, назофарингеална и дихателна лигавици, множествени хеморагии (кумаринови производни).

Змии, насекоми и други

Локален синдром – хеморагични петна, оток и болка на мястото на ухапването, регионален лимфаденит;

Хемотоксичен синдром – хеморагична диатеза;
Общотоксичен синдром – прилошаване, адинамия, отпадналост;
Невротоксични прояви – преходна парализа, най-често преходна птоза на горни клепачи;
Алергичен синдром – обриви, отоци, шок;
Тежка степен – шок, делир, изявена хеморагична диатеза.

Критерии за лечение на тежко и крайно тежко отравяне в реанимация (интензивно отделение):

Изразен интоксикационен синдром:
- нарушено съзнание – 2-4 степен;
- дихателна недостатъчност – 2-4 степен;
- сърдечно - съдова недостатъчност – 2-4 степен;
- дисметаболитен синдром.

Наличието на един или повече от изброените синдроми налага обсъждане за лечение в реанимация (интензивно отделение).

Интензивното лечение се провежда съвместно от анестезиолог – интензивен терапевт и клиничен токсиколог. След приключване на интензивното лечение пациентът се превежда, ако се налага, в Клиника по токсикология или детско отделение за довършване на лечебния процес.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП задължително следва да се осигури консултация с посочения специалист.

Принципи и насоки за поведение

Започва се в токсикологичен кабинет/противошокова зала, след което - в Клиника/отделение по токсикология или интензивно отделение по преценка.

Лечение на отравяния от противоалергични и противоеметични медикаменти

Стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, симптоматични средства, церебропротективни средства – антидотни комплекси (бипериден, диазепам, витамин В6), симптоматични средства.

Лечение на отравяния от опиати и сродни наркотици

Стомашно-чревен лаваж, антидотни комплекси (налоксон и други), церебропротективна и дихателна реанимация, изкуствена белодробна вентилация при нужда, инфузионна терапия на лечебни вещества, симптоматични средства.

Лечение на отравяния от салицилови препарати

Лека степен – стомашно-чревно очистване, гастропротективни препарати, форсирана диуреза, симптоматични средства.

Среднотежка степен – стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, екстракорпорално очистване, алкализираща терапия според АКР-проследяване, гастропротективни препарати, витамини от група В, вит. К, седативни и симптоматични средства.

Тежка и много тежка степен – стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, екстракорпорално очистване, алкализираща терапия според АКР-проследяване, гастропротективни препарати, витамини от група В, вит. К, седативни и симптоматични средства. Хемотрансфузия и изкуствена белодробна вентилация – при нужда.

Лечение на отравяния от седативни и сънотворни вещества – барбитурати, група на глутетимида, неуточнени седативни и сънотворни.

Лека степен – стомашно-чревно очистване, неколкократен лаваж на стомашночревния тракт, форсирана диуреза, церебропротективни средства – антидотни комплекси.

Среднотежка степен – стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, церебропротективни средства – пирацетам 4-10 г/24 ч., алкализиране според АКР.

Тежка степен – стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, церебропротективни средства – пирацетам 8-12 г/24 ч., витамини от В група, алкализиране според АКР проследяване, изкуствена белодробна вентилация при нужда, антибиотик по преценка, симптоматични средства, хемоперфузия и хемодиализа.

Лечение на отравяния от психотропни вещества – антидепресанти, фенотиазини, транквилизатори, психолептици, невролептици, бензодиазепини, психодизлептици, психостимуланти, неуточнени психотропни медикаменти

Лека степен – стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, антидотни комплекси – церебропротективни, симптоматични, кардиопротективни средства, витамини от В група.

Среднотежка и тежка степен – стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, церебропротективни средства – антидотни комплекси, антиконвулсивни, симптоматични средства, витамини от В група, антибиотик при нужда.

Крайно тежка степен – стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, инфузионна терапия, антидотни комплекси, антиконвулсивни, противогърчови, кардиопротективни, церебропротективни, симптоматични средства, парентерално хранене, дихателна реанимация, изкуствена белодробна вентилация, симптоматични средства, витамини от В група, антибиотик при нужда, карбохемоперфузия.

Лечение на отравяния от медикаменти, действащи върху сърдечносъдовата система – кардиотонични гликозиди, хипотензивни медикаменти и други неуточнени медикаменти действащи предимно върху ССС.

Стомашно-чревно очистване, инфузионна и антихипотензивна терапия; форсирана; кардиопротективни средства – катехоламини, холинолитици, антидотни комплекси, противошокови и симптоматични средства, церебропротективни средства, витамини от В група, антибиотик при нужда.

Карбохемоперфузия – при крайно тежка степен.

Дефибрилация, мониториране – при необходимост.

Лечение на отравяния от други неуточнени лекарства – препарати за отказване от алкохола

Стомашна промивка, очистителни клизми, инфузионна терапия, форсирана диуреза, витамин С, кардиопротективни, седативни, церебропротективни и симптоматични средства, дихателна реанимация.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на алкохола – етилов алкохол

Стомашно-чревно очистване, инфузионна терапия, церебропротективен комплекс, аналептици, симптоматични средства, витамини, дихателна реанимация, кислородотерапия.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на алкохола – метилов и изопропилов алкохол

Стомашно-чревно очистване, форсирана диуреза, антидотни комплекси (етанол, алкализиращи средства), парентерално хранене, дихателна реанимация, кардиопротективно, церебропротективно и симптоматично лечение, витамини от В група, антибиотик при нужда, диализно лечение – хемодиализа.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на петрола и продуктите му

Стомашно-чревно очистване, инфузионна терапия, дихателна реанимация, кислородолечение, антихипоксични комбинации, церебропротективни, хепатопротективни и симптоматични медикаменти, витамини, антибиотик при нужда.

Лечение на отравяния от непетролни разтворители – тетрахлорметан

Стомашно-чревно очистване, инфузионно, диализно лечение, антихипоксични комбинации, хепато- и ренопротективни, церебропротективни и симптоматични медикаменти, витамини.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на разяждащи вещества от ароматния ред, киселини и основи

При всички корозивни отравяния (с неорганични киселини и основи) – обсъждане на лечебнодиагностичното поведение съвместно с хирург и УНГ специалист.

Азотна киселина, сярна киселина, солна киселина, натриева основа – при тежки степени парентерално хранене. Инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди, антибиотик.

Мравчена киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди.

Оцетна киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди, хемодиализа – при необходимост.

Оксалова киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, калциеви препарати, кортикостероиди, хемодиализа – при необходимост.

Млечна киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение.

Лимонена киселина – парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, симптоматично лечение, кортикостероиди, калциеви препарати.

Мастни алдехиди – стомашна промивка, парентерално хранене, инфузионно, гастропротективно, ренопротективно, хепатопротективно, антихипоксични комбинации, симптоматично лечение, кортикостероиди, дихателна реанимация при нужда.

Анилин – инфузионно лечение, хемопротективно (хемотрансфузия по преценка), ренопротективно, кортикостероиди, антихипоксични комбинации.

Нафталин – инфузионно лечение, хемопротективно (хемотрансфузия по преценка), ренопротективно, кортикостероиди, антихипоксични комбинации.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на въглеокиса

Кислородотерапия, дихателна реанимация, барокамера - при необходимост, инфузионно лечение, церебропротективни, кардиопротективни и симптоматични медикаменти.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на вредни продукти използвани като храна – гъби

С кратък латентен период – 30 минути – 4-6 часа:
Стомашно-чревно очистване, инфузионна терапия,
Седативни (микоатропиново отравяне)
Атропин (мускариново и шизофреноподобно отравяне)
Хепатопротективни и симптоматични средства

Ореланово отравяне – стомашно-чревна промивка, очистителни клизми, инфузионна терапия – водносолеви, глюкозови, левулозни разтвори, калциум глюконикум, кортикостероиди, диализно лечение.

Лечение на отравяния от токсично въздействие на други вещества от нелекарствен произход – фосфорорганични съединения и карбамати, други пестициди, некласирани другаде, отрови от змии, насекоми и други.

Фосфорорганични съединения – стомашно-чревно очистване, лаваж на стомашночревния тракт 3-4 дни, форсирана диуреза, антидотно лечение (атропин, обидоксим хлорид), антидотни комплекси, хемотрансфузия, прясна кръв, плазма, парентерално хранене, дихателна реанимация, кардиопротективни и церебропротективни средства, симптоматични средства, витамини от В група, антибиотик при нужда, хемоперфузия по преценка.

Паракват и карбамати – стомашно-чревно очистване, тоалет на кожа и лигавици, кортикостероиди, дихателна реанимация, инфузионно лечение, антибиотици, симптоматични средства.

Отрови от змии, насекоми и други – противошокова терапия, кортикостероиди, витамин К, имобилизация на крайника, обработка на раната при нужда. При необходимост – дихателна реанимация, кардиопротективни, церебропротективни, аналгетични и симптоматични средства, никсомолекулярни хепарини; противозмийски серум – по индивидуална преценка от токсиколог, съобразно етиологичния момент и клиничната картина.

АНТИДОТИ ОСТРИ
ЕКЗОГЕННИ ОТРАВЯНИЯ ПРИ ДЕЦА

АНТИДОТ	АНТИДОТНО ДЕЙСТВИЕ	ДОЗИРОВКА
Адсорган 40% сиаргел, 10% карбо аргентес, 50% озахарена ароматизирана какаова маса, 25% сребро	Адсорбиращ ефект при отравяния перорално *Не се използва за стомашна промивка!*	1-2 чаени лъжички дневно
Амилум нитрозум	При цианови отравяния	Капсули
Ацетилцистеин	При отравяния с ацетаминофен	70-140 мг / кг пер ос
Ацидум аскорбиникум (витамин С) Ампула 5% и 10% - 2 мл 10% - 5 и 10 мл	Директно редуцира метхемоглобина /хемиглобина/ в хемоглобин. Универсален активатор на клетъчния метаболизъм.	От 20-200 мг и.в. при метхемоглобинемии - до 14 години До 2000 мг над 14 години
Ацидум фоликум Ампула 0,015 -1 мл табл. 0,005 г	Метаболитен реактиватор на хемопоезата при потискането й от хемотоксични отрови / сулфонамиди, пиразолонови препарати, парацетамол, цитостатици/	0,5-1 мг и.м. 3 пъти дневно до 1 год. 1-5 мг и.м. /пер ос/ до 14 год. от 5-20 мг 3 пъти дневно от 14-18 год. и.м. /пер ос/
Атропинум сулфурикум Ампула 0,1% - 1 мг	Компетитивен и функционален антагонист при остри отравяния с ФОС, ацетилхолин, физостигмин, мускарин, пилокарпин, нивалин и др. антихолинестеразни средства	0,1 мг / кг 0,1-0,3 мг и.в. / s.c., 4-6 пъти - до 1 година от 0,2-0,5 мг и.в. / s.c., 4-6 пъти – до 5 год. 0,5-1 мг и.в. / s.c. 6-8 пъти При ФОС отравяне – до атропинизация
Белтъчна вода	При корозивни отравяния	2-3 сурови белтъка в 200 мл вода

Бипериден Ампула 5 мг – 1 мл Табл. 2 мг	При отравяния с екстрапирамидна симптоматика.	мг /0,2 мл/ - до 1 год. и.м., и.в мг /0,4 мл/ - до 5 год. и.м., и.в 3 мг /0,6 мл – до 14 год. и.м., и.в пер ос
Витамин B_6 Ампула 50 мг – 1 мл	Метаболитно компетитивно действие при остри отравяния с хидразида на изоникотиновата киселина /римицид/	5 мг и.в., и.м. 3-4 пъти дневно - до 1 година 25 мг и.в., и.м. 3-4 пъти дневно - 2-5 год. 50-100 мг и.в., и.м. 3-4 пъти дневно – 514 год.
Витамин K_1 Ампули 10 мг	Варфарин Протектор на съсирването	1-5 мг и.в., и.м., s.c.
Витамин Е	Антиоксидант, хепатопротектор	1-3 амп. дневно i.m.
Глюкагон Ампула 0,5 мг	Метаболитно действащ антидот при остри отравяния с комбинация бетаблокери и хипогликемични препарати, инсулиново отравяне или предозиране. Корегира хипогликемията	50 мг / кг /24 часа и.в.
Десфериоксамин Ампула суха субстанция 0,5 г с разтворител от 5 мл	Специфичен антидот при остри и хронични отравяния с железни съединения, действащ по принципа на хелатообразуването	5-10 г р-р във вода преди стомашна промивка; съчетанието с р-р на натриев бикарбонат повишава ефективността му в стомаха. До 15 мг / кг т. и.в. капелно, бавно
Диазепам Ампула 10 мг - 2 мл	Метаболитно инхибиране на ГАМК – трансаминаза, забавено разграждане на ГАМК и увеличаване на количеството й в главния мозък. Противогърчов, седативен и миорелаксиращ ефект. При остри отравяния със стрихнин, хинин, пантеринови гъби, ФОС, халогенирани въглеводороди и други	0,5-1 мг / кг т. и.м.
Димеркапрол Ампула маслен р-р 0,1 г – 1 мл	Хелатообразуащ антидот при отравяния с антимон, бисмут, злато, живак, кобалт, цинк, арсенови съединения	2,5-3 мг / кг т. и.м. през 4 часа първите 2 денонощия следващите 2 денонощия – през 6 часа следващите 2 денонощия – през 8 часа
Д-пеницилamин Табл. 250 мг	Хелатообразуващ ефект при отравяния от мед, олово, живак.	0,01-0,04 г / кг т. – 4-6 приема 30 мин. Преди хранене
4-ДМАР (диметиламинофенол) Ампула спринцовка 250 мг - 5 мл	Компетитивно действие по отношение афинитета на цианоли и нитрилни съединения, сероводород и други към цитохромоксидазата	3-4 мг/кг т. и.в. с интравенозно вливане на 100 мл 10% натриев хипосулфат /тиосулфат/
ЕДТА динатриум /Na 2 EDTA/ Ампула 250 мг – 20 мл	Хелатообразуващ антидот при контакт с калциеви съединения на водноразтворими комплекси. При	От 0,5 до 4 г в 250 мл глюкозен серум и.в. капелно / 24 часа; през 6 или 4 часа

	отравяния със сърдечни гликозиди, етиленгликол и калциева основа.	
ЕДТА калциум динатриум /Ca Na 2 EDTA/ Ампула 150 мг – 5 мл	Хелатообразуващ антидот поради повишен афинитет към йоните на тежки метали: олово, хром, цинк, кадмий, мед, желязо, манган, талий.	15 мг / кг т. за 24 часа и.в., през интервали 4-6 часа до 3 дни; 250-500 мл глюкозиран серум и.в. капелно бавно; + витамин B_6 100-200 мг и.в. / 24 часа
ЕДТА дикобалт /Co2EDTA/ Ампули 300 мг – 5 мл	Хелатообразуващ антидот при цианови отравяния.	300-600 мг и.в. капелно в глюкозиран серум
Етанол	Блокира дехидрогеназите и инхибира биотрансформацията на отровата – метанол, етиленгликол	0,75 мл / кг / час, след това 0,50 мл / кг на 6 часа – и.в. само при крайно тежки интоксикации
Калциев глюконат Ампула 10% - 10 мл	Метаболитно и хелатообразуващо действие при остри отравяния с етиленгликол, фенолови препарати, флуорни съединения, калциеви антагонисти.	От 0,6 мл / кг и.в. капелно / 24 часа
Карбо медициналис	За стомашна промивка във воден р-р при отравяния по перорален път	Универсален адсорбент
Кофеинум Ампула 200 мг – 1 мл	Функционален антагонист при остри отравяния с алкохол, церебродепресивни лекарствени средства	½ до 1 ампула и.в. през 30 мин до 3 амп. при алкохолна кома, фракционирано през 4-3 часа по 1 амп. и.в., s.c. – отравяния с церебродепресивен с-м
Магнезиум сулфурикум	За депурация на чревен тракт	
Меклофеноксат Ампула 250 мг суха субстанция с разредител	Действие чрез функционален антагонизъм при церебродепресивно протичащи остри отравяния	50-100-250 мг 3-4 пъти дневно над 3 години в глюкозиран серум капелно и.в.
Налоксон Ампула 0,4 мг – 1 мл	Компетитивен механизъм при отравяния с морфинови препарати и опиеви алкалоиди.	10-20 мкг / кг т. до 6 мес. 0,01 мг / кг т. при деца 0,1-0,4 мг – 1,6 мг 14-18 год. и.м., и.в., сублингвално 3-4 пъти
Натриум бикарбоникум 8,4% амп. 10 мл	Дисметаболитен синдром /барбитурови, антидепресанти, етиленгликол, метанол и други/	1-2 mEq/кг и.в.
Натриум нитрозум Ампула 2% - 10 мл	Метаболитно действие при отравяния с цианови съединения	0,2-0.4 мл / кг и.в. в зависимост от Hb / 8-14 г Hb /
Натриум хипосулфурозум Ампула 1% - 10 мл	Хелатообразуващо и метаболитно действие при отравяния с цианови съединения	1,10- 2 мл / кг в зависимост от Hb / 8-14 г Hb / и.в. струйно след натриум нитрозум
Неостигмин **Синтостигмн** **Физостигмин**	При холинолитичен синдром (делир)	1-2 мг субкутанно **Внимание! – при деца опасност от белодробен оток**
Обидоксим хлорид (холинестеразоактиватор) Ампула 250 мг – 5 мл	Остри отравяния от ФОС	4-8 мг / кг т. / 24 часа през 8-12 часа и.в. в

		глюкозиран серум капелно
Пирацетам Ампула 5 мл – 1 г пирацетам	Хипероксидантно действие и стимулиращ потиснатата ЦНС при остри отравяни с церебродепресивни отрови	0,25-0,5-1,0-5,0 г / 24 часа, през 4-6 часа
Протамин сулфат Ампула 1% - 5 мл	Неутрализиращ ефект спрямо хепарина.	1 мл 1% р-р и.в. за 2 мин 1 мг неутрализира 100 Е хепарин
Пеницилин Флакони 250 000; 500 000; 1 000 000 UI	Компетитивно действие по отношение на фалоидните гъбни токсини	25 000-400 000 UI / кг т. / 24 часа през 4-6 часа и.в. първите 3 дни
Силибинин Флакони по 500 мг	Компетитивно действие при фалоидно гъбно отравяне.	20 мг / кг т. и.в. капелно / 24 часа
Течен парафин	При отравяния от ФОС и нефтопродукти	20 -100 мл в зависимост от възрастта

ДОЗИРАНЕ НА ПО-ЧЕСТО УПОТРЕБЯВАНИ МЕДИКАМЕНТИ В ТОКСИКОЛОГИЯТА ПРИ ДЕЦА

№	НАИМЕНОВАНИЕ И ЛЕКАРСТВЕНА ФОРМА	ВЪЗРАСТ			НАЧИН НА УПОТРЕБА	ЗАБЕЛЕЖКА
		до 1 г.	1 - 5 г.	5 – 14 г.		
1	Biperiden amp. 5mg / 1ml; Tabl. 2 mg	1 mg / 0,2 ml	2 mg / 0,4 ml	3 mg / 0,6 ml	I.M. / I.V. Per os	След 30 мин. Може да се повтори
2	Adrenalinum hydrochl. amp. 1mg / 1ml - 1:1000	0,005-0,01 mg разреден 1:9 0,05-0,1 ml	0,1-0,2 mg / 0,1-0,2 ml /	0,2-0,5 mg / 0,2-0,5 ml /	0,1 ml / kg от р-р 1:10 000 10-25 g / kg S.C., I.M., I.V. извънредно интракардиално	Венозно – само в капкова инфузия. Да не се комбинира с Са
3	Atropinum sulf. amp. 1 mg / 1 ml	0,1-0,3 mg	0,2-0,4 mg	0,3-0,5 mg	S.C. 1-2 пъти дневно	При отравяния с ФОС – до атропинизация
4	Pyramidonum tabl. 0,1-0,3 g	0,025-0,05 g	0,05-0,1 g	0,1-0,3 g	3-4 пъти дн.	
5	Chlorpiramine amp. 20 mg / 2 ml; dr. 25 mg		2,5-5 mg – над 2 год.	5-10 mg	I.M. , per os 2-3 пъти дневно	
6	Promethazine amp. 50 mg / 2 ml; dr. 25 mg		2,5-5 mg	5-25 mg	I.M. 2-3 пъти дневно	
7	Bromhexine amp. 4 mg / 2 ml; sol. 2 mg/ 1ml	5-10 gtt	10-15 gtt 2 x ½ tabl.	20 gtt 3 x ½ tabl.	I.M.; I.V.; per os 2-3 пъти дн.	
8	Hyoscine butilbromide amp. 2% / 1 ml, supp. 7,5 ė 10 mg, dr. 10 mg	supp. ½	supp. ½ amp. ¼ ; dr. ½	supp. ½ -1 amp. ½ -1 ; dr. ½-1	Per os, I.M., per rectum	За малки деца или кърмачета ¼ амп. /5 мг 2-3 пъти дневно
9	Ca gluconicum amp. 10% / 10 ml	1-2,5 ml	3-5 ml	5-10 ml	I.V. в инфузия 2 пъти дневно	При новородени 0,5 мл / кг дневно

10	Callergin Sol.	1 ml / kg / 24 h			Per os 3-4 пъти дневно	1 ml=1 mg allergosan
11	Loratadine tabl. 10 mg / sol. 5 mg / 5 ml		5 mg	10 mg	Per os еднократно	
12	Clemastine tabl. 1 mg; sol. 0,1 mg / 1 ml	1-2,5 ml sol.	2,5 – 5 ml	7,7 ml ½ tabl.	Per os 2 пъти дневно	
13	Diazepam amp. 10 mg / 2 ml	0,5 – 1 mg / kg			I.M. 2-3 пъти	При нужда I.V. с анестезиолог
14	Digoxin amp. 0,25 mg / 2 ml	12-15 μg / kg	8 μg / kg	5 μg / kg	I.V.	Бавно, разреден
15	Dopamin amp. 50 mg / 10 ml; 200 mg / 5 ml	5-10 μg / kg / min.			I.V.	Капкова инфузия
16	Etilefrine amp. 10 mg / 1 ml	0,1-0,4 ml	0,4-0,7 ml	0,7-1 ml	S.C. 1-3 пъти	I.V. приложен във венозна инфузия или перфузор
17	Furosemide amp. 2 ml / 20 mg	1-3 mg / kg / 24 часа			I.M.; I.V.	
18	Phytomenadion (vit. K_1) amp. 1 ml / 10 mg	2,5 mg	2,5-5 mg	5-10 mg	I.M., I.V. 2 пъти дневно	
19	K Chloratum amp. 15% / 10 ml / 1,5 g	2 mEq / кг / 24 часа			I.V. в инфузии	1 ml = 2 mEq
20	Methylprednisolon amp. 8 mg, 20 mg	0,8-1,6 mg / kg / 24 h			I.V. I.M. 2-3 пъти дневно	3-5 mg / kg при шок
21	Noradrenalin amp. 1 ml / 1 mg	0,1 γ / kg			S.C., I.M., I.V.	Разреден, бавно, капково
22	Aminophylline amp. 240 mg / 10 ml	5-10 mg / kg			I.V.	В инфузия
23	Cyproheptadine sir. 1 ml / 4 mg		4 mg	4-8 mg	Per os 2 пъти дневно	
24	Phenobarbital amp. 100 mg / 1 ml 200 mg / 2 ml	20-50 mg	80-100 mg	150-200 mg	I.M.	5-7 mg / kg
25	Ademetionine fl. 500 mg; tabl. 500 mg	5-15 mg / kg			I.M., I.V. Per os 2 пъти дневно	
26	Hepa Merz amp. 10 ml, прахчета 5 g	5-10 ml в 500 ml инфузионен р-р / 24 h			I.V.	
27	Vitamin B_1 amp. 5 mg / 1 ml; 50 mg / 1 ml	5 mg	10-25 mg	25-50 mg	I.M. 2 пъти дневно	
28	Vitamin B_6 amp. 50 mg / 2 ml; 100 mg / 2 ml	5 mg	25 mg	50-100 mg	I.M.; I.V. 2-3 пъти дневно	

29	Vitamin B_{12} amp. 100, 250, 1000 μg / 1 ml;	50-250 μg			I.M. през ден	
30	Vitamin C amp. 500 mg / 5 ml; 100 mg / 2 ml	100-500 mg			I.V. per os	1-10 g като антидот по преценка
31	Cetirizine tabl. 10 mg sol. 10 gtt = 5 mg		5 mg	10 mg	Per os еднократно	
32	Водносолеви и глюкозови разтвори	50-100 ml / kg / 24 h			I.V. бавно	
33	Hartman	120 ml / 24 h	120-350 ml / 24 h	350-500 ml / 24 h	I.V. бавно	
34	Aminoplazmal	20 ml / kg / 24 h			I.V. бавно	
35	Aminosteryl KE	1,5 ml / kg			I.V. бавно	

ЛЕЧЕНИЕ С АНТИБИОТИЦИ ПРИ ОСТРИ ЕКЗОГЕННИ ИНТОКСИКАЦИИ И ТОКСОАЛЕРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Антибиотичното лечение цели ликвидиране на възпалителните процеси в органи и системи, или овладяване на настъпилите постинтоксикационни усложнения. Антибактериалното лечение започва без да се изчака резултатът от микробиологичното изследване. Започва се с антимикробни средства, които постигат висока концентрация в кръвта и урината. Динамично проследяване, контролна Ro-графия, фебрилитет, микробиологично изследване и консултация с микробиолог (по преценка) се решава с какъв медикамент и продължителност да протече това лечение.

Препоръчително е:

Без специални показания да не се провеждат антибиотични курсове по-продължителни от 7-10 дни, след което се отчита ефектът върху клиничните и лабораторните прояви на заболяването. При нужда се назначава антибактериално лечение с друг препарат съобразно микробиологичното изследване, контролна Ro-графия, ПКК и други до пълното излекуване на заболяването.

Задължителен контрол 10-20 дни след приключване на лечението.

Антибиотичното лечение трябва да бъде съобразено с:

Анамнеза за предшестваща алергия към дадения антибиотик.

Анамнеза за прием на други медикаменти, които биха могли да влязат в нежелани лекарствени взаимодействие с избрания антибиотик и да намалят неговото действие или засилят страничните ефекти.

При бъбречна и чернодробна недостатъчност дозировката на медикамента се съобразява със степента на увреждането.

Налична бременност.

Лекарят информира пациента относно начина и разпределението на приемите на антибиотика по часове, както и за евентуалните странични ефекти при неговото приложение. За редовното приемане на антибиотика се грижат лекуващата и дежурната медицинска сестра.

Лечение с кортизонови препарати

Задължително при интоксикация с корозивни вещества, когато има ендоскопски данни за увреда на хранопровода и стомаха от II и III-та степен. Лечението се преустановява след отзвучаване на възпалението, но не по-късно от третата седмица.

Лечение с протеазни инхибитори

Препоръчва се при изгаряния от III-та степен, с лабораторни данни за остър панкреатит.

Лечение с антисекреторни средства (H-2 блокери или инхибитори на протонната помпа) – задължително при изгаряния на хранопровода и стомаха от II и III-та степен.

Контролни изследвания на отклоненията в жизнените параметри и биологични показатели задължително се извършват в рамките на болничния престой, преди дехоспитализацията на пациента.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на типичната клинична картина, потвърдена от химико-токсикологичен анализ (при доказвана нокса), параклиника и тяхната динамика, изключване на алтернативни диагнози, резултати от образните изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ. Медицински критерии за дехоспитализация:

- отзвучаване на клиничните симптоми и приключване на медикаментозното лечение;
- клинично подобрение, допускащо довършване на лечението в дома;
- корекция на отклоненията в жизнените показатели.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”.*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Острото екзогенно отравяне е заболяване, което може бързо да прогресира, да увреди органи и системи, да застраши живота или да доведе до инвалидизация. Налага се задължителна спешна хоспитализиция, защото в домашни условия е невъзможно да се проведе адекватно лечение и да се постигне желания резултат.

Престоят на пациента в клиниката продължава в зависимост от динамиката на отравянето. При необходимост се извършват различни изследвания, консултации и други допълнителни изследвания, за които пациента ще бъде допълнително информиран.

Лечението включва дезинтоксикиращи коктейли, форсирана диуреза, очистителни комплекси и други средства според спецификата на отравянето. Продължителността на лечение зависи от ноксата (отровата), причинила заболяването и от клиничното протичане. Медикаментите се прилагат през устата, парентерално или инхалаторно в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По време на лечебния процес в клиника/отделение по токсикология пациентът трябва да спазва предписания режим, както и да съобщава на лекуващия лекар всички възникнали проблеми и оплаквания, които счете за важни.

Родители и близки на пациента могат да го посещават ежедневно в определените за свиждане часове. При тежки отравяния сведения за пациента се дават по всяко време от лекуващия/дежурния лекар. При деца до 3 години е възможен придружител – по преценка на лекаря.

Лекуващият екип следи за здравословното състояние на пациента в продължение на целия престой от приема в болницата, докато то се подобри и стане възможно изписването. При отказ от болнично лечение изписването става срещу подпис по всяко време (при деца срещу подпис на родителя/настойника). Необходимо е това желание да бъде изразено писмено, като така лекуващия екип се освобождава от отговорността за по-нататъшното здравословно състояние на пациента.

При корозивните изгаряния на хранопровода и стомаха с основи или киселини има две фази в клиничното протичане: остра и хронична фаза.

Острата фаза се характеризира с остро възпаление на лигавицата с опасност от генерализиране на инфекцията или с пробив на органа в гръдната (коремната) кухина. Лечението и болничното наблюдение има за цел излекуване на възпалителните симптоми и хирургична намеса при настъпило усложнение.

В хроничната фаза при всички случаи на изгаряне от 2 и 3 степен настъпват късни усложнения – стеснение на хранопровода или стомаха, което може да бъде изразено в различна степен. Стесненията на хранопровода се дилатира (разширява) със специални сонди или балони, което може да продължи до 2 години от началото на увреждането. В случай на неуспех, пробив на хранопровода или при хирургични индикации, се извършва пластика на хранопровода с дебело черво или стомах.

Стесненията на стомаха от киселини се лекува само оперативно.

ЛЕЧЕНИЕ С АНТИБИОТИЦИ ПРИ ОСТРИ ЕКЗОГЕННИ ИНТОКСИКАЦИИ И ТОКСОАЛЕРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ (ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА)

Антибиотичното лечение цели ликвидиране на възпалителния процес, предотвратяване или овладяване на настъпилите усложнения в органи и системи при остри екзогенни интоксикации или токсоалергични заболявания. Антибактериалното лечение се започва без да се изчака резултатът от микробиологичното изследване. Започва се с антимикробни средства, които постигат висока концентрация в кръвта и урината. След динамично проследяване на обективното състояние и необходимите изследвания се решава с какъв медикамент и продължителност да протече това лечение.

Пациентът ще бъде информиран от лекуващия лекар с какъв антибиотик ще се провежда лечението му и ще бъде разпитан за известна предшестваща алергия към този медикамент, както и за това какви други лекарства и по какъв повод ги взема. По този начин ще се предотвратят нежелани лекарствени взаимодействия и странични ефекти.

Лекарят информира пациента относно начина и разпределението на приемите на антибиотика по часове, както и за евентуалните странични ефекти при неговото приложение. За редовното приемане на антибиотика се грижат лекуващата и дежурната медицинска сестра.

КП № 108 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ФАЛОИДНО ГЪБНО ОТРАВЯНЕ

1. Минимален болничен престой – 7 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Токсично въздействие на други отровни вещества, съдържащи се в изядени хранителни продукти

Не включва: алергична реакция към храна, като:
- анафилактичен шок, дължащ се на патологична реакция към храна (T78.0)
- дерматит (L23.6, L25.4, L27.2)
- гастроентерит (неинфекциозен) (K52.—)

бактериално хранително отравяне (A05.—)
токсично въздействие на замърсители на храна, като:
- афлатоксин и други микотоксини (T64)
- цианиди (T65.0)
- циановодород (T57.3)
- живак (T56.1)

T62.0 В изядени гъби
Включва: изядени гъби с дълъг латентен пероид (фалоидно гъбно отравяне)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Друго измерване на дихателна функция

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно от следните:
91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите– по преценка на лекуващия лекар
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-11 Изследване на фибриноген

91911-04	Изследване на D – димер тест
91910-08	Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар
91913-04	Изследване на време на съсирване
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1886 Перфузия	
22060-00	Перфузия на цяло тяло *Изключва: 13100-00 Хемодиализа*
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
14200-00	Стомашна промивка
92077-00	Друга ректална промивка
Прилагане на кръв и кръвни продукти	
13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на плазма Трансфузия на албумин
92063-00	Приложение на кръвен експандер
Приложение на фармакотерапия	
96199-04	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антидот
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Афереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и пет основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Токсикология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична токсикология", от обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение", съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по токсикология или ОАИЛ/КАИЛ
2. Клинична лаборатория*
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4. ЕКГ – апарат
5. Структура за диализно лечение - съгласно изискванията на медицински стандарт “Клинична токсикология”

Съгласно медицински стандарт по „Клинична токсикология”: Когато в дадено ЛЗБП няма структура по токсикология, обслужването на болните с остри отравяния може да започне в спешното отделение на болничното заведение, с последващо насочване за хоспитализация в ОАИЛ/КАИЛ, т.е. хоспитализирането на болния с остро отравяне може да се осъществява на територията на отделения/клиники по анестезиология и интензивно лечение при задължителна консултация с клиничен токсиколог. Привеждането към най-близката клиника/отделение по токсикология се осъществява по решение на специалиста по клинична токсикология.

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична токсикология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология/токсикология или лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - минимум четирима;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология/токсикология или лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - минимум четирима;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за фалоидно гъбно отравяне при:
1.1. анамнестични данни за консумация на диворастящи гъби;
1.2. гастроентероколитен синдром;
1.3. хепатотоксичен синдром (остър токсичен хепатит, остра чернодробна недостатъчност - кома);
1.4. полиорганна недостатъчност;
1.5. екзотоксичен шок.

- **Анамнестични данни за консумация на диворастящи гъби** – фалоидно гъбно отравяне. Консумация на диворастящи гъби, дълъг латентен период – 8 - 36-72 часа.
- **Гастроентероколитен синдром**
- **Хепатотоксичен синдром** (остър токсичен хепатит, остра чернодробна недостатъчност – кома)
- **Полиорганна недостатъчност**
- **Екзотоксичен шок**

Клинични симптоми

- *гастроинтестинален синдром* – упорито повръщане с холериформена диария 3-4 денонощия, тежка дехидратация, хиповолемичен шок;
- *общотоксичен синдром* – адинамия, мускулни крампи, болки в корема и мускулни групи, колапс, хемоконцентрация;
- *хепатотоксичен синдром* – токсичен хепатит, чернодробна недостатъчност, хепатаргия, хепатална кома; хеморагична диатеза и увреждане на протромбинопоезата;
- *ренален синдром* – увеличаваща се олигурия, албуминурия, азотни тела, хиперкалиемия;
- *церебротоксичен синдром* – нарушения на съзнанието, булбарна парализа;
- *дисметаболитен синдром;* полиорганна недостатъчност;
- *репарационен синдром* – продължителен.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП задължително следва да се осигури консултация до 24-тия час от хоспитализацията с посочения специалист. Клиничната пътека няма да се счита за завършена, ако не е извършена консултация с клиничен токсиколог.

Следните диагностични процедури: изследване на кръв, АКР, ЕКГ - се извършват в първите 30 до 60 минути от постъпването за лечение, и в динамика за отчитане степента на чернодробното увреждане през 6 – 12 часа.

Лечение:

Фалоидно гъбно отравяне – стомашно-чревно очистване (стомашни промивки с карбо медициналис и очистителни клизми), инфузионно лечение, парентерално хранене – при нужда, частично обменно кръвопреливане, хемотрансфузия, фактори на съсирване, белтъчни продукти; диализно лечение

– хемоперфузия, плазмафереза, хемодиализа; антидотни комплекси – силимарин, пеницилин, адеметионин, хепамерц, кортикостероиди, антиоксиданти; барокамера - при необходимост, дихателна реанимация, церебропротективни, седативни и симптоматични средства, витаминотерапия, пробиотици и други.

Критерии за лечение на тежко и крайно тежко отравяне в реанимация (интензивно отделение):

Изразен интоксикационен синдром:

- нарушено съзнание;
- дихателна недостатъчност;
- сърдечно - съдова недостатъчност;
- дисметаболитен синдром.

Наличието на един или повече от изброените синдроми налага обсъждане за лечение в реанимация (интензивно отделение).

Интензивното лечение се провежда съвместно от анестезиолог – интензивен терапевт и клиничен токсиколог. След овладяване на животозастрашаващите състояния в интензивно отделение, пациентът се превежда в Клиника по токсикология за продължаване на лечебния процес.

Контролни изследвания на отклоненията в жизнените параметри и биологични показатели задължително се извършват в рамките на болничния престой, преди дехоспитализацията на пациента.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на следните критерии: консумация на диворастящи гъби и типичната клинична картина с двата синдрома, оформящи двата клинични стадия на отравянето (гастроинтестинален и хепатален), лабораторните изследвания - биохимия, коагулограма, АКР в динамика, като клинично - лабораторна констелация, отразяваща острото чернодробно увреждане.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация: медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- подобряване показателите за увреждане на черния дроб;
- клинично подобрение на увреждания от страна на други органи и системи; - клинично подобрение, допускащо довършване на лечението в дома.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”.*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Фалоидното гъбно отравяне е едно от най-тежките остри отравяния. Настъпва след консумация на диворастящи гъби от групата на фалоидните (зелена, бяла и жълта мухоморка), които по външни ботанически белези приличат на ядливите ливадна и полска печурка. Фалоидните гъби съдържат високотоксични вещества, чиято токсичност се доближава до токсичността на ботулиновия токсин. Токсините не променят действието си от висока температура или друг вид кулинарна обработка и запазват и в изсушено състояние токсичността си години наред. Най-страшното при това отравяне е дългият латентен период от 8-12-24 часа, по време на който болният, консумирал гъбите (макар и парченце от гъба или сос от ястие), няма никакви оплаквания. Признаците на отравяне започват внезапно, дори много от пациентите не се сещат за гъбната консумация, появява се неспирно повръщане и диария, болки в дясното подребрие и целия корем, силна отпадналост, безсилие. Лабораторните изследвания показват

тежко увреждане на черния дроб, който е основният орган, атакуван от гъбните отровни вещества. Към повърнатите материи и изпражненията се прибавят кръв, слуз, отливки от чревна лигавица, болният става унесен. За кратко затихват гастроентероколитните оплаквания и след 1-2 дни започват отново със зловонна миризма на сварен черен дроб. Общото състояние се влошава, дори и по време на адекватно лечение, появява се кървене от местата на инжекциите, носа, стомаха и червата и с напредващото увреждане на чернодробните функции може да настъпи неблагоприятен изход.

Изследванията, които насочват към тази диагноза, са по отношение функционалното състояние на черния дроб, чиято действаща тъкан е увредена достатъчно, за да не се произвеждат фактори на съсирване, белтъци, ензими и т.н. Получава се увреждане и на други органи - сърце, бъбреци, панкреас, мозък и т.н.

Лечението е комплексно и такова, каквото се провежда в целия свят - диализно лечение, инфузии на водно-солеви и други разтвори, заместители на кръвни продукти и фактори на съсирване, белтъчни продукти интравенозно, антидотни лекарства (пеницилин интравенозно, карзил или легалон, трансметил и др.). Инжектират се високи дози кортикостероиди, калциеви препарати, вит. С до 2-3 г. и др. След преодоляване на острата фаза би могло да се провежда и барокамера.

При преживяемост от отравянето се назначава лечебно-диетичен режим и проследяване на първия и втория месец от токсиколог. В междинното време личният лекар наблюдава пациента.

При нужда може да се наложи второ постъпване на пациента за лечение на хронифициращото чернодробно увреждане след острата фаза на фалоидното гъбно отравяне. Загубата на трудоспособност е най-малко 6 месеца.

КП № 109 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТОКСИЧНА ЕПИДЕРМАЛНА НЕКРОЛИЗА (БОЛЕСТ НА ЛАЙЕЛ)

1. Минимален болничен престой:
болест на Лайел – 10 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Erythema multiforme

L51.2 Токсична епидермална некролиза [Lyell]

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91929-00 Микроскопско изследване на проба от ухо, нос, гърло и ларинкс за бактериална намазка

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

Включва задължително всяко едно следните:
Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите– по преценка на лекуващия лекар
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-09 Изследване на протромбиново време
91913-01 Изследване на тромбоцити
91910-11 Изследване на фибриноген

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91935-00 Микроскопско изследване на проба от кожа и друга покривна тъкан за бактериална намазка

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

90665-00 Ексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан
Ексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан за:
- инфекция
- исхемична, некротична или гангренозна тъкан
- язва
- рана

Включва: инцидентна ексцизионна некректомия на меки тъкани
Не включва: ексцизионен дебридман на:
- място на отворена фрактура (90580-00 [1566])
- меки тъкани (30023 [1566])

Превръзка на друга рана

30055-00 Превръзка на рана
Смяна на превръзка
Подмяна тампонада на рана или дрен
Включва: отстраняване на конци
Не включва: повторно въвеждане на дренажна тръба при абсцес на мека тъкан (30225-00 [1554])
такава при изгаряне (30010-00, 30014-00 [1600])

Прилагане на кръв и кръвни продукти	
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на плазма Трансфузия на албумин
92063-00	Приложение на кръвен експандер Разреждане на кръвта Трансфузия на: • кръвозаместители • Dextran • Rheomacrodex
Приложение на фармакотерапия	
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични и пет основни терапевтични процедури, посочени в таблица

Кодове на основни процедури.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Токсикология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична токсикология", от обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение", съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по токсикология или ОАИЛ/КАИЛ
2. Клинична лаборатория III ниво с 24 часов режим на работа *
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4. ЕКГ – апарат
5. Структура за диализно лечение - съгласно изискванията на медицински стандарт “Клинична токсикология”

6. Клиника/отделение по пластично възстановителна и естетична хирургия (антидекубитален дюшек) - съгласно изискванията на медицински стандарт "Клинична токсикология"

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична токсикология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология или минимум шестима лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по клинична токсикология или минимум шестима лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП задължително следва да се осигури консултация с посоченият специалист.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение на пациенти с токсична епидермална некролиза при:
1.1. тежко увредено общо състояние;
1.2. еритемобулозни кожни лезии;
1.3. некротично - промени по лигавиците (уста, нос, полови органи);
1.4. нарушена хемодинамика, висок фебрилитет, сепсис.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

При липса на токсиколог на територията на ЛЗБП задължително следва да се осигури консултация с посоченият специалист.

БОЛЕСТ НА ЛАЙЕЛ:

ДИАГНОСТИЧЕН АЛГОРИТЪМ

1. Анамнеза.
2. Преглед.
3. ЕКГ.
4. Рентгенография на бял дроб.
5. Консултация с лекар-специалист по УНГ.
6. Консултация с офталмолог.

7. Изследване на кръв.
8. Микробиологично изследване на булозите и афтозните промени – по преценка.
9. Хемокултура – по преценка.
10. Урокултура - по преценка
11. Гърлен секрет – по преценка

ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

1.Обработка на кожа и лигавици с антисептични иантибактериални средства. Ползване на клинитроново легло (в Клиника по пластично-възстановителна хирургия) по преценка.
2. Антибиотично лечение.
3. Инфузионна терапия.
4. Кортикостероиди по схема.
5. Инфузия на плазма, имуностимулатори при необходимост.
6. Н1 и Н2 блокери.
7. Противошоково лечение – по преценка
8. Симптоматично лечение.
9. Парентерално хранене – по преценка

Контролни изследвания на отклоненията в жизнените параметри и биологични показатели задължително се извършват в рамките на болничния престой, преди дехоспитализацията на пациента.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на типичната клинична картина, параклинични показатели, тяхната динамика и повлияване от провежданото лечение и изключване на алтернативни диагнози.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация: медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

1.Клинически здрав – оздравяване на кожните и лигавичните промени;
2. Овладяване на сепсиса.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Болестта на Лайел е крайно тежко токсоалергично състояние. Като провокиращ фактор могат да бъдат лекарства с различна характеристика: сулфонамиди, обезболяващи лекарства от групата на нестероидните противовъзпалителни средства, антибиотици от пеницилиновата група, противогърчови средства - фенобарбитал, степени (тегретол) и др. Значение има и отслабената имунна защита, състояния след прекарана вирусна инфекция или носителство при децата на някои бактерии (стафилококи).

Заболяването протича с висока температура, поява на ерозии в устната кухина, по конюнктивата на очите, лигавицата на половите органи. Особено тежки са кожните промени, които са изявени с обриви, преминаващи бързо в мехури и свличане на повърхностния, а понякога и по - дълбоки слоеве на кожата. Почти винаги е налице нарушение на хемоциркулацията и т.нар. отравяне на кръвта от голямата кожна повърхност, обект на инфектиране.

Лечението задължително се провежда при стационарни условия в специализирано и компетентно за това заведение.

В лечението се включва задължително обработка на засегнатите кожа и лигавици, специални превръзки, вливане на белтъчни продукти поради големите загуби от кожните були, антибиотик под покритието на кортикостероиди и антихистамини, кръвни продукти, лечение с очни мази и капки, противошокови коктейли. Специален хигиенно-диетичен режим. Оздравяването е бавно, на местата на засегнатата кожа остават пигментации за около 2-4 месеца. Понякога се увреждa и черния дроб, бъбреците и сърцето.

Заболяването не винаги има благоприятен изход, въпреки лечението.

КП № 110 ЛЕЧЕНИЕ НА ДОКАЗАНИ ПЪРВИЧНИ ИМУНОДЕФИЦИТИ

КП № 110.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ДОКАЗАНИ ПЪРВИЧНИ ИМУНОДЕФИЦИТИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Имунодефицит с преобладаващ недостиг на антитела

D80.0 Наследствена хипогамаглобулинемия
Автозомно рецесивна агамаглобулинемия (швейцарски тип)
Свързана с Х-хромозомата агамаглобулинемия [Брутон] (с дефицит в растежния хормон)

D80.1 Нефамилна хипогамаглобулимемия
Агамаглобулинемия с В лимфоцити, носещи имуноглобулини
Обикновена променлива агамаглобулинемия [CVAgamma]
Хипогамаглобулинемия БДУ

D80.2 Селективен дефицит на имуноглобулин А (IgA)

D80.3 Селективен дефицит на подкласовете на имуноглобулин G (IgG)

D80.4 Селективен дефицит на имуноглобулин М (IgM)

D80.5 Имунодефицит с повишен имуноглобулин М (IgM)

D80.6 Дефицит на антитела с близки до нормата имуноглобулини или с хиперимуноглобулинемия
Дефицит на антитела с хиперимуноглобулинемия

D80.7 Преходна хипогамаглобулинемия при деца

D80.8 Други имунодефицитни състояния с преобладаващ дефект на антитела
Дефицит на капа-леки вериги

D80.9 Имунодефицит с преобладаващ дефект на антитела, неуточнен

Комбинирани имунодефицитни състояния

Не включва: автозомна рецесивна агамаглобулинемия (швейцарски тип)

D81.0 Тежък комбиниран имунен дефицит с ретикулна дисгенеза

D81.1 Тежък комбиниран имунен дефицит с ниско съдържание на Т и В клетки

D81.2 Тежък комбиниран имунен дефицит с ниско или нормално съдържание на В клетки

D81.3 Дефицит на аденозиндезаминаза [ADA]

D81.4 Синдром на Nezelof

D81.5 Дефицит на пурин-нуклеозид-фосфорилаза [PNP]

D81.6 Дефицит на главния хистокомпатибилен комплекс клас I

D81.7 Дефицит на главния хистокомпатибилен комплекс клас II

D81.8 Други комбинирани имунодефицити
Дефицит на биотин-зависисма карбоксилаза

D81.9 Комбиниран имунодефицит, неуточнен

Имунодефицит свързан с други значителни дефекти

Не включва: атаксия-телеангиектазия [Louis-Bar] (G11.3)

D82.0 Синдром на Wiskott-Aldrich
Имунодефицит с тромбоцитопения и екзема

D82.1 Синдром на Di George
Синдром на дивертикул на фаринкса
Тимус:
- алимфоплазия
- аплазия или хипоплазия с имунен дефицит

D82.2 Имунодефицит с къси крайници

D82.3 Имунодефицит като резултат от наследствен дефект, предизвикан от вируса на Epstein-Barr
Свързана с Х-хромозомата лимфопролиферативна болест

D82.4 Синдром на хиперимуноглобулин Е (IgE)

D82.8 Имунодефицит, свързан с други уточнени значителни дефекти

D82.9 Имунодефицит, свързан със значителни дефекти, неуточнен

Обикновен променлив имунодефицит

D83.0 Обикновен променлив имунодефицит с преобладаващи отклонения в броя и функцията на В-клетките

D83.1 Обикновен променлив имунодефицит с преобладаващи нарушения в имунорегулаторните Т- клетки

D83.2 Обикновен променлив имунодефицит с автоантитела към В- или Т-клетки

D83.8 Други обикновени променливи имунодефицитни състояния

D83.9 Обикновен променлив имунодефицит, неуточнен

Други имунодефицити

D84.0 Дефект на функционалния антиген-1 [LFA-1] лимфоцитите

D84.1 Дефекти в системата на комплемента
Дефицит на С1 естеразен инхибитор [С1-INH]

D84.8 Други уточнени имунодефицити

D84.9 Имунодефицит, неуточнен

Други нарушения с включване на имунния механизъм, некласифицирани другаде

Не включва: хиперглобулинемия БДУ (R77.1)
моноклонална гамопатия (D47.2)
отмиране и отхвърляне на трансплантата (D47.2)

D89.0 Поликлонална хипергамаглобулинемия
Доброкачествена хипергамаглобулинемична пурпура
Поликлонална гамапатия БДУ

D89.2 Хипергамаглобулинемия, неуточнена

D89.8 Други уточнени нарушения, включващи имунния механизъм, некласифицирани другаде

D89.9 **Нарушение, включващо имунния механизъм, неуточнено**
Имунна болест БДУ

Системни атрофии, засягащи предимно централната нервна система

G11.3 Наследствена атаксия

Други вродени аномалии, некласифицирани другаде

Q89.0 Вродени аномалии на слезката
Аспления (вродена)
Вродена спленомегалия
Не включва: изомерия на предсърдното ухо (с аспления или полиспления) (Q20.60)

D71 Функционални нарушения на полиморфно- ядрените неутрофили
Дефект на рецепторния комплекс на клетъчната мембрана
Хронична (в детска възраст) грануломатозна болест
Вродена дисфагоцитоза
Прогресивна септична грануломатоза

E70.3 Албинизъм
Синдром на Chediak (-Stenbrinck-) Higashi

E85.0 Наследствена фамилна амилоидоза без невропатия
Фамилна средиземноморска треска
Наследствена амилоидна нефропатия

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

1962 Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

1960 Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

1943 Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите-по преценка на лекуващия лекар

При необходимост:

91910-08 Изследване на време на кървене-по преценка на лекуващия лекар
91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11 Изследване на фибриноген

По преценка:

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-15 Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16 Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)

1930 Имунологични изследвания

Подгрупа 1: изследване на хуморален имунитет IgG и/или A, и/или M, и/или E, и/или IgG субкласове и/или криоглобулини
91923-00 Определяне на криоглобулин
91923-01 Определяне на общи имуноглобулини IgM
91923-02 Определяне на общи имуноглобулини IgG
91923-03 Определяне на общи имуноглобулини IgA
91924-00 Определяне на общи IgE
91905-04 Изследване на хуморален имунитет Ig G и/или A, и/или M, и/или E, и/ или Ig субкласове и/или криоглобулини

Подгрупа 2: изследване на комплемент – C3 ,C4, и/или C1 инхибитор (функционален и/или антигенен), и/или C1q и/или CH50.
91923-04 Определяне на C3 компонент на комплемента
91923-05 Определяне на C4 компонент на комплемента
91940-00 Определяне на C1 компонент на комплемента
91940-01 Определяне на C1q компонент на комплемента
91940-02 Определяне на CH50 компонент на комплемента

Подгрупа 3: изследване на клетъчен имунитет – определяне на лимфоцитните популации: CD3+, CD3+8+, CD3+4+, CD19+, CD3-16+56+ и/или други специфични клетъчно–повърхностни лимфоцитни маркери
91940-03 Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3+
91940-04 Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3+8+
91940-05 Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3+4+
91940-06 Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD19+
91940-07 Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3-16+56+
91940-08 Изследване на други специфични клетъчно – повърхностни лимфоцитни маркери

Подгрупа 4: изследване на фагоцитната активност и/или на респираторния взрив на неутрофилите и моноцитите.
91924-03 Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата
91924-04 Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразолов тест

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

1926 Микробиологични изследвания

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
92184-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за бактериална намазка
92184-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура
92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92062-00 Приложение на друг серум

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин

Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

1920 Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

□ 0044

Агенти, използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96203-00 Перорално прилагане на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

Агенти, използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96203-02 Перорално прилагане на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които едната задължително е **една подгрупа** в **кодовете**, посочени в една от подгрупите на блок „Имунологични изследвания“ и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура **92191-00/92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Подгрупа 1: Може да бъде отчетена с един от посочените кодове в групата: **91923-00 или 91923-01 или 91923-02 или 91924-00 или 91905-04;**

Подгрупа 2: Може да бъде отчетена с кодове: **91923-04 и 91923-05 и/или 91940-00 и/или 91940-01 и 91940-02;**

Подгрупа 3: Може да бъде отчетена с кодове: **91940-03, 91940-04, 91940-05, 91940-06, 91940-07 и/или с код 91940-08;**

Подгрупа 4: Може да бъде отчетена с код **91924-03 и/или 91924-04.**

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират показателите от двата блока, включващи: ПКК, ДКК - задължително; при нужда хемостазни показатели (PT,aPTT, INR, фибриноген) и/или Биохимични изследвания – кръвна захар, креатинин, урея, пикочна киселина, ASAT, ALAT,АФ,ГГТ,общ и директен билирубин, йонограма, общ белтък и други (по преценка) и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Клинична имунология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична имунология", медицинската специалност Клинична алергология, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична алергология", само за код D84.1. (дефекти в системата на комплемента).

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури и чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната помощ, разположени на територията му

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по клинична имунология или Клиника/отделение по клинична алергология (само за заболяване с МКБ код D84.1 Дефекти в системата на комплемента)
2. Лаборатория/клиника/отделение по клинична имунология III ниво
3. ОАРИЛ/КАРИЛ
4. Клинична лаборатория
5.Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ

НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази процедура и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по трансфузионна хематология
2. Микробиологична лаборатория на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациентите в клиника по клинична имунология:

- двама лекари със специалност по клинична имунология

Необходими специалисти за лечение на пациентите в клиника по клинична алергология само за заболяване с МКБ код D84.1:

- двама лекари със специалност по клинична алергология

Необходими специалисти на територията на лечебното заведение:

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

а) Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Лечение на пациенти с вродени имунни дефицити при необходимост от:

- заместителна терапия с интравенозен гамаглобулин;
- терапия с парентерални и орални имуномодулатори;
- терапия на възникнали усложнения, свързани с основното заболяване;
- .заместителна терапия с концентриран С1-естеразен инхибитор, брадикинин-рецепторен антагонист или прясно замразена плазма;
- антимикробна или друга терапия на възникнали усложнения, свързани с основното заболяване.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Времеви график на изследванията посочени в частта "Кодове на основни процедури" се съблюдава в случаите когато съответната диагностична процедура е назначена за отчитане на клиничната пътека:

Снемане на анамнеза и статус – до 2 час на първи ден;

Изследване на кръв - ПКК с диференциално броене - до 2 час от хоспитализацията;

Изследване на хуморален и/или клетъчен имунитет – до 24 час от хоспитализацията;

Биохимични изследвания – до 12 час на хоспитализацията;

Микробиологични изследвания – до 72 час на хоспитализацията ;

Рентгенография на бял дроб – до 12 час на хоспитализацията (за код D84.1 – до 24 час);

Ехография на коремни органи – до 24 час на хоспитализацията (за код D84.1 – до 48 час);

Клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на хоспитализацията

В лечебната схема се включват медикаменти от следните лекарствени групи използвани самостоятелно или в комбинация:

- **интравенозен човешки имуноглобулин**

Дозировка: 0.2-0.6 г/кг т.т. в два/три последователни дни на бавна интравенозна инфузия.

- **нормален човешки имуноглобулин за подкожен път на въвеждане**

Дозировка: 0.1-0.2 г/кг т.т. като подкожна инфузия с помпа на няколко места

- **концентриран С1 естеразен инхибитор**

Дозировка: 20 U/кг (от 500 до 1500 U общо) еднократно на бавна интравенозна инфузия

- **антагонист на брадикинин-рецептор**

Дозировка: 30 мг еднократно подкожно, за предпочитане в коремната стена. Ако симптомите продължават, следващата инжекция може да се постави след шест часа. За период от 24 часа се поставят не повече от три инжекции.

- **глюкокортикостероиди**
- **други терапевтични средства с имуномодулиращ ефект –** интерферон-гама, колонистимулиращ фактор и други
- **антибактериална терапия** – емпирична или съобразно изолирания бактерий
- **патогенетични и симптоматични средства:** при нужда вливания на глюкозо-солеви разтвори, кардиотоници, витамини, антипиретици, прясно замразена плазма или свежа кръв, или други кръвни компоненти, атенюирани андрогени, анти-фибринолитици и др.
- **антимикотична терапия**
- **противовирусна терапия**

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Пациентите се хоспитализират с уточнена диагноза, но при промяна в състоянието/диагнозата се ползва информацията от анамнестичните данни, клиничната картина, медико-диагностични изследвания извършени преди и/или след хоспитализацията (имунологичните, молекулярно-биологични, лабораторни, инструментални, образни и други), съгласно международно приетите диагностични критерии (например на пан-американската група за имунодефицити (PAGID) и европейското дружество за имунодефицити (ESID) за първичните имунодефицити).

По време на хоспитализацията могат да се извършват контролни изследвания за отчитане на ефекта от избрания план на терапевтично поведение и конкретните лекарствени схеми.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и болният се дехоспитализира при определяне на терапевтичното поведение и проведена терапия, с подобрение или без промяна на състоянието. В епикризата се вписва схемата на последващото амбулаторно лечение.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването"*.

ПРОТОКОЛ

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ГАМАГЛОБУЛИН ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ПРИЛОЖЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИМУНОДЕФИЦИТИ

Име:……

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

Сериен номер на флакона:

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	**Да**	**Не**
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
При пациенти с имунодефицит с преобладаващ недостиг на антитела като заместителна животоспасяваща терапия. Преди първа инфузия да се изследват серумни имуноглобулини поради риск от анафилактична реакция при пациенти с дефицит на IgA.		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към гамаглобулин за интравенозно приложениеи		
Селективен ИгА-дефицит		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ГАМАГЛОБУЛИН ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ПРИЛОЖЕНИЕ		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		
Анафилаксия		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
Други		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия гамаглобулин за интравенозно приложение се прилага в доза от 0,2-0,6г/кг в продължение на 3 последователни дни на бавна интравенозна инфузия.		

В цената на клиничната пътека е разчетено лечение с гамаглобулин (субкутант) за интравенозно приложение, както и с някои други препарати за заместителна или допълнителна терапия. НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочените медикаменти и заплаща приложението им в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с компенсирана бъбречна недостатъчност се препоръчва редукция както на денонощната доза гамаглобулин за интравенозно приложение, така и на скоростта на инфузия на препарата. По този начин може да се избегне възникването на остра бъбречна недостатъчност.

Гамаглобулините за интравенозно приложение водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация, или може да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрит преди провеждане на терапията.

Фишът за лечение с човешки гамаглобулин за интравенозно приложение става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или в отделението в рамките на болничния престой на пациента, и подлежат на контрол при провеждане на ОДИТ от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП №

.....

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:……..
.....

Диагноза:

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

Лечение с гамаглобулин за интравенозно приложение фабричен № на флакона
Индикации/ контраиндикации

Дата на инфузията	Фабричен номер на флакона	Лекарствен продукт	Годен до	количество	Начало на инфузията	Край на инфузията	поносимост

Извършил

инфузията : сестра: .....

/име, подпис/

лекар: .....

/име, подпис/

ПРОТОКОЛ
ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ СЪС С1 ЕСТЕРАЗЕН ИНХИБИТОР ИЛИ АНТАГОНИСТ НА БРАДИКИНИНОВ РЕЦЕПТОР, ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ИЛИ ПОДОЖНО ПРИЛОЖЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С НАСЛЕДСТВЕН АНГИОЕДЕМ

Име:……

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	**Да**	**Не**
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Комплементни фракции		
ПОКАЗАНИЯ		
При пациенти с наследствен ангиоедем с недостиг или функционално неактивен С1 естеразен инхибитор като заместителна животоспасяваща терапия.		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към активната или помощни съставки		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ СЪС С1 ЕСТЕРАЗЕН ИНХИБИТОР ИЛИ АНТАГОНИСТ НА БРАДИКИНИНОВ РЕЦЕПТОР, ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ИЛИ ПОДОЖНО ПРИЛОЖЕНИЕ		
Температура		
Анафилаксия		
Парене, болка, зачервяване в мястото на инжектиране		
Гадене		
Мускулна слабост		
Други		
НАЧИН НА ПРИЛАГАНЕ		
1. С1 естеразният инхибитор се прилага еднократно бавно интравенозно в доза 20 U/kg телесно тегло. 2. Антагонистът на бардикининовия рецептор се прилага в доза 30 mg еднократно подкожно, за предпочитане в коремната стена. Следващата инжекция може да се постави след шест часа, но не повече от три инжекции за 24 часа.		

ФИШ

КП №

.....

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:……

Диагноза:

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

ЛЕЧЕНИЕ СЪС С1 ЕСЕТРАЗЕН ИНХИБИТОР ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ПРИЛОЖЕНИЕ ИЛИ С АНТАГОНИСТ НА БРАДИКИНИНОВ РЕЦЕПТОР ЗА ПОДКОЖНО ПРИЛОЖЕНИЕ фабричен № на флакона	
Индикации	**Контраиндикации**

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (ПОПЕЧИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА)

Имунодефицитите са разнородна група заболявания. Най-общо те се класифицират в пет основни групи: В-клетъчни имунни дефицити, комбинирани имунни дефицити, други добре дефинирани синдроми с имунен дефицит, фагоцитна дисфункция и дефицит на комплемента. Общите прояви на ИД включват липсващ или намален в различна степен имунен отговор при бактериални, вирусни, гъбични и паразитни инфекции. Типовете инфекции, които възникват дават важна насока върху типа на имунодефицитното заболяване, което се развива.

Първичните имунодефицитни заболявания (ПИД) са хетерогенна група и се дължат на дефекти в гените свързани с имунната защита. Досега са описани над 100 ПИД като броят им непрекъснато нараства. Счита се, че около 500 души на 1 милион население, са пациенти с ИД, които се нуждаят от лекарско наблюдение и медицински грижи.

Вторичните /придобитите/ имунодефицитни състояния представляват нарушения на хуморалния и/или клетъчно-свързания имунитет с разнообразна етиология и настъпващи по различни механизми. Основно правило при тях е да се търси и лекува етиологичния фактор, довел до имунодефицитното състояние. Най-чести причини за поява на вторичните ИД са: вирусни инфекции, метаболитни нарушения, хемоглобинопатии, хронични инфекции, хранителен дефицит, лекарствено привикване, лъчетерапия, имуносупресивна терапия, злокачествени новообразувания, алкохолизъм на майката, състояния със загуба на белтък (ентеропатия, тежки изгаряния)

Клинични белези (симптоми), свързани с имунодефицитите:

Симптоми, появяващи се често и силно суспектни за ИД

Хронична инфекция
Повтарящи се инфекции (повече от очакваното)
Необикновени (редки) микробни причинители или
опортюнистични инфекции
Непълно възстановяване между епизодите на инфекция или непълен отговор към лечението

Симптоми, появяващи се често и умерено суспектни за ИД

Кожни лезии (екзема, кожна кандида, обрив, себорея, алопеция и др.)
Хронична диария
Изоставане в растежа
Хепатоспленомегалия
Хематологични нарушения (левкопения, анормална мофология)

Повтарящи се абсцеси
Повтарящ се остеомиелит
Данни за автоимунитет

Други симптоми

При наследствения ангиоедем обичайна проява са периодичните пристъпи на несърбящи подкожни отоци, които обхващат горните дихателни пътища, кожата и стомашно-чревния тракт.

Диагнозата на имунодефицитните състояния се извършва на два етапа:
1. Начален имунологичен скрининг за първична оценка на имунния отговор.
2. Специализирани имунологични изследвания с оглед етиологично уточняване, стадиране и определяне на терапевтичен подход за провеждане на заместителна терапия с интравенозен гамаглобулин и/или терапия с парентерални и орални имуномодулатори.

Лечение на ПИД

1. Основни категории терапия:
   - Интравенозен човешки имуноглобулин
   - Човешки имуноглобулин за подкожен път на въвеждане
   - Концентриран С1 естеразен инхибитор
   - Профилактика с Danazol
   - Антибиотична профилактика
   - Трансплантация на хемопоетични стволови клетки
   - Генна терапия (стадий на клинични проучвания)

2. Други медикаменти
   - глюкокортикостероиди
   - други терапевтични средства с имуностимулиращ ефект – интерферон-гама, колонистимулиращ фактор и други
   - антибактериална терапия
   - патогенетични и симптоматични средства: при нужда вливания на глюкозо-солеви разтвори, кардиотоници, витамини, антипиретици, прясно замразена плазма или свежа кръв, атенюирани андрогени, антифибринолитици и др.
   - противогъбична терапия
   - противовирусна терапия

КП № 110 ЛЕЧЕНИЕ НА ДОКАЗАНИ ПЪРВИЧНИ ИМУНОДЕФИЦИТИ

КП № 110.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ДОКАЗАНИ ПЪРВИЧНИ ИМУНОДЕФИЦИТИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Имунодефицит с преобладаващ недостиг на антитела

D80.0 Наследствена хипогамаглобулинемия
Автозомно рецесивна агамаглобулинемия (швейцарски тип)
Свързана с Х-хромозомата агамаглобулинемия [Брутон] (с дефицит в растежния хормон)

D80.1 Нефамилна хипогамаглобулимемия
Агамаглобулинемия с В лимфоцити, носещи имуноглобулини
Обикновена променлива агамаглобулинемия [CVAgamma]
Хипогамаглобулинемия БДУ

D80.2 Селективен дефицит на имуноглобулин А (IgA)

D80.3 Селективен дефицит на подкласовете на имуноглобулин G (IgG)

D80.4 Селективен дефицит на имуноглобулин М (IgM)

D80.5 Имунодефицит с повишен имуноглобулин М (IgM)

D80.6 Дефицит на антитела с близки до нормата имуноглобулини или с хиперимуноглобулинемия
Дефицит на антитела с хиперимуноглобулинемия

D80.7 Преходна хипогамаглобулинемия при деца

D80.8 Други имунодефицитни състояния с преобладаващ дефект на антитела
Дефицит на капа-леки вериги

D80.9 Имунодефицит с преобладаващ дефект на антитела, неуточнен

Комбинирани имунодефицитни състояния

Не включва: автозомна рецесивна агамаглобулинемия (швейцарски тип)

D81.0 Тежък комбиниран имунен дефицит с ретикулна дисгенеза

D81.1 Тежък комбиниран имунен дефицит с ниско съдържание на Т и В клетки

D81.2 Тежък комбиниран имунен дефицит с ниско или нормално съдържание на В клетки

D81.3 Дефицит на аденозиндезаминаза [ADA]

D81.4 Синдром на Nezelof

D81.5 Дефицит на пурин-нуклеозид-фосфорилаза [PNP]

D81.6 Дефицит на главния хистокомпатибилен комплекс клас I

D81.7 Дефицит на главния хистокомпатибилен комплекс клас II

D81.8 Други комбинирани имунодефицити
Дефицит на биотин-зависисма карбоксилаза

D81.9 Комбиниран имунодефицит, неуточнен

Имунодефицит свързан с други значителни дефекти

Не включва: атаксия-телеангиектазия [Louis-Bar] (G11.3)

D82.0 Синдром на Wiskott-Aldrich
Имунодефицит с тромбоцитопения и екзема

D82.1 Синдром на Di George
Синдром на дивертикул на фаринкса
Тимус:
- алимфоплазия
- аплазия или хипоплазия с имунен дефицит

D82.2 Имунодефицит с къси крайници

D82.3 Имунодефицит като резултат от наследствен дефект, предизвикан от вируса на Epstein-Barr
Свързана с Х-хромозомата лимфопролиферативна болест

D82.4 Синдром на хиперимуноглобулин Е (IgE)

D82.8 Имунодефицит, свързан с други уточнени значителни дефекти
D82.9 Имунодефицит, свързан със значителни дефекти, неуточнен

Обикновен променлив имунодефицит
D83.0 Обикновен променлив имунодефицит с преобладаващи отклонения в броя и функцията на В-клетките
D83.1 Обикновен променлив имунодефицит с преобладаващи нарушения в имунорегулаторните Т- клетки
D83.2 Обикновен променлив имунодефицит с автоантитела към В- или Т-клетки
D83.8 Други обикновени променливи имунодефицитни състояния
D83.9 Обикновен променлив имунодефицит, неуточнен

Други имунодефицити
D84.0 Дефект на функционалния антиген-1 [LFA-1] лимфоцитите
D84.1 Дефекти в системата на комплемента
Дефицит на С1 естеразен инхибитор [С1-INH]
D84.8 Други уточнени имунодефицити
D84.9 Имунодефицит, неуточнен

Други нарушения с включване на имунния механизъм, некласифицирани другаде
Не включва: хиперглобулинемия БДУ (R77.1)
моноклонална гамопатия (D47.2)
отмиране и отхвърляне на трансплантата (D47.2)
D89.0 Поликлонална хипергамаглобулинемия
Доброкачествена хипергамаглобулинемична пурпура
Поликлонална гамапатия БДУ
D89.2 Хипергамаглобулинемия, неуточнена
D89.8 Други уточнени нарушения, включващи имунния механизъм, некласифицирани другаде
D89.9 **Нарушение, включващо имунния механизъм, неуточнено**
Имунна болест БДУ

Системни атрофии, засягащи предимно централната нервна система
G11.3 Наследствена атаксия

Други вродени аномалии, некласифицирани другаде
Q89.0 Вродени аномалии на слезката
Аспления (вродена)
Вродена спленомегалия
Не включва: изомерия на предсърдното ухо (с аспления или полиспления) (Q20.60)

D71 Функционални нарушения на полиморфно- ядрените неутрофили
Дефект на рецепторния комплекс на клетъчната мембрана
Хронична (в детска възраст) грануломатозна болест
Вродена дисфагоцитоза
Прогресивна септична грануломатоза
E70.3 Албинизъм
Синдром на Chediak (-Stenbrinck-) Higashi
E85.0 Наследствена фамилна амилоидоза без невропатия
Фамилна средиземноморска треска
Наследствена амилоидна нефропатия

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

1962 Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

1960 Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

1943 Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите-по преценка на лекуващия лекар

При необходимост:

91910-08 Изследване на време на кървене-по преценка на лекуващия лекар

91910-09 Изследване на протромбиново време
91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11 Изследване на фибриноген

По преценка:

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-15 Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16 Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)

1930 Имунологични изследвания

Подгрупа 1: изследване на хуморален имунитет IgG и/или A, и/или M, и/или E, и/или IgG субкласове и/или криоглобулини
91923-00 Определяне на криоглобулин
91923-01 Определяне на общи имуноглобулини IgM
91923-02 Определяне на общи имуноглобулини IgG
91923-03 Определяне на общи имуноглобулини IgA
91924-00 Определяне на общи IgE
91905-04 Изследване на хуморален имунитет Ig G и/или A, и/или M, и/или E, и/ или Ig субкласове и/или криоглобулини

Подгрупа 2: изследване на комплемент – C3 ,C4, и/или C1 инхибитор (функционален и/или антигенен), и/или C1q и/или CH50.
91923-04 Определяне на C3 компонент на комплемента
91923-05 Определяне на C4 компонент на комплемента
91940-00 Определяне на C1 компонент на комплемента
91940-01 Определяне на C1q компонент на комплемента
91940-02 Определяне на CH50 компонент на комплемента

Подгрупа 3: изследване на клетъчен имунитет – определяне на лимфоцитните популации: CD3+, CD3+8+, CD3+4+, CD19+, CD3-16+56+ и/или други специфични клетъчно–повърхностни лимфоцитни маркери
91940-03 Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3+
91940-04 Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3+8+
91940-05 Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3+4+
91940-06 Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD19+
91940-07 Изследване на клетъчен имунитет за определяне на лимфоцитните популации CD3-16+56+
91940-08 Изследване на други специфични клетъчно – повърхностни лимфоцитни маркери

Подгрупа 4: изследване на фагоцитната активност и/или на респираторния взрив на неутрофилите и моноцитите.
91924-03 Флоуцитометрично определяне на фагоцитозата
91924-04 Определяне на оксидативния взрив на периферни неутрофили и моноцити с Нитроблау тетразолов тест

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

1926 Микробиологични изследвания

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
92184-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за бактериална намазка
92184-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура
92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92062-00 Приложение на друг серум

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

1920 Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент *Виж допълнителни знаци*
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-00 □ 0044	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент Агенти, използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96203-00	Перорално прилагане на фармакологичен агент, антинеопластичен агент Агенти, използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96203-02	Перорално прилагане на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури, от които едната задължително е **една подгрупа** в **кодовете**, посочени в една от подгрупите на блок „Имунологични изследвания“ и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура **92191-00/92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Подгрупа 1: Може да бъде отчетена с един от посочените кодове в групата: **91923-00 или 91923-01 или 91923-02 или 91924-00 или 91905-04;**

Подгрупа 2: Може да бъде отчетена с кодове: **91923-04 и 91923-05 и/или 91940-00 и/или 91940-01 и 91940-02;**

Подгрупа 3: Може да бъде отчетена с кодове: **91940-03, 91940-04, 91940-05, 91940-06, 91940-07 и/или с код 91940-08;**

Подгрупа 4: Може да бъде отчетена с код **91924-03 и/или 91924-04.**

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират показателите от двата блока, включващи: ПКК, ДКК - задължително; при нужда хемостазни показатели (PT,aPTT, INR, фибриноген) и/или Биохимични изследвания – кръвна захар, креатинин, урея, пикочна киселина, ASAT, ALAT,АФ,ГГТ,общ и директен билирубин, йонограма, общ белтък и други (по преценка) и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Клинична имунология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична имунология", медицинската специалност Клинична алергология, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична алергология", само за код D84.1. (дефекти в системата на комплемента), медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".
Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури и чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната помощ, разположени на територията му

Задължително звено/медицинска апаратура
Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по клинична имунология или Клиника/отделение по клинична алергология (само за код D84.1 Дефекти в системата на комплемента)
2. Лаборатория/клиника/отделение по клинична имунология III ниво на територията на населеното място
3. ОАРИЛ/КАРИЛ
4. Клинична лаборатория
5.Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази процедура и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по трансфузионна хематология
2. Микробиологична лаборатория на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациентите в клиника по педиатрия:

- четирима лекари със специалност педиатрия

- Необходими специалисти за лечение на пациентите в лаборатория/клиника/ отделение по клинична имунология:

- двама лекари със специалност по клинична имунология

- **Необходими специалисти за лечение на пациентите в клиника по клинична алергология само за заболяване с МКБ код D84.1:**

- двама лекари със специалност по клинична алергология

Други необходими специалисти на територията на лечебното заведение:

- един лекар със специалност по клинична имунология, ако КП не се изпълнява в клиника по клинична имунология
- лекар със специалност педиатрия, ако КП не се изпълнява в клиника по Педиатрия;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Лечение на пациенти с вродени имунни дефицити при необходимост от:

- заместителна терапия с интравенозен гамаглобулин;
- терапия с парентерални и орални имуномодулатори;
- терапия на възникнали усложнения, свързани с основното заболяване;
- .заместителна терапия с концентриран С1-естеразен инхибитор, брадикинин-рецепторен антагонист или прясно замразена плазма;
- антимикробна или друга терапия на възникнали усложнения, свързани с основното заболяване.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Времеви график на изследванията посочени в частта "Кодове на основни процедури" се съблюдава в случаите когато съответната диагностична процедура е назначена за отчитане на клиничната пътека:

Снемане на анамнеза и статус – до 2 час на първи ден;

Изследване на кръв - ПКК с диференциално броене - до 2 час от хоспитализацията;

Изследване на хуморален и/или клетъчен имунитет – до 24 час от хоспитализацията;

Биохимични изследвания – до 12 час на хоспитализацията;

Микробиологични изследвания – до 72 час на хоспитализацията ;

Рентгенография на бял дроб – до 12 час на хоспитализацията (за код D84.1 – до 24 час);

Ехография на коремни органи – до 24 час на хоспитализацията (за код D84.1 – до 48 час);

Клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на хоспитализацията

В лечебната схема се включват медикаменти от следните лекарствени групи използвани самостоятелно или в комбинация:

- **интравенозен човешки имуноглобулин**

Дозировка: 0.2-0.6 г/кг т.т. в два/три последователни дни на бавна интравенозна инфузия.

- **нормален човешки имуноглобулин за подкожен път на въвеждане**

Дозировка: 0.1-0.2 г/кг т.т. като подкожна инфузия с помпа на няколко места

- **концентриран С1 естеразен инхибитор**

Дозировка: 20 U/кг (от 500 до 1500 U общо) еднократно на бавна интравенозна инфузия

- **антагонист на брадикинин-рецептор**

Дозировка: 30 мг еднократно подкожно, за предпочитане в коремната стена. Ако симптомите продължават, следващата инжекция може да се постави след шест часа. За период от 24 часа се поставят не повече от три инжекции.

- **глюкокортикостероиди**
- **други терапевтични средства с имуномодулиращ ефект –** интерферон-гама, колонистимулиращ фактор и други
- **антибактериална терапия** – емпирична или съобразно изолирания бактерий
- **патогенетични и симптоматични средства:** при нужда вливания на глюкозо-солеви разтвори, кардиотоници, витамини, антипиретици, прясно замразена плазма или свежа кръв, или други кръвни компоненти, атенюирани андрогени, анти-фибринолитици и др.
- **антимикотична терапия**
- **противовирусна терапия**

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Пациентите се хоспитализират с уточнена диагноза, но при промяна в състоянието/диагнозата се ползва информацията от анамнестичните данни, клиничната картина, медико-диагностични изследвания извършени преди и/или след хоспитализацията (имунологичните, молекулярно-биологични, лабораторни, инструментални, образни и други), съгласно международно приетите диагностични критерии (например на пан-американската група за имунодефицити (PAGID) и европейското дружество за имунодефицити (ESID) за първичните имунодефицити).

По време на хоспитализацията могат да се извършват контролни изследвания за отчитане на ефекта от избрания план на терапевтично поведение и конкретните лекарствени схеми.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и болният се дехоспитализира при определяне на терапевтичното поведение и проведена терапия, с подобрение или без промяна на състоянието. В епикризата се вписва схемата на последващото амбулаторно лечение.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ПРОТОКОЛ

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ЧОВЕШКИ ГАМАГЛОБУЛИН ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ПРИЛОЖЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ИМУНОДЕФИЦИТИ

Име:……

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

Сериен номер на флакона:

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	**Да**	**Не**
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Серумни имуноглобулини		
ПОКАЗАНИЯ		
При пациенти с имунодефицит с преобладаващ недостиг на антитела като заместителна животоспасяваща терапия. Преди първа инфузия да се изследват серумни имуноглобулини поради риск от анафилактична реакция при пациенти с дефицит на IgA.		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към гамаглобулин за интравенозно приложениеи		
Селективен ИгА-дефицит		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ С ЧОВЕШКИ ГАМАГЛОБУЛИН ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ПРИЛОЖЕНИЕ		
Главоболие, миалгия		
Температура		
Асептични менингити		
Анафилаксия		
Артериална хипертония, хипергликемия		
Потискане на бъбречната дейност		
Мозъчна исхемия		
Мигрена		
Други		
НАЧИН НА ПРОВЕЖДАНЕ НА ИНТРАВЕНОЗНАТА ИНФУЗИЯ		
Човешкия гамаглобулин за интравенозно приложение се прилага в доза от 0,2-0,6г/кг в продължение на 3 последователни дни на бавна интравенозна инфузия.		

В цената на клиничната пътека е разчетено лечение с гамаглобулин (субкутант) за интравенозно приложение, както и с някои други препарати за заместителна или допълнителна терапия. НЗОК осигурява лечението на пациенти по алгоритъма на клиничната пътека с посочените медикаменти и заплаща приложението им в рамките на договорената цена на клиничната пътека.

При пациенти с компенсирана бъбречна недостатъчност се препоръчва редукция както на денонощната доза гамаглобулин за интравенозно приложение, така и на скоростта на инфузия на препарата. По този начин може да се избегне възникването на остра бъбречна недостатъчност.

Гамаглобулините за интравенозно приложение водят до покачване на вискозитета и до повишен плазмен обем. Това може да доведе при пациенти със сърдечна недостатъчност до декомпенсация, или може да провокира развитие на мозъчна исхемия. Затова при болни с риск за съдови инциденти и при такива с криоглобулинемия е целесъобразно проследяване на хематокрит преди провеждане на терапията.

Фишът за лечение с човешки гамаглобулин за интравенозно приложение става неразделна част от ИЗ на пациента.

Флаконите, употребени при лечението, се съхраняват в клиниката или в отделението в рамките на болничния престой на пациента, и подлежат на контрол при провеждане на ОДИТ от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациента и № на ИЗ, а в ИЗ серийният номер на флакона (ите).

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

ФИШ

КП №

.....

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:……..
.....

Диагноза:

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

Лечение с гамаглобулин за интравенозно приложение фабричен № на флакона
Индикации/ контраиндикации

Дата на инфузията	Фабричен номер на флакона	Лекарствен продукт	Годен до	количество	Начало на инфузията	Край на инфузията	поносимост

Извършил

инфузията : сестра: .....

/име, подпис/

лекар: .....

/име, подпис/

ПРОТОКОЛ

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ СЪС С1 ЕСТЕРАЗЕН ИНХИБИТОР ИЛИ АНТАГОНИСТ НА БРАДИКИНИНОВ РЕЦЕПТОР, ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ИЛИ ПОДОЖНО ПРИЛОЖЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С НАСЛЕДСТВЕН АНГИОЕДЕМ

Име:……..

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО	Да	Не
Пълна кръвна картина		
Креатинин		
Кръвна захар		
Трансаминази		
Общ белтък		
Серумни електролити		
Комплементни фракции		
ПОКАЗАНИЯ		
При пациенти с наследствен ангиоедем с недостиг или функционално неактивен С1 естеразен инхибитор като заместителна животоспасяваща терапия.		
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ		
Алергии към активната или помощни съставки		
ВЪЗМОЖНИ СТРАНИЧНИ ЕФЕКТИ СЛЕД ТЕРАПИЯ СЪС С1 ЕСТЕРАЗЕН ИНХИБИТОР ИЛИ АНТАГОНИСТ НА БРАДИКИНИНОВ РЕЦЕПТОР, ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ИЛИ ПОДОЖНО ПРИЛОЖЕНИЕ		
Температура		
Анафилаксия		
Парене, болка, зачервяване в мястото на инжектиране		
Гадене		
Мускулна слабост		
Други		
НАЧИН НА ПРИЛАГАНЕ		
1. С1 естеразният инхибитор се прилага еднократно бавно интравенозно в доза 20 U/kg телесно тегло. 2. Антагонистът на бардикининовия рецептор се прилага в доза 30 mg еднократно подкожно, за предпочитане в коремната стена. Следващата инжекция може да се постави след шест часа, но не повече от три инжекции за 24 часа.		

ФИШ

КП №

.....

(изписва се номера и името на клиничната пътека)

Име:……

Диагноза:

ЕГН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

ИЗ №: ☐☐☐☐☐

ЛЕЧЕНИЕ СЪС С1 ЕСЕТРАЗЕН ИНХИБИТОР ЗА ИНТРАВЕНОЗНО ПРИЛОЖЕНИЕ ИЛИ С АНТАГОНИСТ НА БРАДИКИНИНОВ РЕЦЕПТОР ЗА ПОДКОЖНО ПРИЛОЖЕНИЕ **фабричен № на флакона .....**	
Индикации	**Контраиндикации**

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА)

Имунодефицитите са разнородна група заболявания. Най-общо те се класифицират в пет основни групи: В-клетъчни имунни дефицити, комбинирани имунни дефицити, други добре дефинирани синдроми с имунен дефицит, фагоцитна дисфункция и дефицит на комплемента. Общите прояви на ИД включват липсващ или намален в различна степен имунен отговор при бактериални, вирусни, гъбични и паразитни инфекции. Типовете инфекции, които възникват дават важна насока върху типа на имунодефицитното заболяване, което се развива.

Първичните имунодефицитни заболявания (ПИД) са хетерогенна група и се дължат на дефекти в гените свързани с имунната защита. Досега са описани над 100 ПИД като броят им непрекъснато нараства. Счита се, че около 500 души на 1 милион население, са пациенти с ИД, които се нуждаят от лекарско наблюдение и медицински грижи.

Вторичните /придобитите/ имунодефицитни състояния представляват нарушения на хуморалния и/или клетъчно-свързания имунитет с разнообразна етиология и настъпващи по различни механизми. Основно правило при тях е да се търси и лекува етиологичния фактор, довел до имунодефицитното състояние. Най-чести причини за поява на вторичните ИД са: вирусни инфекции, метаболитни нарушения, хемоглобинопатии, хронични инфекции, хранителен дефицит, лекарствено привикване, лъчетерапия, имуносупресивна терапия, злокачествени новообразувания, алкохолизъм на майката, състояния със загуба на белтък (ентеропатия, тежки изгаряния)

Клинични белези (симптоми), свързани с имунодефицитите:

Симптоми, появяващи се често и силно суспектни за ИД

Хронична инфекция
Повтарящи се инфекции (повече от очакваното)
Необикновени (редки) микробни причинители или
опортюнистични инфекции
Непълно възстановяване между епизодите на инфекция или непълен отговор към лечението

Симптоми, появяващи се често и умерено суспектни за ИД

Кожни лезии (екзема, кожна кандида, обрив, себорея, алопеция и др.)
Хронична диария
Изоставане в растежа
Хепатоспленомегалия
Хематологични нарушения (левкопения, анормална мофология)
Повтарящи се абсцеси
Повтарящ се остеомиелит
Данни за автоимунитет

Други симптоми

При наследствения ангиоедем обичайна проява са периодичните пристъпи на несърбящи подкожни отоци, които обхващат горните дихателни пътища, кожата и стомашно-чревния тракт.

Диагнозата на имунодефицитните състояния се извършва на два етапа:

1. Начален имунологичен скрининг за първична оценка на имунния отговор.

2. Специализирани имунологични изследвания с оглед етиологично уточняване, стадиране и определяне на терапевтичен подход за провеждане на заместителна терапия с интравенозен гамаглобулин и/или терапия с парентерални и орални имуномодулатори.

Лечение на ПИД

1. Основни категории терапия:

- Интравенозен човешки имуноглобулин
- Човешки имуноглобулин за подкожен път на въвеждане
- Концентриран С1 естеразен инхибитор
- Профилактика с Danazol
- Антибиотична профилактика
- Трансплантация на хемопоетични стволови клетки
- Генна терапия (стадий на клинични проучвания)

2. Други медикаменти

- глюкокортикостероиди
- други терапевтични средства с имуностимулиращ ефект – интерферон-гама, колонистимулиращ фактор и други
- антибактериална терапия
- патогенетични и симптоматични средства: при нужда вливания на глюкозо-солеви разтвори, кардиотоници, витамини, антипиретици, прясно замразена плазма или свежа кръв, атенюирани андрогени, антифибринолитици и др.
- противогъбична терапия
- противовирусна терапия

КП № 111
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИ ВНЕЗАПНО ВЪЗНИКНАЛИ СЪСТОЯНИЯ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

1.Минимален престой – 2 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

R00.0 Тахикардия, неуточнена

R06.8 Друго и неуточнено анормално дишане, вкл. и апнея

R10.4 Други и неуточнени болки в корема – колика

R11 Гадене и повръщане
Не включва: повръщане на кръв (К92.0)
- при новородено (Р54.0)

повръщане:
- ексцесивно, при бременност (021.-)
- след хирургична намеса на стомашночрев-ния тракт (К91.0)
- при новородено (Р92.0)
- психогенно (F50.5)

R21 Обрив и други неспецифични кожни ерупции

R50.9 Неустойчива треска
Хипертермия БДУ
Пирексия БДУ

R51 Главоболие
Болка в областта на лицето БДУ
Не включва: атипична болка в областта на лицето (G50.1)
мигрена и други синдроми на главоболие (G43-G44)
невралгия на тригеминуса (G50.0)

R56.0 Гърчове при треска /фебрилен гърч/

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 58900-00 Рентгенография на корем
Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах
Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1932 Изследвания на урината

91920-01 Изследване на уринен седимент
91920-03 Изследване за албумин в урината
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-10 **Изследване на относително тегло на урина – по преценка**
91920-17 Изследване за нитрити в урината – по преценка

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1923 Хематологични изследвания

91910-04 91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите- по преценка

1924 Биохимична изследвания

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-15 Клинично-химични изследвания за билирубин – общ по преценка
91910-16 Клинично-химични изследвания за билирубин – директен по преценка
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92044-00 Друго кислородно обогатяване

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба
Смяна на ректална тръба

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране,
по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен аген

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум две диагностични и една терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**, съгласно пакетите дейности, които следва да се извършват при заболяванията, посочени в алгоритъма на тази пътека.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като

допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока, с изключение на тези по преценка, и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се използват кодовете от блок 1932, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Дейности по клинична пътека № 111 могат да се извършват само, ако не може да бъде приложено диагностициране и/или лечение на детето по друга клинична пътека.

В случаите, при които в хода на болничния престой, се установят индикации за хоспитализация по друга клинична пътека в същото лечебно заведение, пациентът се отчита по клиничната пътека, за която има индикации и се провежда лечение в същото лечебно заведение.

В случаите, при които в хода на болничния престой, се установят индикации за хоспитализация по друга клинична пътека и е необходимо пациентът да се преведе в друго лечебно заведение, болничният случай се отчита по КП № 111 от превеждащото лечебно заведение и по втората клинична пътека от лечебното заведение, в което пациентът е преведен.

В случаите, когато индикациите налагат неотложна диагностика и лечение по друга клинична пътека, задължително се предприемат всички мерки пациентът да се преведе в лечебно заведение или структура на същото лечебно заведение с необходимата компетентност за лечение на съответните заболявания.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Неонатология", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неонатология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
. Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по неонатология
2. Отделение по образна диагностика
3. Клинична лаборатория

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ. ..

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

Клиника/ отделение по Педиатрия

I ниво на компетентност - двама лекари, от които единият със специалност педиатрия

II ниво на компетентност- четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия или детска пневмология и фтизиатрия

или

четирима лекари, от които един лекар със специалност педиатрия и един със специалност детска пневмология и фтизиатрия

III ниво на компетентност – шестима лекари, от които пет със специалност

Неонатология - за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането

I ниво на компетентност – легла в родилна зала, на които не се лекуват деца

II ниво на компетентност – се изисква минимум един лекар с придобита специалност по педиатрия и квалификация по неонатология или с придобита специалност по неонатология

III ниво на компетентност – шест лекари, от които минимум трима лекари със специалност по неонатология

Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия

I ниво на компетентност - няма първо ниво

IIниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия или

четирима лекари, от които двама лекари със специалност детска пневмология

или

четирима лекари, от които един лекар със специалност детска пневмология и фтизиатрия и един лекар със специалност по педиатрия.

III ниво на компетентност – четирима лекари, от които поне двама с пневмология и фтизиатрия, а останалите - със специалност педиатрия - лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по образна диагностика.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение при деца до 18 години с:

- необяснима тахикардия при деца с нормална температура, със сърдечна честота, надвишаваща максималната за съответната възраст;
- неуточнени нарушения в дишането, вкл. и апнея;
- продължителни или периодично повтарящи се в рамките на няколко часа коремни болки;
- гадене и повръщане, периодично повтарящи се в рамките на няколко часа, с белези на дехидратация, неповлияваща се от амбулаторно лечение;
- обрив и други неспецифични кожни ерупции;
- треска с неясен произход, с температура над 38.5 градуса, с продължителност няколко часа, неповлияваща се от амбулаторно лечение;
- главоболие с продължителност няколко часа, неповлияващо се от амбулаторно лечение;
- гърчове при треска (фебрилен гърч) - до 5 год. възраст.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 2 часа след приемането.

ЕКГ се извършва до 1 час след приемането на пациента.

Проследяването на артериално налягане и телесната температура започва не по-късно от 30 минути след приема на болния.

Назначеното образно изследване се извършва в рамките на болничния престой.

Задължителни изследвания и/или консултации при съответните заболявания, посочени в алгоритъма на клиничната пътека:

R00.0 Тахикардия:

- изследване на кръв –електролити и КГА;
- ЕКГ;
- рентгенография на гръден кош – по преценка;
- консултация с кардиолог - по преценка;
- една терапевтична процедура.

R06.8 Друго и неуточнено анормално дишане, вкл. и апнея

- изследване на кръв – ПКК, КГА или пулсоксиметрия;
- рентгенография на гръден кош;
- една терапевтична процедура.

R10.4 Други и неуточнени болки в корема-колика:

- изследване на кръв – хемоглобин, левкоцити, СУЕ; кр. захар; креатинин; електролити; билирубин – общ и директен, амилаза; АСАТ и АЛАТ;
- изследване на урина;
- диагностичен ултразвук на корем и ретроперитонеум – по преценка;
- обзорна рентгенография на корем – по преценка; - консултация с хирург – по преценка; - една терапевтична процедура. **R11** Гадене и повръщане:
- изследване на кръв – хемоглобин, левкоцити, СУЕ, хематокрит; кр. захар; креатинин; електролити; АКР; билирубин – общ и директен, амилаза; АСАТ и АЛАТ;
- изследване на урина;
- диагностичен ултразвук на корем и ретроперитонеум – по преценка;
- обзорна рентгенография на корем – по преценка;
- консултация с невролог – по преценка;
- консултация с нефролог – по преценка.
- една терапевтична процедура.

R21 Обрив и други неспецифични кожни ерупции:
- изследване на кръв – хемоглобин, левкоцити, СУЕ, диференциално броене;
- изследване на урина; - една терапевтична процедура.

R50.9 Треска с неясен произход:
- изследване на кръв - хемоглобин, СУЕ, левкоцити, хематокрит, диферениицално броене, кръвна захар;
- изследване на урина;
- рентгенография на гръден кош по преценка;
- проследяване на телесна температура;
- една терапевтична процедура;
- консултация със специалист по УНГ болести и др. специалисти – по преценка.

R51 Главоболие:
- изследване на кръв - хемоглобин, СУЕ, левкоцити, хематокрит, диферениицално броене, кръвна захар;
- изследване на урина;
- проследяване на артериално налягане;
- ЕЕГ – по преценка;
- консултация със специалисти по нервни болести и очни болести - по преценка.
- една терапевтична процедура.

R56.0 Гърчове при треска /фебрилен гърч/
- изследване на кръв - хемоглобин, СУЕ, левкоцити, хематокрит, диферениицално броене, кръвна захар;
- консултация със специалист по нервни болести;
- консултация със специалист по очни болести по преценка;
- ЕЕГ – по преценка;
- една терапевтична процедура.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Основава се на клиничната картина и извършените медико-диагностични изследвания, тяхната динамика и повлияване от провежданото лечение и изключване на алтернативни диагнози.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и дехоспитализацията при децата се извършва след отзвучаване на клиничните симптоми.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Състоянията, включени в тази клинична пътека, са начални симптоми на различни заболявания и тогава децата съответно се лекуват за тях. Макар и рядко, посочените състояния може да са изолирано явление, да са краткотрайни по продължителност и в крайна сметка да не се достигне до изявата на определено заболяване. При внезапно възникване и няколкочасова продължителност, те създават непосредствена опасност за здравето на децата. Това се отнася особено за ранната детска възраст (новородени и до 3-годишна възраст), когато патологичните процеси имат склонност към бърза генерализация и защитните сили на организма са несъвършени. При такива изолирани, но бързо възникнали и продължително (часове) протичащи състояния се налага наблюдение в болнична обстановка, за да се изключи със сигурност възможността те да не са начало на конкретно заболяване. При намаляване на интензитета и изчезване на посочените състояния, пациентът се изписва в домашна обстановка като има право на два контролни прегледа в рамките на един месец след изписването. По-подробна информация родителите могат да получат от лекуващия лекар.

КП № 112
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА МУКОВИСЦИДОЗА

1.Минимален болничен престой 7 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Кистозна фиброза
Включва: муковисцидоза

E84.0 Кистозна фиброза с белодробни прояви
E84.1 Кистозна фибрроза с чревни прояви Мекониум илеус (P75*)
E84.8 Кистозна фиброза с други прояви

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за изследване на ларинкса

41849-00 Ларингоскопия
Директна ларингоскопия

Процедури за изследване на бронх

41898-00 Фиброоптична бронхоскопия
Не включва: такава с:
- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

41889-00 Бронхоскопия
Не включва: такава с:
- биопсия (41892-00 [544])
- дилатация (41904-00 [546])
- екстракция на чуждо тяло (41895-00 [544])

Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания

11810-00 Изследване на гастро-езофагеален рефлукс, включващ 24 часа pH мониторинг
Включва: анализ
интерпретация
доклад
Не включва: такава с < 24 часа pH мониториране – пропусни кода

Панендоскопия

30473-00 Панендоскопия до дуоденума
Дуоденоскопия

Панендоскопия с ексцизия

30075-13 Биопсия на тънко черво

30473-01 Панендоскопия до дванадесетопръстника с биопсия

Фиброоптична колоноскопия

32090-00 Фиброоптична колоноскопия до цекума
Дълга колоноскопия
Включва: оглед на илеума
Не включва: такава с:
• биопсия (32084-01 [911])
• полипектомия (32087-00 [911])

32084-00 Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика
Гъвкава сигмоидоскопия
Къса колоноскопия
Не включва: тази след флексура хепатика (32090 [905] и [911], 32093-00 [911])
такава с:
• биопсия (32084-01 [911])
• полипектомия (32087-00 [911])

Фиброоптична колоноскопия с ексцизия

32090-01 Фиброоптична колоноскопия до цекума, с биопсия
Колоноскопия до цекум, с множествени биопсии
Дълга колоноскопия с биопсия

Изследване на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30484-00 Ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография (ERCP)
Включва: четкова биопсия на жлъчни пътища биопсия
Не включва: ендоскопска ретроградна панкреатография [ERP] (30484-02 [974])

30484-01 Ендоскопска ретроградна холангиография (ERC)
Включва: четкова биопсия на жлъчни пътища
биопсия

Рентгенография на глава или шия

РЕНТГЕНОГРАФИЯ НА ГЛАВА ИЛИ ШИЯ

57903-00 Рентгенография на параназален синус

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
• мастоидна кост (57906-00 [1967])
• околоносен синус (57903-00 [1967])

• петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Компютърна томография на гръден кош

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Томография

60100-00 Томография

Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966])
такава с:
• холецистография (58924-00 [1976])
• венозна пиелография (58706-00 [1978])

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

60503-00 Флуороскопия

Кодирай също когато е направена:

• инсуфлация с въздух (59763-00 [1999])

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

Не включва: безконтрастна радиография на корем (58900-00 [1977])

58909-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум
Включва: предварителен общ план
Не включва: контрастна каша за хранопровод, стомах или дуоденум и последваща до колон (58912-00 [1975])

58915-00 Контрастно изследване на тънки черва
Серийно изследване на тънки черва
Включва: предварителен общ план
Не включва: такава на дуоденум (58909 [1975])

58912-00 Контрастно изследване на фаринкс, хранопровод, стомах или дуоденум с последващо изследване до дебело черво
Бариева каша за фаринкс, хранопровод, стомах и дуоденум и последваща до колон

58914-00 Иригография

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем
Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах
Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Компютърна томография на корем

56401-00 Компютърна томография на корем

Рентгенография на горен крайник

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Включва: сканиране на уринарен тракт
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Изследване на кости

12306-00 Костна денситометрия с помощта на двойно енергийна рентгенова абсорбциометрия
Костна денситометрия с използване на двойно енергийна x-гау абсорбциометрия
Забележка: Изпълнена за диагноза:
- и мониторинг на костна плътност
- при ниска костна плътност

Магнитно резонансен образ

90901-05 Магнитно резонансна томография на корем

1932 Изследвания на урината

91920-03 Изследване за албумин в урината. Микроалбуминурия
91920-05 Изследване за уробилиноген в урината
91920-06 Изследване на pH на урина
91920-07 Изследване за кетотела в урината
91920-08 Изследване на захар в уринна проба
91920-13 Изследване за амилаза в урината
91920-14 Изследване за белтък в урината
91920-15 Изследване за пикочна киселина в диурезата
9192016 Изследване за билирубин в урината
91920-17 Изследване за нитрити в урината

91920-18 Изследване за кетони в урината

Диагностични тестове на храносмилателна система, измервания или изследвания

11800-00 Тест за моторика на хранопровод
Манометричен мотилитетен тест на хранопровод

Друго измерване на дихателна функция

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест }
Спирометрия } БДУ

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

13310-00 Пулсова оксиметрия (пулсоксиметрия)

92057-00 Телеметрия
Електрографично мониториране
Не включва: тези при тестване на кардио дефибрилатор или пейсмейкър (виж блок [1856])

Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

Друго измерване на дихателна функция

13311-00 измерване на газове на смесена венозна кръв

1926 Микробиологични изследвания

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

92184-02 Микроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите

1924 Биохимични изследвания

91904-13 Протеинограма (електрофореза на серумни белтъци)
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-24 Клинично-химични изследвания за гликиран хемоглобин
91904-14 Орален глюкозотолерансен тест
91915-00 Други имунологични изследвания

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91919-01 Друго патоморфологично изследване на проба от горния храносмилателен тракт

91919-03 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за бактериална намазка

91919-04 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура
91919-05 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура и чувствителност
91919-09 Микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за паразитология

91939-14 Изследване на фекална еластаза и калпротектин

91939-15 Количествено определяне на електролити в потта. Пилокарпинов тест

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Консултация или обучение свързани с лична грижа и други ежедневни дейности/независим живот

96067-00 Хранителни/диетични консултации или образование
Не включва: превантивна консултация или обучение (96066-00 [1867])

96072-00 Предписани/самостоятелно избрани медикаменти, консултиране или обучение
Забележка: Медикаментозни консултация или обучение включва съвет за действие/ефект (странични или други) на лекарствата, върху управлението на лекарствения режим и върху изписването на медикаменти. Включва също съвет за предпазване от странични лекарствени ефекти и осигуряване на обучителни материали относно медикаментозното лечение. Този съвет може да бъде даден на клиентите или на други доставчици на услуги.
Не включва: консултация или обучение за системите за доставка на медикаменти (96071-00 [1867])
съвети или обучение при привикване към субстанции (96073-00 [1867])

Обучение на умения за функции на телесната система

96138-00 Двигателна терапия, дихателна система [дишане]
Възстановяване на белодробен обем (чрез ръчна хипервентилация)
Забележка: Упражнения за увеличаване на белодробен обем и гръдните движения и подпомагане изхвърлянето на секрети и/или да подобряване параметрите на дишането

Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия
92044-00 Друго кислородно обогатяване 1615
Каталитична кислородотерапия
Циторедуктивен ефект
Кислородотерапия
Оксигенатори
Не включва: хипербарна оксигенация (виж блок [1888])

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)
Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT]
техника на форсирана експирация [FET]
с използване на техники/устройства като:
• перкусия
• разклащане
• вибратор
Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията
Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища

Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)

Постурален дренаж

Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)

Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT]

техника на форсирана експирация [FET] с използване на техники/устройства като:

- перкусия
- разклащане
- вибратор

Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията

Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент , хранително вещество

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок
- [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок
- [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок[741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена:

1.При новооткрито заболяване, ако са приложени и отчетени минимум четири основни диагностични процедури, едната от които задължително е 91939-15 и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Приложените диагностични процедури следва да доказват наличие на заболяването Кистозна фиброза.

Терапевтична процедура с код 96067-00 се отчита еднократно при откриване на заболяването.

2.При лица до 18 годишна възраст с доказана диагноза, ако са приложени и отчетени минимум три основни диагностични процедури и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури** и съобразени с органните прояви на заболяването.

3.При лица над 18 годишна възраст с доказана диагноза, ако са приложени и отчетени минимум три основни диагностични процедури и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури** и съобразени с органните прояви на заболяването.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Педиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", обхвата на медицинската специалност "Пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пневмология и фтизиатрия", обхвата на медицинската специалност "Детска пневмология и фтизиатрия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия", от обхвата на медицинската специалност "Гастроентерология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гастроентерология", от обхвата на медицинската специалност "Детска гастроентерология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с горепосочените медицински стандарти.

Лечебното заведение, изпълнител на клиничната пътека, осигурява комплексно лечение на основно заболяване, придружаващи заболявания и усложнения.

Лечебното заведение, изпълнител на клинична пътека № 112, задължително сключва договор и за амбулаторна процедура № 9 „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при муковисцидоза“, съгласно Приложение към Наредбата към чл. 45 от Закона за здравното осигуряване, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са: Муковисцидоза.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по педиатрия или Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по детска пневмология и фтизиатрия или Клиника/отделение по гастроентерология или Клиника/отделение по детска гастроентерология
2. Отделение по образна диагностика
3. Структура за функционално изследване на дишането
4. Клинична лаборатория
5. КАИЛ/ОАИЛ или легла за интензивно лечение

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Структура по медицинска генетика
2. Клинична паразитология
3. Клинична патология
4. Клинична микробиология – на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ..

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

Наличният брой специалисти в лечебното заведение и тяхната квалификация отговаря на медицинския стандарт по съответната специалност на структурите, в които се извършва дейността, съгласно т.I, 1 и 2 от тази клинична пътека.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

Клиника/ отделение по педиатрия

I ниво на компетентност - двама лекари, от които единият със специалност педиатрия

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия или детска пневмология и фтизиатрия

или

четирима лекари, от които един лекар със специалност педиатрия и един със специалност детска пневмология и фтизиатрия

III ниво на компетентност – шестима лекари, от които пет със специалност

Неонатология - за лечение на пациенти на възраст до 28-ия ден от раждането

I ниво на компетентност – легла в родилна зала

II ниво на компетентност – се изисква минимум един лекар с придобита специалност по педиатрия и квалификация по неонатология или с придобита специалност по неонатология

III ниво на компетентност – шест лекари, от които минимум трима лекари със специалност по неонатология

Клиника/отделение по пневмология и фтизиатрия

I ниво на компетентност - няма първо ниво

II ниво на компетентност – четирима лекари, от които двама със специалност педиатрия

или

четирима лекари, от които двама лекари със специалност детска пневмология

или

четирима лекари, от които един лекар със специалност детска пневмология и фтизиатрия и един лекар със специалност по педиатрия

III ниво на компетентност – четирима лекари, от които поне двама с пневмология и фтизиатрия, а останалите - със специалност педиатрия

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

На хоспитализация подлежат лица до и над 18 годишна възраст при симптоми от страна на дихателната система, гастроинтестиналния тракт, ендокринната система и др., отговарящи на индикациите.

В зависимост от доминиращите органни прояви на заболяването пациентите се хоспитализират в съответната клиника/отделение

1. Диагностика на лица до и над 18-годишна възраст със съмнение за муковисцидоза при симптоми от страна на дихателната система, гастроинтестиналния тракт, ендокринната система и др.;

2. Лечение на лица до и над 18 г. с установена диагноза муковисцидоза при:

2.1. Засилване на кашлицата и/или увеличаване обема и промяна в характеристиката на експекторацията, нарастване или новопоявила се диспнея и наличието на фебрилноинтоксикационен синдром

2.2. Кръвохрак

2.3. Физикални и рентгенови данни за пневмоторакс

2.4. Анамнестични, физикални и рентгенови данни за пневмоничен инфилтрат

2.5. Анамнестични, физикални и рентгенови данни за плеврален излив
2.6. Декомпенсация на хронична дихателна недостатъчност - PaO2<55 mmHg
2.7. Холестаза
2.8. Клинични белези на остър панкреатит
2.9. Интестинална обструкция
2.10. При деца до 18-годишна възраст - десатурация под обичайните за пациента стойности при пулсоксиметрията.
2.11. При деца под 2-годишна възраст:
2.11.1. рецидивиращи или засилващи се дихателни симптоми - кашлица, свирене, диспнея;
2.11.2. ненаддаване на тегло от екзокринна панкреасна дисфункция със стеаторея и диария;
2.11.3. пролапс на ректума;
2.11.4. анемия, отоци и хипонатриемия;
2.11.5. дехидратация и електролитни нарушения (псевдо batter синдром), хипохлоремична метаболитна алкалоза;
2.11.6. холестаза.

3. Интензивно лечение при:

3.1. тежка диспнея, неповлияна от терапията на предишните етапи;
3.2. промени в съзнанието;
3.3. нарастваща хипоксемия и хиперкапния;
3.4. необходимост от механична вентилация.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

За лица над 18 годишна възраст

- Засилване на кашлицата с увеличаване обема и промяна в характеристиката на експекторацията, нарастване или новопоявила се диспнея и наличието на фебрилноинтоксикационен синдром
- Кръвохрак
- Физикални и ренгенови данни за пневмоторакс
- Анамнестични , физикални и ренгенови данни за пневмоничен инфилтрат
- Анамнестични , физикални и ренгенови данни за плеврален излив
- Декомпенсация на хронична дихателна недостатъчност – PaO2<55 mmHg
- Холестаза
- Клинични белези на остър панкреатит
- Интестинална обструкция - дистален интестинален обструктивен синдром – DIOS („мекониум илеус еквивалент”)

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Алгоритъмът е съобразен с Българските стандарти за диагностика и лечение, разработени под егидата на Асоциация Муковисцидоза в България и базирани на Европейските директиви и препоръките за поведение (Standarts of care for patients with cystic fibrosis: a European consensus)

- вземане на биологичен материл за медико-диагностични изследвания (вкл. КГА) се извършва до 24 часа от приемането;
- спирометрия (когато състоянието или възрастта на болния позволява) – при приемането или по време на лечението или при дехоспитализацията;
- кръвно-газов анализ (КГА);
- назначената от лечебното заведение рентгенография трябва да се извърши в рамките на болничния престой;
- назначеният потен тест (в случай, че до хоспитализацията такъв не е бил провеждан) трябва да се извърши в рамките на болничния престой.

Тежестта на нарушенията в дихателната функция се обективизира с КГА и се проследява чрез пулсоксиметрия, които се отразяват в медицинската документация (ИЗ).

Всички медико – биологични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ.

За диагнозата **кистозна фиброза** основно значение имат:

- Повишените стойности на хлоридите в потта.
- Генетичното изследване
- Характерната клинична симптоматика
- Фамилната обремененост.

Генетичното изследване не се заплаща от НЗОК

5.б.1. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ ПРИ СИМПТОМИ ОТ СТРАНА НА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ Основните диагностични задачи са:

- да се определи екзокринната панкреасна функция и малнутриция;
- да се потвърди или отхвърли остър или хроничен панкреатит;
- да се оценят промените в горния и долен ГИТ, вкл. фиброзна колопатия;
- да се оценят промените в черния дроб и жлъчните пътища на базата на клинични, лабораторни, инструментални (ехография или други изобразителни изследвания; при необходимост и горна и долна ендоскопия, ЕРХП).

Инструментални изследвания

- Абдоминална ехография, обзорна рентгенография на корема, контрастна рентгенография на ГИТ, а при необходимост – КТ или МРТ, вкл. виртуална холангио- или холангио-панкреатография, ентерография или ентероклиза
- Горна и долна ГИ ендоскопия, ендоскопска ехография или ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография -ЕРХП.

Кръвни проби

- Пълна кръвна картина с ДКК, СУЕ, урина
- С-реактивен протеин, общ белтък, албумин, АСАТ, АЛАТ, ГГТ, АФ, ЛДХ, общ и директен билирубин, протромбиново време /INR, фибриноген, кр.захар, креатинин, урея, пикочна кисилина, холестерол, ХДЛ и ЛДЛ холестерол, триглицериди, амилаза, липаза, сер.желязо, ЖСК, феритин, електролити – натрий, калий, хлор, бикарбонати, калций, фосфор, магнезий, ИгГ, ИгМ, ИгА и други – според съответните показания.

Допълнителни изследвания:

Оценка на екзокринната панкреасна недостатъчност и малнутриция:

- Клинични данни (анамнеза и физикален статус, антропометрични изследвания), образни изследвания, фекална еластаза 1 и други методи при необходимост;
- Ниво на мастноразтворими витамини А, Д, Е, К и ниво на В12 и фолиева киселина – при показания

Оценка ендокринната панкреатична недостатъчност:

- Орален глюкозотолерантен тест при пациенти над 10 години, при които не е диагностициран Захарен диабет;
- серумен инсулин, С-пептид, кръвно-захарен профил, HbA1c – по показания.

Лечение

- Заместващи панкреатични ензими с или без антисекретори (ИПП)
- Хиперкалорийни храни за орално и ентерално приложение – по показания до корекция на малнутрицията

a) енергийни и витаминни перорални добавки

b) орални хранителни добавки и ентерални хранения орално или през гастростома (при нужда)

- Хепатопротектори, холеретици - Урсодезоксихолева киселина / 15 мг/кг/дн – непрекъснато и други. При жлъчна инфекция се провежда лечение с антибиотици. В случаите с холелитиаза се обсъжда нуждата от холецистектомия, а при обструкция на жлъчните пътища – оперативен или ендоскопски дренаж.
- Корекция на хиперацидитет - Инхибитори на протонната помпа / 1-2 пъти стандартна доза дневно
- Мастноразтворими витамини – вит А, Д, Е, К и калций – стандартна дневна доза непрекъснато; фолиева к-на, витамин В12 – стандартна доза
- Антибиотици, пробиотици
- Ентерално хранене – сондово и чрез стома

- Рехидратираща терапия с венозни водно-солеви р-ри, лечевни в-ва, хранителни субстанции
- Лечение на остър и хроничен панкреатит –аналгетици, инхибитори на протонната помпа (ИПП), антибиотици, панкреасни ензими и други средства
- Лечение на дистален интестинален обструктивен синдром - При дистален интестинален обструктивен синдром (DIOS) се препоръчва прием на PEG 3350/4000, разтворен в 4 литра вода за 2 часа през устата, както и клизми с Gastrografin (максимум 480 ml) с физиологичен серум до 1 литър. При оптимално задържане клизмите имат добър ефект. Рядко се налага хирургична интервенция или поставяне на перкутанна ендоскопска гастро-/ентеростома.

Обект на гастроентерологията са пациенти, диагностицирани още в ранна детска възраст, новодиагностицирани пациенти с по-лека форма на заболяването, както и такива с атипични форми на кистозна фиброза.

Панкреасно засягане

Пациентите без изявена панкреасна екзокринна недостатъчност може периодично да имат епизоди на **остър панкреатит** или клинични белези на **хроничен панкреатит**. Поради това при коремната болка е необходимо изследване на амилаза (серум и урина) или липаза, С-реактивен протеин, хематологични показатели, АСТ, АЛТ, ГГТ, ЛДХ, глюкоза, абдоминална ехография, обзорна рентгенография на корема, а при необходимост – други лабораторни и изобразителни изследвания (КТ или МРТ, вкл. виртуална холангиопанкреатография, ендоскопска ехография или ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография -ЕРХП. Често епизодите на панкреатит се последват от намаляване на панкреасната екзокринна функция.

Панкреасна екзокринна недостатъчност се открива в 90% от болните с муковисцидоза. Проявява се в различни етапи от хода на заболяването поради редуцирана бикарбонатната секреция (хиперацидитет, дезактивиране на ензимите); хиперконцентрация на панкреасния сок (преципитация на белтъци в каналчетата). Наблюдава се малабсорбция, съответно дефицит на мастноразтворими витамини и др. Задължителен етап в диагностиката и определяне на нуждите на пациента от заместителна терапия е провеждане на дихателни тестове, определяне на количество фекални масти или еластаза 1 и др.

Честотата на диабета (**ендокринна панкреасна недостатъчност**) при пациенти с муковисцидоза нараства значително с възрастта и се среща само при пациенти с екзокринна панкреасна недостатъчност. Като причини за това се сочат нарушаването на архитектониката на островните клетки, фиброзата и мастната инфилтрация на панкреаса. ОГТТ е приет за основен метод за диагностика на диабет при пациенти с муковисцидоза. Допълнително е необходимо изследване на гликирания хемоглобин (HbA1c), кръвнозахарен профил, изследване на серумния инсулин и С-пептид.

Интестинална обструкция

Мекониум илеус се среща при около 15% от новородените с кистозна фиброза, най-често - при болните с панкреасна недостатъчност. При подрастващи и възрастни пациенти се развива частична подостра обструкция (**дистален интестинален обструктивен синдром – DIOS**, или „мекониум илеус еквивалент"). Клинично се изявява с тежка констипация и коремна болка. Червото е изпълнено с твърди фекални маси, които лесно се палпират в дясната или лява коремна половина. Обзорната рентгенография на корема установява дилатирани тънкочревни бримки, хидро-аерични сенки и дилатиран колон, изпълнен с фекални материи. Състоянието може да се усложни с перфорация и перитонит. КТ на корема е полезен в диференциалната диагноза.

Гастроезофагеалната рефлуксна болест (ГЕРБ) се среща значително често при пациенти с муковисцидоза, поради стомашния хиперацидитет.

Жлъчно-чернодробно засягане

Около 30% до 60% от пациентите с муковисцидоза развиват чернодробна **стеатоза**, фокална или мултинодуларна **билиарна цироза,** с или без съответните усложнения. **Холелитиаза и холецистит** са срещат много често при болните с кистозна фиброза. При всички пациенти се препоръчва да бъдат извършени следните изследвания: чернодробни ензими (АСТ,

АЛТ, ГГТ, АФ), билирубин, общ белтък, албумин, протромбиново време (INR), хематологични показатели с ДКК, глюкоза; абдоминална ехография с Доплер, а при показания и ендоскопска (ЕРХП) или МР-(МРХП) холангио- или холангиопанкреатография, както и ФГС за диагноза и контрол на езофагеални варици.

Лечение

1.Корекция на малдигестия и малабсорбция - хранене, заместителна и поддържаща терапия

1.1.Висококалорийна диета

Загубата на телесна маса и поднорменото тегло са често срещани при пациентите с муковисцидоза и затова оценката на хранителния статус е неделима част от прегледите и всяка хоспитализация. Препоръчва се обща висококалорийна диета със заместване на съответните дефицити. Особено подходящи са висококалорийните храни и протеинови разтвори (напитки). При всеки пациент трябва да се определят индивидуалните енергийни нужди, вносът на протеини и калории, както и да бъдат извършени някои специфичните лабораторни изследвания (серумни нива на витамини, албумин, серумна холинестераза, микроелементи и др.). При болните с ИТМ под 19 или тези с напреднало заболяване се предпочита ентерално хранене. След тежки операции или предстояща белодробна трансплантация за кратко време се препоръчва тотално парентерално хранене. Телесното тегло на пациентите се следи на всеки 2-3 дни.

При наличие на диабет не се ограничава калорийния внос. Пациентите се повлияват добре от богатата въглехидратна диета.

1.2.Панкреасна заместителна терапия

Ензимните препарати, използвани за корекция на панкреасните ензими се приемат в началото на всяко хранене. Те се дозират индивидуално с оглед достигане и поддържане на оптимално тегло, адекватен чревен мотилитет и предпазване от тежка констипацията. Обективен метод за оценка ефективността на ензимната заместителна терапия е изследването на фецес за неутрални масти или еластаза1.

1.3.Витамини

За пациенти с муковисцидоза се препоръчва заместителна терапия с мастно разтворими витамини. Провежда се орално или мускулно. Препоръчителните дози при панкреасна екзокринна недостатъчност са представени в Таблица 1. Оралният прием на калций трябва да надвишава 1.5 g / дневно. Заместителна терапия с калциеви препарати се провежда обикновено в доза от 1000-15000 mg/дневно. Препоръчителна е и профилактика на остеопорозата. При нормален прием на храна (пълноценно хранене) не е необходимо заместване с водно-разтворими витамини, освен в случаите с ограничен внос на храна или след резекция на илеума. Витамин В 12 може да бъде приложен при доказване на дефицит в доза

Таблица №1: Препоръчителна заместителна терапия с мастноразтворими витамини и калций при болни с муковисцидоза и панкреасна екзокринна недостатъчност

Заместителна терапия	**Доза**
Витамин А	40 000-100 000 IU / дневно
Витамин Е	100- 400 mg / дневно
Витамин D	400-800 IU / дневно
Витамин К*	1 mg/ дневно до 10 mg/ седмично

* холестаза, екзокринна панкреасна недостатъчност

2.Остър и хроничен панкреатит

Провежда се съответно стандартно лечение с аналгетици, инхибитори на протонната помпа (ИПП), антибиотици, панкреасни ензими и други (виж. панкреатити).

3.Корекция на хиперацидитета

Препоръчва се при симптоми на ГЕРБ, както и при болните с екзокринна панкреасна недостатъчност, поради инактивиране на екзогенните ензимни препарати от подкиселяването на

дуоденалното съдържимо. Прилагат се ИПП в стандартни дози, приети до половин час преди хранене.

4.Корекция на нарушеното изпразване на стомаха и чревния мотилитет

При болните с кистозна фиброза, нарушения в гастроинтестиналния мотилитет се наблюдават най-често в случаите на неадекватното ензимно заместване, некоригиран хиперацидитет или диабет. При дистален интестинален обструктивен синдром (DIOS) се препоръчва прием на PEG 3350/4000, разтворен в 4 литра вода за 2 часа през устата, както и клизми с Gastrografin (максимум 480 ml) с физиологичен серум до 1 литър. При оптимално задържане клизмите имат добър ефект. Рядко се налага хирургична интервенция или поставяне на перкутанна ендоскопска гастро-/ентеростома.

5.Лечение на диабет

Лечението на диабета, оценката на ефективността на лечението и профилактика на усложненията се провеждат по общите правила, но без редукция на калорийния внос. При нужда е показано заместително инсулиново лечение.

6. Лечение на жлъчно-чернодробните заболявания

За профилактика и лечение на интрахепатална холестаза, лечение на чернодробна стеатоза и някои форми на холелитиаза, е показано приложението на урзодезокси холева киселина (УДХК) в стандартни дози – 15 mg/kg тегло.

При жлъчна инфекция се провежда лечение с антибиотици. В случаите с холелитиаза се обсъжда нуждата от холецистектомия, а при обструкция на жлъчните пътища – оперативен или ендоскопски дренаж.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

5.б.2. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗА С ДОМИНИРАЩИ БЕЛОДРОБНИ ПРОЯВИ

За ЗОЛ, на които са предписани и отпуснати лекарствените продукти с международни непатентни наименования Tobramycin, Multienzimes, Dornaase alfa, Caphtor, Ivacaphtor, Colistimethate sodium/Levofloxacin за домашно лечение на Муковисцидоза (код на болест по МКБ-10 – Е84.0 - Е 84.1) и други, заплащани от НЗОК по тези кодове, се допуска посочените лекарствени продукти да се използват за провеждане на лечение в болнични условия по време на хоспитализацията на лицата.

5.б.2.1. ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА МУКОВИСЦИДОЗА С ДОМИНИРАЩИ БЕЛОДРОБНИ ПРОЯВИ ПРИ ЛИЦА ДО 18 Г.

2.2.1.1. Кислородолечение при остра или обострена хронична дихателна недостатъчност.

То е непрекъснато, дозирано и контролирано. Контролиране с периодична или мониторирана пулсоксиметрия, отразено в медицинската документация. Контролен КГА до 60 мин след започването й и контролиране според клиничното състояние в следващите дни за документиране промените.

5.б.2.1.2. Антибактериална терапия при екзацербация – стратегия :

2.2.1.2.1.Стартира след вземане на материал за микробиологично изследване (спонтанна или индуцирана храчка; дълбок гърлен секрет или промивни стомашни води за кърмачета и малки деца, бронхо-алвеоларен лаваж)

2.2.1.2.2.Изборът на антибактериална терапия е според резултатите от последната налична антибиограма; възможна е промяна в хода на лечението съобразно с новополучените микробиологични резултати

2.2.1.2.3. Лечебен курс - минимум 10 дни, препоръчително 14 дни; с възможните максимални дневни дози на антибактериалните лекарствени средства.

2.2.1.2.4. Препоръчва се комбинирана I.V. антибактериална терапия.

2.2.1.2.5.При лечение с аминогликозиди се препоръчва еднократен дневен прием.

2.2.1.2.6. Дневни дози на антибактериалните лекарствени средства:

Amikacin 15 mg/kg ; max- 1,5 g

Tobramycin 3-5mg/kg
Amoxicillin+clav.acid 200mg/kg ; max 12,0g
Ceftazidime 150-200mg/kg max 12,0 g
Piperacillin + Tazobactam 300mg/kg max 12,0g
Imipenem 60-100mg/kg max 4,0g
Meropenem 120mg/kg max 6,0g
Aztreonam 150mg/kg max 12,0 g
Vancomycin 15-40mg/kg max 2,0 g
Teicoplanin начална: 3x10 мг/кг за 36 часа, поддържаща 6-10 мг/кг/дневно
При наличие на показания могат да бъдат използвани и хинолонови препарати като: Ciprofloxacin Levofloxacin или Linezolid

2.2.1.2.7.Начална емпирична антибактериална терапия при липса на изолиран причинител:

Режим 1 :

- Цефалоспорин 3 или 4 генерация
- Ceftazidime + Amikacin
- Cefipime+Amikacin
- Piperacillin/Tazobactam

Режим 2:

- Meropenem (Imipenem)
- Meropenem (Imipenem) + Amikacin

Продължаване / започване на инхалаторно лечение с Tobramycin
Meropenem (Imipenem) + Ceftazidime
Meropenem (Imipenem) + Aztreonam
Piperacillin/Tazobactam + Amikacin

5.б.2.1.3. Други медикаменти :

2.2.1.3.1. Кортикостероиди: орални или парентерални в доза 1-2 мг/кг/24 часа на два приема – при преценка за необходимост ; при бронхо-пулмонална аспергилоза

2.2.1.3.2. Инхалаторни бронходилататори (ß миметици): Ventolin 0.5% в доза 0.2 мл/кг през 4 или 6 часови интервали

2.2.1.3.3 Инхалаторни секретолитици: Инхалации с rhDNase (при деца над 5 годишна възраст) 1-2 пъти дневно. 30 мин. след небулизацията се препоръчва физиотерапия или инхалации с хипертоничен разтвор на NaCl 3-4 инхалации дневно.

2.2.1.3.4 Перорални секретолитици: N-acetylcystein, Carbocystein

2.2.1.3.5 Корекция на електролитните нарушения /хипонатриемия, хипокалемия/, както и на нарушенията в киселинно-алкалното равновесие.

2.2.1.3.6 При необходимост корекция на хипопротеинемията, анемията

5.б.2.1.4. Физиотерапия :

При екзацербация се препоръчват два сеанса дневно.
Дихателна гимнастика, постурален дренаж и перкусия/вибрация

5.б.2.1.5. Продължаване на постоянната субституираща терапия с панкреасни ензими

5.б.2.2. ПРОТОКОЛ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА МУКОВИСЦИДОЗА С ДОМИНИРАЩИ БЕЛОДРОБНИ ПРОЯВИ ПРИ ЛИЦА НАД 18г.

5.б.2.2.1. Антибактериална терапия при екзацербация – стратегия :

2.2.2.1.1.Стартира след вземане на материал за микробиологично изследване (спонтанна или индуцирана храчка; БАЛ)

2.2.2.1.2.Изборът на антибактериална терапия е според резултатите от последната налична антибиограма; възможна е промяна в хода на лечението съобразно с новополучените микробиологични резултати

2.2.2.1.3. Лечебен курс - , минимум 10 дни, препоръчително 14 дни; с възможните максимални дневни дози на антибактериалните лекарствени средства.

2.2.2.1.4. Препоръчва се комбинирана I.V. антибактериална терапия.

2.2.2.1.5.При лечение с аминогликозиди се препоръчва еднократен дневен прием.

2.2.2.1.6. Дневни дози на антибактериалните лекарствени средства:

Amikacin 20mg/kg ; max- 1,5 g
Tobramycin 8-10mg/kg
Amoxicillin+clav.acid 200mg/kg ; max 12,0g
Ceftazidime 150-200mg/kg max 12,0 g
Piperacillin + Tazobactam 300mg/kg max 12,0g
Imipenem 100mg/kg max 4,0g
Meropenem 120mg/kg max 6,0g
Ciprofloxacin 30mg/kg max 1,2g(p.o. прием до 1,5-2,0 g)
Levofloxacin 750mg – 1000mg/дневно
Aztreonam 150mg/kg max 12,0 g
Colistin 0,1-0,15 мил.ед. /kg
Vancomycin 40mg/kg max 2,0 g
Teicoplanin 20mg/kg
Linezolid 1200mg/дневно

2.2.2.1.7.Начална емпирична антибактериална терапия при липса на изолиран причинител:
Режим 1 :
Ceftazidime + Amikacin
Ceftazidime + Ciprofloxacin
Cefipime+Amikacin
Piperacillin/Tazobactam + Amikacin

Режим 2:
Meropenem / Imipenem + Amikacin Meropenem / Imipenem + Ciprofloxacin **или**
Meropenem / Imipenem + Ceftazidime
Meropenem / Imipenem + Aztreonam

При изолиран причинител – съобразно изследването за чувствителност
Продължаване / започване на инхалаторно лечение с Tobramycin

5.б.2.2.2. Други медикаменти :

2.2.2.2.1. Кортикостероиди орални или парентерални –при липса на подобрение след оптимална 10 дневна антибактериална терапия; при бронхо-пулмонална аспергилоза

2.2.2.2.2. Инхалаторни бронходилататори (ß миметици), подходящи при стартиране на физиотерапия

2.2.2.2.3. Секретолитици: rhDNase инхалации 1-2 пъти дневно. 30мин. след небулизацията се препоръчва физиотерапия

2.2.2.2.4. При чести тежки екзацербации (имунокомпрометирани болни) може да се обсъди терапия с Immunovenin 200-400mg/kg.

5.б.2.2.3.Физиотерапия :
При екзацербация се препоръчват два сеанса дневно.
Постурален дренаж и перкусия/ вибрация

5.б.2.2.4. Продължаване на постоянната субституираща терапия с панкреасни ензими

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Критерии за окончателната диагноза:

1. Наличието на резултати от двукратно проведен потен тест със стойности над 60 mEq/l
2. Положителен резултат от генетичното изследване
3. Потен тест в стойности над 30 mEq/l и доказана една мутация в CFTR гена
4. Еднократно положителен потен тест (> 60 mEq/l) + наличие на клинична симптоматика и/или фамилна обремененост

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и уточнена окончателна диагноза, както и:

1. При муковисцидоза с белодробни прояви:

1.1. подобрение или клинично овладяване на острата или обострената хронична дихателна недостатъчност, позволяващи спиране на кислородолечението; или при задържане на необходимостта от продължаване на кислородолечението при осигурена възможност за провеждане на продължително кислородолечение в дома;

1.2. намаляване или преминаване на симптомите и белезите на остра екзацербация;

1.3. възможно провеждане на лечение в амбулаторни условия;

1.4. обучение на болния за правилна употреба на предписаните лекарствени средства;

1.5. подобряване при възможност и състоянието на дихателната система на параметрите на КГА и ФИД до оптималните стойности за конкретния случай; 1.6. възможност болният да се обслужва сам или с помощта на близките**.**

2. При муковисцидоза с гастроинтестинални прояви:

2.1. осигуряване на коректно лечение на усложненията на муковисцидозата съгласно алгоритъма;

2.2. проведено адекватно лечение с овладяване на основните субективни оплаквания;

2.3. корекция на патологично променени показатели;

2.4. болният може да се обслужва сам или с помощта на близките;

2.5. при изписване на пациента задължително се извършва ФИД (за лица над 6годишна възраст);

2.6. отзвучаване симптомите и белезите на остра екзацербация.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вие имате право да бъдете подробно информиран за заболяването си и неговата фаза.

Вие ще бъдете информиран за всички необходими изследвания, уточняващи Вашата точна диагноза, за рисковете, които те крият и начина по който се извършват.

Вие трябва да бъдете подробно запознат с начините на лечение на заболяването Ви, както и за всички възможни вредни последици от прилагането на медикаментозно лечение.

Всички изброени по-горе разяснения нямат за цел да Ви обезпокоят. Те целят Вашата пълна информираност, за да можете да вземете решение дали да приемете предложените диагностични и лечебни методи. Правата на пациентите в Република България съгласно действащото в страната законодателство Ви гарантират следните възможности:

– Право на достъп до медицинска помощ.
– Пълна информация.
– Право на съгласие\право на самоопределяне, право на автономия.
– Право на тайна, и др.

Вие сте с кистозна фиброза.

Ще Ви бъдат извършени различни изследвания, включително и функционално изследване на дишането, кръвно – газов анализ, биохимично изследване на кръв, микробиологични, рентгенови, както и всички други изследвания, при необходимост.

Лечението ще включва: кортикостероиди, антибиотици, кислородолечение, както и други терапевтични средства, за които ще бъдете информирани и ще бъде взето Вашето съгласие да бъдат извършени.

Молим Ви да прочетете внимателно написания по-долу текст и при съгласие да подпишете.

Д-р……., като мой лекуващ лекар и екипът на съответното звено да поемат грижите и лечението на моето заболяване, обяснено ми като……

Беше ми обяснено, че в диагностичното уточняване и лечение на моето заболяване са предвидени следните процедури

……
……

…….. Приемам ги и потвърждавам писмено това.

Уведомен/а съм, че в хода на диагностично-лечебния процес моя лекуващ лекар може да открие други, различни от заболяването ми нарушения в здравето. Ако последните изискват други, различни от планираните методи, то аз упълномощавам моя лекуващ лекар и екипа, в който работи да ги извършат.

Съгласен/а съм (не съм съгласен/а) да бъдат използвани кръв и кръвни продукти в моето лечение.

Наясно съм, че не мога да получа пълни гаранции за резултата от лечението.

Наясно съм, че при неприлагане на необходимото лечение съществуват сериозни рискове за моето здраве.

Обяснено ми е, че съществува вероятност при диагностично-терапевтичните процедури да се получат усложнения.

Съгласен съм да бъдат извършени всички необходими изследвания и процедури за установяване на причините при евентуален неблагоприятен изход от заболяването.

Обяснено ми е, че в хода на диагностичния процес може да се наложи извършване на фиброброхоскопия с цел диагноза и лечение – добиване на секрети за микробиологична диагноза, отстраняване на гнойни секрети и колекции.

Обяснена ми е необходимостта да се провежда при необходимост продължително антибиотично лечение, въведено по венозен път.

Предоставена ми беше възможност да задавам въпроси относно рисковете и опасностите, свързани с процедурите (диагностични и лечебни), които ще ми бъдат прилагани. Считам, че съм получил достатъчно информация, за да дам съгласие за използването им.

Декларирам, че настоящия формуляр ми бе разяснен, прочел съм го и съм наясно със съдържанието му.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип.

Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

Както вече Ви е известно, Вие страдате от хронична обструктивна белодробна болест. Това е заболяване на дихателните пътища и белите дробове, като основно оплакване е затруднението в дишането. Това е хронично заболяване, което може да прогресира и да наложи приемането Ви по спешност в болница за лечение. Това е необходимо, защото с провежданото в домашни условия лечение не винаги може да се постигне желаният резултат.

Вашият лекар е преценил, че за по-нататъшното Ви лечение е необходимо да постъпите в болница, където ще бъдете лекувани в условията на спешно/интензивно отделение, поради значително нарушената функция на белия Ви дроб.

През времетраенето на периода на лечение Вие ще трябва да провеждате назначеното Ви лечение, да спазвате предписания режим, както и да съобщавате на лекуващия Ви лекар всички възникнали оплаквания или проблеми, които счетете за важни.

Вашият престой в клиниката ще продължи до стабилизиране на състоянието Ви. Ще Ви бъдат извършвани различни изследвания, включително изследвания на дишането, газов анализ на артериална кръв, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белия дроб, както и други допълнителни изследвания при

необходимост. За тях ще бъдете допълнително информирани преди съгласието Ви да бъдат извършени.

Вашето лечение ще включва лекарства, които разширяват дихателните пътища (бронходилататори) и потискат тяхното възпаление (кортикостероиди), а ако се прецени за необходимо - антибиотик, кислород и др., за което ще бъдете информирани. Те ще бъдат прилагани венозно, през устата и чрез инхалации, в зависимост от изискванията за всяко конкретно лекарство.

По принцип Ваши близки могат ежедневно да посещават клиниката, но е желателно посещенията при Вас да бъдат приблизително по едно и също време и да бъдат съобразени с условията в отделението, където сте настанени и възможностите на лекуващия Ви екип.

Ние ще следим Вашето здравословно състояние в продължение на целия престой от деня, в който Ви приемем в болницата, докато състоянието Ви се подобри и стане възможно изписването Ви или Вие сам решите да се откажете от активно лечение.

Какво ще стане след Вашето постъпване в болницата?

Лекуващият Ви лекар ще Ви прегледа, разпита и ще назначи необходими изследвания, които до този момент не са направени преди настаняването Ви в отделението. Те могат да включват изследване на дишането, ЕКГ, рентгенови изследвания, вземане на проба кръв за газов анализ (от артерия) и лабораторни изследвания (от вена), както и други необходими изследвания, за които Вие ще бъдете информирани, ако се наложи.

След първоначалната оценка ще Ви бъде назначено лечение със: средства, които разширяват бронхите, кислород, противовъзпалителни препарати, както и други медикаменти според състоянието Ви. Ако състоянието Ви не се подобри, влошавате се или изпитвате дихателна умора, може да се наложи провеждане на механично подпомагане на дишането.

При всички случаи от Вас ще се иска активно съдействие при вземане на всяко едно решение по отношение на лечебните процедури. Ако по време на лечението почувствате неприятни странични ефекти, можете да поискате от лекуващия Ви екип да преоцени състоянието Ви и съответно при нужда да коригира лечението.

Ако по време на лечението пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по нататъшното Ви здравословно състояние.

Ако в течение на този престой имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията или правата Ви като пациент, или ако смятате, че сте получили увреждане, свързано с лечението, моля обръщайте се към своя или дежурния лекар по всяко време.

Ако решите да се откажете от лечение, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип. Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за Вашето здраве.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛИТЕ НА ДЕТЕ С ВРОДЕНО ЗАБОЛЯВАНЕ НА БРОНХОБЕЛОДРОБНАТА СИСТЕМА (МУКОВИСЦИДОЗА)

Уважаеми родители,

Вашето дете е с вродено заболяване на бронхобелодробната система.

Вашият лекар е преценил, че за подобряване състоянието и изследване на Вашето дете, е необходимо приемането му в болница. Престоят на детето Ви ще продължи до стабилизиране на неговото състояние. Ще му бъдат извършени различни изследвания, включително функционално изследване на дишането (ФИД), кръвно-газов анализ, биохимично изследване на кръвта, микробиологични изследвания, рентгеново изследване на белите дробове, както и други изследвания (при необходимост).

Лечението ще включва лекарства, които ще разширяват дихателните пътища, кортикостероиди, антибиотично лечение, кислородолечение и други терапевтични средства, за които ще бъдете предварително информирани и ще бъде взето съгласието Ви да бъдат извършени.

Детето може да се посещава само от двамата родители, които имат право на цялата информация за здравното му състояние. При развод, сведение получава само родителят, който юридически има права за грижи над детето. При наличие на дете, чийто родители нямат сключен

брак, правата върху детето се установяват с едновременно писмено съгласие и данни за самоличност на двамата родители, отразено в история на заболяването.

Вие ежедневно можете да посещавате детето си в определено от лекуващия лекар време.

Сведение за състоянието на Вашето дете можете да получавате само от лекуващия го лекар.

Ние ще следим здравословното състояние на Вашето дете в продължение на целия престой - от деня на приемане до деня на изписване. След подобряване състоянието на детето Ви, ще може да бъде изписано или Вие сами можете да решите да се откажете от болнично лечение на Вашето дете, когато пожелаете.

Ако по време на лечението на Вашето дете, пожелаете да го прекратите, можете да направите това по всяко време, без да сте длъжни да давате обяснения. Необходимо е обаче да изразите това свое желание писмено, като с това си действие освобождавате лекуващия екип от отговорността за по нататъшното здравословно състояние на Вашето дете.

Ако в течение на този престой имате каквито и да е въпроси относно вида на лечението, изследванията или правата на Вашето дете като пациент, или ако смятате, че Вашето дете е получило увреждане, свързано с лечението, моля обръщайте се към лекаря на Вашето дете или дежурния лекар по всяко време.

Ако решите да се откажете от лечение на Вашето дете, не може да Ви се търси отговорност. В такъв случай обаче Вие нямате основание да търсите отговорност от лекуващия Ви екип. Моля Ви да помните, че всички наши действия са насочени само към грижите за здравето на Вашето дете.

Кистозната фиброза е известна още като муковисцидоза.

Муковисцидозата е мултисистемно обменно заболяване с автозомно-рецесивен път на унаследяване. Засяга екзокринните жлези. Проявите на болестта могат да се наблюдават и в редица други органи и системи. Най-сериозни са пораженията в:

Дихателната и храносмилателната система.

Хронични бронхопулмонални възпаления с нарушен мукоцилярен клирънс.

Панкреатична екзокринна инсуфициенция.

Причината за възникването на кистозна фиброза е специфична.

Муковисцидозата е наследствено генетично заболяване. То се проявява, когато човек унаследи от клинично здравите си родители 2 мутации (по една от всеки) в CFTR („муковисцидозния") ген. Рискът за повторение на заболяването в поколението при следваща бременност е закономерно много висок – 25%. Доказването на мутациите при пациента и родителите дава възможност за оценка на риска в конкретното семейство и при близки родственици. Това е единствената възможност за извършване на дородова (пренатална) диагностика след 11 седмица на бременността или преди ин витро при следваща бременност при рисковите семейства. На всички семейства с поставена диагноза муковисцидоза, след положителен потен тест, се предлага генетична консултация и доказване на мутациите. Не доказването на двете мутации (в 10% от семействата) не отхвърля диагнозата муковисцидоза след положителен резултат от проведен диагностичен потен тест.

Честотата на заболяването е 1: 3300 новородени, а на носителите 1:30.

Генът, отговорен за Муковисцидозата е разположен върху дългото рамо на хромозома 7(промозом 7q31.2)и е изграден от 230 килобазални двойки, 27 ексона, описващи се в 6 500 бази. Известен е под наименованието Cystic Fibrosis Transmembrane Conduktor Regulator(CFTR).Отговорен е за синтезата на патологично кодиран трансмембранен регулаторен белтък, наречен CFTR-протеин. Веригата му се състои от 1480 аминокиселини с молекулно тегло от 140 до 170кDa. Съдържа 5 домена: два сегмента, които обхващат мембраната на епителните клетки (TM1,TM2), две цитозолни нуклеотидни връзки (NBF1,NBF2) и един регулатотен R-домен. Протеинът е сигнално управляем 6-8pS хлориден канал с линейна характеристика на тока и напрежението. Участва в регулацията на епителния йонен транспорт и в общите процеси на клетката, като енергиен обмен и апоптоза е локализиран предимно в апикалната мембрана на секреторните епителни клетки. CFTR-генът е с голяма вариабилност. По настоящем са известни над 1000 мутации, благодарение на, които се наблюдават многообразните патологоанатомични и функционални изменения в екзокринните жлези, белите дробове, черния дроб, гастроинтестиналния тракт.

Рискът да се роди болно дете при хетерозиготни родители е 25%. За здраво дете рискът е 50%, а за хетерозиготно дете е 25%.

Клиничната картина при кистозна фиброза е различна при различните възрастови групи.

1) При раждането:

Пролонгиран иктер.

Мекониум перитонит.
Мекониум илеус.

2) През първата година от живота:
Фамилна анамнеза за смърт в ранна детска възраст или за живи деца с подобни симптоми.
Хипопротеинемия-едем.
Хронична хипоелектролитемя, поради малабсорсционния синдром.
Топлинна прострация и дехидратация в горещо време.
Наподобяващ този при асцит;балониран корем,ректален пролапс.
Гастроезофагиален рефлукс(ГЕР).
Чести дефекации над 4 пъти изхождания за денонощие.
Зловонно миришещ неоформен фецес.
Хронична диария.
Ненаддаване на тегло.
Периорална цианоза;персистираща упорита кашлица и"свиркане на гърдите".
Рецидивираща или хронична пневмония.

3) В предучилищна възраст:
Хепатомегалия и необияснимо чернодробно заболяване; хипоелектролитемия и метаболитна алкалоза.
Хипотонична дехидратация.
"Кристалчета сол по кожата".
Невинаги е налице периорална цианоза.
"Барабанни палки и нокти тип часовниково стъкло".
Инвагинация.
Обилна и честа дефекация със зловонна миризма.
Тежест в епигаструма, придружена с флатуленция поради малдигесцията.
Абдоминална болка, често наподобяваща болката при остър хирургичен корем. Тенезми.
Ректален пролапс.
Бавно наддаване на ръст и тегло.
Хронична бронхиална обструкция.
Персистираща кашлица, най-често с продуктивна експеторация.

4) В училищна възраст:
Захарен диабет с респираторни симптоми.
Ректален пролапс.
Панкреатит.
Дистален интестинален обструктивен синдром (DIOS) –ГЕР.
Хронична диария.
"Барабанни палки" и нокти тип часовниково стъкло.
Бронхиектазии.
Рецедивиращи пневмонии.
Хроничен синузит-засегнати са наи-често махиларните синуси.
Назална полипоза.
Псеовдомонас аеругиноза в храчка.
Хронична необяснима респираторна симптоматика.

5) В млада и зряла възраст:
Намалена фертилност у жените.
Стерилитет у мъжете с азоспермия.
Астеничен хабитус и забавяне в сексуалното развитие.
Чернодробна цироза с портална хипертония.
Захарен диабет, придружен с белодробни оплаквания.
Панкреатити.
"Барабанни палки".
Хронично белодробно заболяване.

За диагнозата кистозна фиброза основно значение имат:
- Повишени стойности на хлоридите в потта.
- Клинична симптоматика от страна на белите дробове.
- Клинична симптоматика от страна на гастроинтестиналния тракт, панкреаса и черния дроб.
- Фамилна обремененост.

При наличието на няколко от клиничните признаци, особено при комбинацията им от гастроинтестиналния тракт и белите дробове, задължително се прави потен тест.
Положителният потен тест е сигурен метод за доказване на муковисцидоза.

Лечението на заболяването не е лесна задача. За ефикасно повлияване клиниката на заболяването, за достигане на по-дълготрайна ремисия и по-добро качество на живот е необходима комплексна, дълготрайна и ефикасна терапия, която да атакува едновременно по-голямата част от симптомите особено тези, които са с разрушителен ефект.

КП № 113.1 ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА СВЕТОВЪРТЕЖ, РАЗСТРОЙСТВА В РАВНОВЕСИЕТО ОТ ПЕРИФЕРЕН И ЦЕНТРАЛЕН ТИП

Минимален болничен престой 48 часа

КП № 113.2 ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА СВЕТОВЪРТЕЖ, РАЗСТРОЙСТВА В РАВНОВЕСИЕТО ОТ ПЕРИФЕРЕН И ЦЕНТРАЛЕН ТИП

1.Минимален болничен престой 4 дни

За КП №113.1- диагностична

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Злокачествено новообразуване на носоглътката (назофарингс)

C11.0 Горна стена на назофаринкса
Свод на назофаринкса

Злокачествено новообразуване на окото и неговите придатъци

C69.6 Орбита
Съединителна тъкан на орбитата
Екстраокуларен мускул
Периферни нерви на орбитата
Ретробулбарна тъкан
Ретроокуларна тъкан
Не включва: орбитална кост (C41.0)

Злокачествено новообразуване на мозъчните обвивки (менинги)

C70.0 Церебрални менинги

Злокачествено новообразуване на главния мозък

Не включва: черепномозъчни нерви (C72.2—C72.5)
ретробулбарна тъкан (C69.6)

C71.0 Главен мозък, с изключение на дяловете (лобове) и стомахчетата (вентрикули)
Мазолесто тяло (Corpus callosum)
Надмозъчна обвивка (супратенториум) БДУ

C71.1 Фронтален лоб

C71.2 Темпорален лоб

C71.3 Париетален лоб

C71.4 Окципитален лоб

C71.5 Мозъчно стомахче
Не включва: четвъртия вентрикул (C71.7)

C71.6 Малък мозък

C71.7 Мозъчен ствол
Четвърти вентрикул
Подмозъчна обвивка (инфратенториум) БДУ

C71.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на главния мозък

C75.1 Хипофиза

C75.2 Краниофарингеален канал

C75.3 Епифизна (пинеална) жлеза

Вторично злокачествено новообразуване с други локализации

C79.3 Вторично злокачествено новообразуване на главния мозък и мозъчните обвивки

Доброкачествено новообразуване на мозъчните обвивки (менингите)

D32.0 Обвивки на главния мозък

Доброкачествено новообразуване на главния мозък и други части на централната нервна система

Не включва: ангиом (D18.0)
менинги (D32.—)
периферни нерви и вегетативна нервна система (D36.1)
ретроокуларна тъкан (D31.6)

D33.0 Главен мозък, супратенториум
Мозъчно стомахче
Церебрум
Фронтален
Окципитален
Париетален } лоб
Темпорален

Не включва: четвърто стомахче (D33.1)

D33.1 Главен мозък, инфратенториум
Мозъчен ствол
Малък мозък
Четвърто стомахче

Доброкачествено новообразуване на други и неуточнени ендокринни жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27)
тестис (D29.2)
тимус (D15.0)

D35.2 Хипофиза
D35.3 Краниофарингеален канал
D35.4 Епифизна (пинеална) жлеза

Новообразуване с неопределен или неизвестен характер на мозъчните обвивки

D42.0 Менинги на главния мозък

Новообразуване с неопределен или неизвестен характер на главния мозък и централната нервна система

Не включва: периферни нерви и вегетативна нервна система (D48.2)

D43.0 Главен мозък, супратенториум
Мозъчно стомахче
Церебрум
Фронтален
Окципитален
Париетален } лоб
Темпорален

Не включва: четвърто стомахче (D43.1)

D43.1 Главен мозък, инфратенториум
Мозъчен ствол
Малък мозък
Четвърто стомахче

Новообразуване с неопределен или неизвестен характер на ендокринните жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D37.7)
яйчник (D39.1)
тестис (D40.1)
тимус (D38.4)

D44.3 Хипофиза
D44.4 Краниофарингеален канал
D44.5 Епифизна (пинеална) жлеза

Субарахноидален кръвоизлив

Включва: руптура на мозъчна аневризма
Не включва:последици от субарахноидален кръвоизлив (I69.0)

I60.0 Субарахноидален кръвоизлив от сифона и бифуркацията на каротидната артерия

I60.1 **Субарахноидален кръвоизлив от средната мозъчна артерия**
I60.2 **Субарахноидален кръвоизлив от предната свързваща артерия**
I60.3 **Субарахноидален кръвоизлив от задната свързваща артерия**
I60.4 **Субарахноидален кръвоизлив от базиларната артерия**
I60.5 **Субарахноидален кръвоизлив от вертебралната артерия**
I60.6 **Субарахноидален кръвоизлив от други интракраниални артерии**
Множествено засягане на интракраниални артерии
I60.7 **Субарахноидален кръвоизлив от интракраниална артерия, неуточнен**
Руптура на (вродена) гроздовидна аневризма БДУ
Субарахноидален кръвоизлив от:
• мозъчна
• свързваща артерия БДУ
I60.8 **Друг субарахноидален кръвоизлив**
Менингеален кръвоизлив
Руптура на мозъчен артериовенозен дефект

2.1. За КП № 113.2: КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Наследствена атаксия
Не включва: наследствена и идиопатична невропатия (G60.—)
детска церебрална парализа (G80.—)
разстройства на обмяната на веществата (E70—E90)
G11.0 **Вродена непрогресираща атаксия**
G11.1 **Ранна малкомозъчна атаксия**
Забележка: Започва обикновено преди 20-годишна възраст.
Ранна малкомозъчна атаксия с:
• есенциален тремор
• миоклонии [атаксия на Hunt]
• запазени сухожилни рефлекси
Атаксия на Friedreich (автозомно-рецесивна)
Х-свързана рецесивна спиноцеребеларна атаксия
G11.2 **Късна малкомозъчна атаксия**
Забележка: Започва обиконовено след 20-годишна възраст.
G11.3 **Малкомозъчна атаксия с нарушение във възстановяването на ДНК**
Атаксия — телеангиектазия [синдром на Louis-Bar]
Не включва: синдром на Cockayne (Q87.1)
пигментна ксеродермия (Q82.1)
G11.4 **Наследствена спастична параплегия**
G11.8 **Друга наследствена атаксия**

Нарушение на вестибуларната функция
Не включва: световъртеж:
• БДУ (R42)
• епидемичен (A88.0)
H81.0 **Болест на Meniere**
Ендолимфатичен хидропс
Синдром, или вертиго, на Meniere
H81.1 **Доброкачествен пароксизмален световъртеж**
H81.2 **Вестибуларен невронит**
H81.3 **Други периферни световъртежи**
Синдром на Lermoyez
Световъртеж:
• отогенен
• слухов
• периферен БДУ
H81.4 **Световъртеж от централен произход**
Централен позиционен нистагъм
H81.8 **Други нарушения на вестибуларната функция**
H81.9 **Нарушение на вестибуларната функция, неуточнено**
Синдром на световъртеж БДУ

Други болести на вътрешното ухо

H83.0 Лабиринтит
H83.1 Лабиринтна фистула
H83.2 Лабиринтна дисфункция
Повишена чувствителност
Хипофункция
Загуба на функции
} на лабиринта

2.2. ОСНОВНИ ДЕАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1952 Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

1955 Компютърна томография на средно ухо и слепоочна кост (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350) [1966]

56016-00 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост,едностранно

56016-01 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-02 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, едностранно

56016-03 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-04 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост, двустранно

56016-05 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, двустранно

56016-06 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, двустранно

56016-07 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, двустранно

1968 Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

Ехография
Ултрасонография

1940 Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

2015 Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

1825 Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

1820 Физиологична оценка

Забележка: Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други физикални тестове

Не включва: такава, които са част от:
- оценка на стареене (96023-00 [1824])
- тестване на развитие (96184-00 [1824])
- генетична оценка (96035-00 [1824])
- психическа или поведенческа оценка (96175-00 [1823])

96008-00 Неврологична оценка

96009-00 Слухово функционална оценка
Не включва: такава за определяне нужда от устройство, подпомагащо слуха (96024-00 [1822])

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1826 Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)
Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1845 Тестове на вестибуларна функция

11339-00 Електронистагмография

96064-00 Други тестове на вестибуларна функция

96063-00 Оценка на вестибуларна функция чрез въртящ се стол

Включва: фиксирано подтискане
обикновено хармонично усилване
спонтанен нистагъм
трапецоиди

1836 Тестове за слухова функция

Аудиометрия на чист тон

11312-00 Аудиометрия на въздушна и костна проводимост, стандартна техника

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва:хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Изискване: Изискване: КП № 113 се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични процедури (от които задължително 56001-00, 56007-00, 56016-00 или 56016-01 или 56016-02 или 56016-03 или 56016-04 или 56016-05 или 56016-06 или 56016-07 или 55028-00, 55032-00) и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури,** насочени към основната диагноза.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, с изключение на тези по преценка на лекуващия лекар, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите на изписване на пациент по КП 113.1, с изпълнени условия по АПр № 99, за насочване за спешно хирургично лечение на тумор в друго лечебно заведение, престоят може да бъде до 12 часа.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум II ниво на компетентност съгласно медицински стандарт по „Ушно-носно-гърлени болести", и минимум II ниво на компетентност съгласно медицински стандарт по „Нервни болести".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по УНГ или отоневрология или Клиника/отделение по неврология
2. Клинична лаборатория*
3. Кабинет (апарат) за доплер сонография
4. Аудиологичен кабинет – за структури по УНГ II ниво съгласно изискванията на стандарт "УНГ болести"
5. Образна диагностика (рентгенов апарат) – за структури по УНГ II ниво съгласно изискванията на стандарт "УНГ болести"
6. ОАИЛ/КАИЛ (за лица под 18 години)

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести/ УНГ болести.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
2. Рентгенов апарат за скопия и графия – за структури по нервни болести II ниво съгласно изискванията на медицински стандарт „Нервни болести"
3. Отделение (лаборатория) по клинична патология
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари със специалност по нервни болести

или

двама лекари със специалност по "УНГ болести"

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика за структурите по УНГ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари със специалност по нервни болести

или

лекар със специалност по детска неврология

или

двама лекари със специалност по "УНГ болести"

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика за структурите по УНГ.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За Доплерова сонография (невросонология) – лекар със специалност по нервни болести или друг специалист с допълнителна квалификация за извършване доплерова сонография, удостоверена чрез сертификат.

За извършване на отоневрологични изследвания – лекар със специалност по нервни болести и допълнителна квалификация по отоневрология, удостоверена чрез сертификат, или лекар със специалност по УНГ-болести с опит в областта на отоневрологията (опита се доказва чрез проведен курс по отоневрология).

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика с поставяне на етиологична и топична диагноза и лечение при спешни състояния, характеризиращи се с кризи със световъртеж; изразен нистагъм, документиран с нистагмография; изявено нарушено равновесие с проява на нистагъм; вегетативни реакции - гадене, повръщане, както и:

- наличие на отологично заболяване - възпаление на средното ухо, холестеатома, намаление на слуха по сензоневрален или кондуктивен тип;
- наличие на общомозъчна или огнищна неврологична симптоматика - количествени нарушения на съзнанието, главоболие, засягане на черепно-мозъчни нерви, парези или парализи, отклонения в рефлексната дейност, сетивни нарушения, смутена координация, тазово-резервоарни нарушения, нарушение на висшите корови функции.
- Диагностично уточняване и корекция на терапевтичното поведение за лечение на обострени некризисни състояния, при доказана етиологична и топична диагноза, след изчерпване на възможностите за амбулаторно лечение, по искане на лекаря специалист по профила на заболяването.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

При наличие на комбинирани оториноларингологични и неврологични увреждания се прави оценка на риска от тежестта на заболяването и се осигуряват регулярни консултации и при необходимост се провеждат манипулации от съответните специалисти.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Оториноларингологичен преглед се извършва до 48 час от хоспитализацията на пациента, или в рамките на болничния престой.

2. Аудиограма/тимпанометрия - извършва се в рамките на болничния престой, при пациенти с периферен отоневрологичен синдром.

3. Отоневрологична оценка се извършва в рамките на болничния престой.

4. Изследването на кръв се извършва до 24-ия час от хоспитализацията.

5. Рентгенография по Шулер (при необходимост) се извършва до 24 - 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

6. Доплер-сонография се провежда при необходимост, в рамките на болничния престой.

7. КТ се провежда в рамките на болничния престой.

8. Резултатите от проведена в амбулаторни условия ЕЕГ се признават до 30 дни от датата на изследването.

Всички болни, постъпили по клинична пътека "Диагностика и консервативно лечение на световъртеж, разстройства в равновесието от периферен и централен тип" до 48 часа от постъпването в съответно клиника/отделение (УНГ, неврологично, специализирано отоневрологично) се преглеждат от специалист по УНГ болести или специалист по нервни болести. При нужда се провежда съвместно лечение от специалист по нервни болести и специалист по УНГ болести.

Диагностичният процес в болничното заведение включва:

1. Локализиране на болестния процес – вътрешно ухо, слухово-вестибуларен нерв, мозъчен ствол, главен мозък.

2. Поставяне на етиологична диагноза – инфекция, съдов инцидент, демиелинизация, неопластичен процес, травма, системно заболяване, токсично/ототоксично увреждане.

От особено значение е топичната диагноза. Наличието на спонтанен нистагъм е израз на статичен дисбаланс във вестибуларната система; потискането на нистагъма от зрителна фиксация сочи вероятно периферна (лабиринтна) причина за световъртежа. Наличието на вертикален, кос или чисто ротаторен нистагъм е израз на централна дисфункция.

Отклоненията в очедвигателните тестове – забавена латентност на сакадата, нарушени следящи очни движения, са индикатор за централна (голямомозъчна или вестибуло-церебеларна дисфункция).

Наличието на статичен позиционен нистагъм е индикатор за вестибуларна дисфункция; смяната на посоката на нистагъма при различните позиции говори за централна увреда, а запазването на посоката за периферна; потискането на нистагъма от зрителна фиксация е индикатор за периферна увреда.

Наличието на нистагъм при разклащане на главата е израз на динамичен дисбаланс във вестибуларната система. Най-точно локализацията и степента на увреждане се определят с помощта на калорична стимулация на лабиринта и изчисляване на дирекционен препондеранс и калорична пареза. Количественото определяне на всички параметри се прави с помощта на електронистагмография.

Важно за лечението е поставянето на етиологична диагноза. В много случаи етиологичното изясняване на оплакванията е невъзможно, защото някои от заболяванията на вестибуларния апарат са идиопатични, а и вземането на биопсичен материал от вътрешното ухо е трудно. За изясняване на етиологичната диагноза се използват следните методи:

- доплерова сонография;
- компютърна томография;
- магнитно-резонансна томография;
- електроенцефалография;
- клинико-лабораторни методи;
- рентгенография на глава и шия.

Принципи на лечение на световъртеж и нарушено равновесие:

- хидратация с водно-солеви разтвори в зависимост от тежестта на протичане и изразеността на вегетативните прояви;
- противоедемна терапия с mannitol 10% в дози 0,5-1,5 mg/kg;
- антиеметични средства;
- вестибуларни супресанти: - церебрални вазодилататори;

- ноотропни медикаменти;
- витаминолечение - показани са витамини от групата В и витамин С;
- анксиолитици при наличие на остра тревожност.

При наличие на съпътстващи соматични или психични заболявания се включва съответното лечение след консултация.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след отоневрологично изследване и при необходимост - допълнителни високоспециализирани и невроизобразяващи изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и:

- стациониране и/или подобряване на вертижния синдром;
- стациониране и/или подобряване на острата вестибуларна симптоматика;
- установяване на етиологичната и топичната диагноза и стабилизиране на общото състояние - стациониране на огнищната неврологична и общомозъчна симптоматика.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Световъртежът и нарушеното равновесие са сред най-честите оплаквания на населението, засягащи между 30 и 50% от общата популация. Те са сред водещите причини за инвалидизация, особено сред по-възрастните пациенти.

Световъртежът и нарушеното равновесие са синдроми на различни заболявания. Някои от тези заболявания са доброкачествени и напълно лечими, но понякога може да се касае за сравниелно тежко и опасно страдание, поради което поставянето на своевременна и точна диагноза е от съществено значение.

Причина за равновесни разстройства могат да бъдат различни заболявания:

- заболявания на нервната система;
- оториноларингологични заболявания;
- психични разстройства;
- заболявания на различни телесни органи и системи – сърдечносъдова, дихателна, ендокринна и др.

Остро настъпилите световъртежи и равновесни нарушения изискват незабавен преглед от Вашия общопрактикуащ лекар, който ще направи основни изследвания и ще Ви насочи към невролог или оториноларинголог. По преценка на специалиста ще бъдете насочени към болницата.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия ОПЛ, с невролога от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 114 ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА КОМАТОЗНИ СЪСТОЯНИЯ, НЕИНДИЦИРАНИ ОТ ТРАВМА

1. Минимален болничен престой – 2 дена

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Други увреждания на главния мозък

G93.1 Аноксично увреждане на главния мозък, некласифицирано другаде
Не включва: усложнения при:
- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
- бременност, раждане или родоразрешаване (O29.2, O74.3, O89.2)
- хирургична и медицинска помощ (T80—T88)

неонатална аноксия (P21.9)

Сомнолентност, ступор и кома
Не включва: кома:
- диабетна (E10—E14 с общ четвърти знак .0)
- чернодробна (K72.—)
- при новородено (P91.5)
- уремична (N19)

R40.2 Кома с неустановен произход
(кома по Глазгоу кома скала - GCS)

R99 Други недобре определени и неуточнени причини за смърт
Мозъчна смърт

T68 Хипотермия
Случайна хипотермия
Не включва: измръзване (T33—T35)
хипотермия:
- съпровождаща анестезия (T88.5)
- на новородено (P80.—)
- несвързана с ниска температура на околната среда (R68.0)

T71 Асфиксия
Удушаване (чрез странгулация)
Системна кислородна недостатъчност поради:
- ниско кислородно съдържание в околната среда
- механично препятстване на дишането

Не включва: аноксия, обусловена от голяма височина (T70.2)
асфиксия от:
- въглероден окис (T58)
- инхалация на храна или чуждо тяло в дихателните пътища (T17.—)
- други газове, дим и пàри (T59.—)

респираторен дистрес (синдром) при:
- възрастни (J80)
- новородено (P22.—)

Въздействие на други външни причини

T75.1 Удавяне и несмъртоносно потъване във вода
Потъване във вода
Крампи на плувците

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция
39000-00 Лумбална пункция

Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Компютърна томография на хипофизна ямка (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56010-00 Компютърна томография на хипофизна ямка

56010-01 Компютърна томография на хипофизна ямка с интравенозна контрастна материя

56010-02 Компютърна томография на хипофизна ямка и мозък

56010-03 Компютърна томография на хипофизна ямка и мозък с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на орбита (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56013-00 Компютърна томография на орбита

56013-01 Компютърна томография на орбита с интравенозна контрастна материя

56013-02 Компютърна томография на орбита и мозък

56013-03 Компютърна томография на орбита и мозък с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на средно ухо и слепоочна кост (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350) [1966]

56016-00 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост,едностранно

56016-01 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-02 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, едностранно

56016-03	Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, едностранно
56016-04	Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост, двустранно
56016-05	Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, двустранно
56016-06	Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, двустранно
56016-07	Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, двустранно

Компютърна томография на лицева кост и/или параназален синус (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56022-00	Компютърна томография на лицева кост
56028-00	Компютърна томография на лицева кост с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на лицева кост, без, след това с венозен контраст
56022-01	Компютърна томография на параназален синус
56028-01	Компютърна томография на параназален синус с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на околоносен синус, без, след това с венозен контраст
56030-00	Компютърна томография на лицева кост, параназален синус и мозък
56036-00	Компютърна томография на лицева кост, параназален синус и мозък с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на лицева кост, околоносен синус и мозък, без, след това с венозен контраст
56022-02	Компютърна томография на лицева кост и параназален синус
56028-02	Компютърна томография на лицева кост и параназален синус с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на лицева кост и околоносен синус, без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на мозък, гръден кош и корем

Включва: горен полукорем

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

57001-00	Компютърна томография на мозък и гръден кош
57007-00	Компютърна томография на мозък и гръден кош с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на мозък и гръден кош, без, след това с венозен контраст
56301-01	Компютърна томография на гръден кош и корем
56307-01	Компютърна томография на гръден кош и корем с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на гръден кош и корем, без, след това с венозен контраст
57001-01	Компютърна томография на мозък, гръден кош и корем
57007-01	Компютърна томография на мозък, гръден кош и корем с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на мозък, гръден кош и корем, без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на шия

Включва: ларинкс
фаринкс
слюнчена жлеза
горен хранопровод

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
такава за шиен гръбнак (виж блок [1959])
такава при сканиране на глава, корем и таз (56801-00, 56807-00 [1961])

56101-00 Компютърна томография меки тъкани на шията

56107-00 Компютърна томография меки тъкани на шия с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография меки тъкани на шия, без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56220-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, цервикален отдел

56224-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, цервикален отдел
Компютърна томография на шиен гръбнак, без, след това с венозен контраст

56221-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, торакален отдел

56225-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, торакален отдел
Компютърна томография на гръден гръбнак, без, след това с венозен контраст

56223-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, лумбосакрален отдел

56226-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, лумбосакрален отдел
Компютърна томография на лумбосакрален гръбнак, без, след това с венозен контраст

56233-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели

56234-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели
Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст

90912-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, неуточнен регион

90912-01 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, неуточнен регион
Компютърна томография на неуточнен отдел на гръбнак, без, след това с венозен контраст

56219-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интратекално приложение на контрастна материя

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на гръден кош, корем и таз

Включва: кост
меки тъкани

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56801-00 Компютърна томография на гръден кош, корем и таз

56807-00 Компютърна томография на гръден кош, корем и таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош, корем и таз без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и
  - мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
    - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

56407-00 Компютърна томография на корем с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на корем без, след това с венозен контраст

56549-01 Компютърна томография на дебело черво
Компютърна томография на дебело черво, след частична колоносколия
Виртуална колоноскопия

Компютърна томография на корем и таз

Включва: кост
бъбрек, уретер и мехур
меки тъкани

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
тази при сканиране на гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])

56501-00 Компютърна томография на корем и таз

56507-00 Компютърна томография на корем и таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на корем и таз без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на таз

Включва: кост
регион от криста илиака до симфиза
меки тъкани

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
такава при сканиране на:
- корем (56501-00, 56507-00 [1963])
- корем и гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])

56409-00 Компютърна томография на таз

56412-00 Компютърна томография на таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на таз, без, след това с венозен контраст

57201-00 Пелвиметрия чрез компютърна томография
Измерване на обем и диаметър на таз чрез компютърна томография

Компютърна томография на крайник

Включва: ръка
кост
пръст
крайници
крак
меки тъкани

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56619-00 Компютърна томография на крайник

56625-00	Компютърна томография на крайник с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на крайник, без, след това с венозен контраст
Друга електрокардиография [ЕКГ]	
	Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854]) тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])
11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] *Не включва*: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода ЕКГ (с 12 и повече отвеждания)
Мониторинг на съдово налягане	
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
11600-02	Мониториране на централно венозно налягане
1858	**Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи**
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
1926	**Микробиологични изследвания**
92182-00	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка
92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност *Включва*: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
91937-01	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура
91937-02	Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
1933	**Химико-токсикологични изследвания**
91919-18	Мониториране на токсични нива на медикаменти и/или други токсични субстанции
1926	**Микробиологични изследвания**
91932-00	Микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма за бактериална намазка
91920-02	Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност *Включва*: урокултура антибиограма
1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-08	Изследване на време на кървене
91913-04	Изследване на време на съсирване
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген

1924	Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Креатинкиназа (КК)
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

Не включва: самостоятелно обслужване на трахеостомия (90179-06 [568])

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96153-00 Хидротерапия
Забележка: Външната употреба на вода, топла и/или студена, в терапевтично поведение на болест или травма. Използване на влажна топлина и гореща вода помага за успокояване на болката и подобрява циркулацията, подпомага релаксацията и намалява мускулния спазъм и включва мерки като топли вани, топли превръзки и компреси. Използване на студена вода помага за намаляване на телесната температура, намалява отока и свива кръвоносните съдове и включва мерки като студени превръзки, ледени компреси, студени вани и душ. Специално оборудване като резевоар на Hubbard или вани с джа-кузи са снабдени с устройства,които механично разклащат водата, осигурявайки по този начин фин масаж в допълнение към терапевтичните ефекти на топлината.
Не включва: хидродилатация на пикочен мехур (36827-00 [1108])
хидротубация на фалопиеви тръби (35703-01 [1248], 35703-00 [1258])
тези, които индуцират:
• хипертермия (92178-00 [1880])
• хипотермия (22065-00 [1880])

92178-00 Топлинна терапия
Хипертермична терапия
Включва: терапевтично поведение с използване на:
• загряващи превръзки
• инфрачервено облъчване
• микровълни
• къси вълни
• парафин

Забележка: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстра-корпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана като допъл-нение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирана от микровълни, ултразвук, ниско-енергийни радиочестотно провеждане или сонди.

Кодирай също когато е направена:
• химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)
• радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация)
термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна)
термокератопластика (90064 [173])
термосклеректомия (42746-03 [191])
термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])

• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Терапевтични интервенции на очи, уши, нос, уста и гърло

92032-00 Премахване на чуждо тяло от ларинкс без инцизия

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

92048-00 Отстраняване на вътрелуменно чуждо тяло от трахея и бронх без инцизия

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
  • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  • имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  • перфузия (виж блок [1886])
  • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин
Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath

• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-10 Мускулно приложение на фармакологичен агент, тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

96199-10 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-10 Подкожно приложение на фармакологичен агент, тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92052-00 Кардиопулмонална ресуситация

13400-00 Кардиовезия

	Дефибрилация Сърдечен електрошок Възстановяване на сърдечен ритъм чрез електростимулация *Не включва*: съпътстващо при кардиохирургия – пропусни кода
92055-00	Друга конверсия на сърдечен ритъм
92053-00	Затворен гръден сърдечен масаж Сърдечен масаж БДУ Външен ръчен сърдечен масаж

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични процедури (една от които задължително 56001-00 или 56007-00, когато състоянието на пациента позволява да бъде извършено изследването) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

За диагностичен код **Т68** клиничната пътека се счита за завършена ако са изпълнени задължително диагностичните процедури: 11700-00 и 13842-01 и следните терапевтични процедури: 96153-00 и 92178-00.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Анестезиология и интензивно лечение", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение", от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести", осъществявана на трето ниво на компетентност, в рамките на които се извършват и дейности по анестезиология и интензивно лечение най-малко на второ ниво на компетентност по медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение".

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАИЛ/ОАИЛ или Клиника/отделение по спешна неврология
2. Клинична лаборатория*
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по анестезиология и интензивно лечение.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология на територията на населеното място
2. КАТ или МРТ с осигурен 24-часов достъп, включително в условията на спешност – на територията на населеното място.
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение ;

В случаите, в които в отделението се осъществява интензивно лечение само по определена специалност, минималният брой на лекарите е четирима, от които поне един е със специалност „Анестезиология и интензивно лечение“, а останалите са със специалността, по която се осъществява интензивното лечение.

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Спешна диагностика и лечение на:

- всяко количествено нарушение на съзнанието, оценено по Глазгоу кома скала (GCS) със или без нарушение на основните жизнени функции, със или без необходимост от интубация;
- при пациенти с общо охлаждане се приема измерена анална температура под 35 градуса С.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на лечебно-диагностичен план.

- медико-диагностичните изследвания (вкл. КГА) се извършват до 12 часа от приемането;
- КАТ на глава и мозък до 48 час, при нестабилна хемодинамика - до края на хоспитализацията;
- контролна рентгенография се извършва при изписване от болницата по показания.

Съгласно медицински стандарт “Анестезия и интензивно лечение”:

- основна поддръжка на жизнените функции (BLS – азбука на живота);
- разширена поддръжка на жизнените функции (ALS – разширена азбука на живота).

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение":

- основна поддръжка на жизнените функции (BLS – азбука на живота);
- разширена поддръжка на жизнените функции (ALS – разширена азбука на живота).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:
- липса на необходимост от прилагане на средства и методи за основно поддържане на живота.

Пациентът постъпва в съответната клиника/отделение за лечение на основното заболяване.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъкът представлява сложна и високоорганизирана материя, която осъществява контрол над функциите на целия организъм. Съзнанието е висша дейност на мозъчната кора и неговата качествена изява, зависи от състоянието на кръвоснабдяване и кислородна доставка към мозъчната кора.

Комата е състояние на "несъбуждане и нереагиране". Човек в кома няма съзнание: не вижда, не чува, не говори. Причините за такова заболяване може да са съдови, токсични, аноксични (липса на кислород). В хода на някои тежки заболявания кома може да настъпи в резултат на обменни, електролитни и други нарушения. Под действие на съответната причина се нарушава снабдяването с кислород на мозъчната тъкан.

Клиничната оценка на дълбочината на комата се оценява по точкова скала на ГЛАЗГОУ. Колкото броят на точките е по-малък, толкова прогнозата е по-лоша. Продължителността на комата с нетравматичен произход е важен прогностичен фактор. След кома, с продължителност над 15 дни, рязко се влошава прогнозата и възможностите за възстановяване без тежка инвалидизация.

Будна кома е състояние, което се характеризира с подтискане на всички двигателни функции, на говора, на жестикулациите и мимиката. Отворените очи създават впечатление, че съзнанието е запазено. Може да има и опит за проследяване с очи, за издаване на звукове. Пациентът е без емоционални реакции и не изпълнява команди. Мускулният тонус е повишен. Могат да се наблюдават примитивни защитни движения.

Хронично вегетативно състояние. То е сходно или еднакво с будната кома и е резултат на прекарана мозъчна аноксия (липса на снабдяване с кислород на мозъчната кора) с последващи тежки структурни увреждания на кората на главния мозък. Болните могат да живеят дълго време при адекватни грижи, но без да възстановят висшите си психични функции и без да имат смислени поведенчески реакции, които да доказват, че са в съзнание. Словестният контакт с тях е невъзможен. Диагноза хронично вегетативно състояние се поставя, когато са преминали поне 3 месеца от началото на заболяването.

Лечението на пациентите в кома включва най-ранно специфично и неспецифично лечение. Пример за специфично лечение е прилагане на инсулин при диабетна кома, на глюкоза при хипогликемична кома, на диализа при уремична кома и т.н. Подтискане на дихателната активност изисква незабавно осигуряване на проходимост на дихателните пътища и включване на изкуствена (механична) белодробна вентилация (МВ). Това става чрез поставяне на интубационна тръба през устната кухина, като тя достига до трахеята на пациентите. Когато се прецени, че МВ ще продължава повече от 7-10 дни, се предприема извършване на трахеостомия. При нея през отвор на трахеята се поставя трахеостомна канюла в трахеята. Така пътя на постъпващите в белия дроб газове се скъсява. Почистването на трахеята от секрети е по-лесно и броят на усложненията от притискане на тръбата върху трахеята е по-малък. Контролът на механичната вентилация се извършва чрез анализ на газовете O2 и CO2. Това е важно и за лечение на съществуващия мозъчен оток, който може да предизвика вторични увреждания на мозъчната кора. Техните стоиности трябва да отговарят на нормалните за възрастта

По време на кома артериалното налягане трябва да се поддържа в нормални граници за възрастта. Контрол на параклиничните параметри в пълен обем се извършва еднократно седмично, но някои от тях се изследват многократно, дори през 2-3 часа, ако това е наложително.

Основното лечение на мозъчния оток става с прилагане на диуретици-Манитол, Фуросемид. Те могат да доведат до значимо намаление на течностите и електролитите в организма.Седацията и мускулното отпускане са важни терапевтични подходи за адаптиране на пациентите към механичната вентилация. Чрез тях се купират някои неполезни прояви, като кашляне, хълцане, съпротива срещу апарата за механична вентилация, моторна свръхвъзбуда.

Поради безсъзнателното състояние пациентът задължително имат уретрален катетър, който се поставя в пикочния мехур, за да се елиминира събраната урина. Друг специален катетър се поставя във венозен съд, най-често централна вена, за да получават пациентите необходимото количество течности и хранителни разтвори. Интубацията на трахеята с ендотрахеална тръба, поставяне на трахеостомна канюла и споменатите преди процедури, се считат за инвазивни и могат да доведат до различни усложнения.

В резултат на проведеното лечение и извършени изследвания идва момент, когато активното терапевтично поведение при някои пациенти завършва и всички мерки за възстановяване на индивида се свеждат до общи грижи: сондово хранене, активни аспирации, тоалет на дихателните пътища, промени на положението в леглото.

На хоспитализация в хирургична клиника /отделение или специализирана клиника/отделение за изгаряне подлежат пострадали, при които централната телесна температура е под 35 градуса С, без първично увреждане на мозъчните центрове, регулиращи телесната температура.

След определяне степента на хипотермията и вида и обширността на локалните поражения, в зависимост от степента на засягане на основните жизнени функции, се изисква:

- осигуряване на адекватна дихателна функция и оксигенация, последством О2 с маска, интубация, апаратна вентилация с подаване на затоплен и овлажнен въздух;
- осигуряване и поддържане на адекватна циркулация посредством поставяне на централен венозен източник за провеждане на инфузионна терапия, прилагане при необходимост на катехоламини, профилактика на ритъмни нарушения, поставяне на уретерален катетър и назогастрална сонда;
- прилагане на методи за общо затопляне – пасивно външно затопляне при хипотермия до 30 градуса С, поставяне на пострадалия в топли завивки и топло помещение; активно външно затопляне – електрически възглавници, затоплящи одеяла и др.;
- рехабилитация през целия болничен престой;

Лечение на придружаващите състояния – травматични поражения, интоксикации, заболявания на други органи и системи, възпалителни и ендокринни заболявания.

Лечение на локалните поражения от общо охлаждане – консервативно.

При лечението се осигурява спазване правата на пациента, установени в Закона за здравето.

Правата на пациента се упражняват при спазване на Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на лечебното заведение.

Окончателната диагноза се поставя на база физикалното и апаратно изследване.

Пациентът се дехоспитализира в напълно възстановено съзнание и нормотермия, със стабилна хемодинамика и основни жизнени функции, без раневи повърхности от измръзване или други придружаващи травми, дадени препоръки в писмен вид за грижи и лечение в домашни условия.

След постъпването на пациента в клиниката, неговите близки могат допълнително да бъдат разпитвани с оглед уточняване на детайли от заболяването. Финансовите взаимоотношения с болницата са съгласно действащото законодателство. Сведения за Вашият близък можете да получавате всеки работен ден след 10ч. от Началник клиника/отделение или оторизирано от него лице.

Ако желаете да откажете лечение на Вашия близък, това трябва да направите писмено, с което да поемете рисковете за това действие.

След като прочетох горното, декларирам че съм информиран/а за заболяването, лечението, възможните усложнения, финансовите страни, както и за условията в болницата.

Име.....Презиме.....Фамилия.....

Роднинска връзка.....

Дата.....Подпис.....

КП № 115 ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ КОМБИНИРАНИ И/ИЛИ СЪЧЕТАНИ ТРАВМИ

1. Минимален болничен престой – 2 дена

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Въздействие на други външни причини

T75.4 Въздействие на електрически ток
Електрокуцио
Кома при електрически ток

Някои ранни усложнения на травми, некласифицирани другаде
Не включва: усложнения, дължащи се на хирургична намеса и терапевтични грижи, НКД (T80—T88)
синдром на респираторен дистес при:
•възрастен (J80)
•новородено (P22.0)
усложнения, възникващи по време или веднага след медицински процедури (T80—T88)

T79.4 Травматичен шок
Шок (ранен) (късен), съпровождащ травма
Не включва: шок (предизвикан от):
- анестезия (T88.2)
- анафилактичен:
  - БДУ (T78.2)
  - вследствие на:
    - патологична реакция към храна (T78.0)
    - адекватно назначено и правилно въведено лекарствено средство (T88.6)
    - серумна реакция (T80.5)
- съпровождащ аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.3)
- предизвикан от електрически ток (T75.4)
- при поражение от мълния (T75.0)
- нетравматичен, НКД (R57.—)
- акушерски (O75.1)

следоперативен (T81.1)

С код **T79.4 - Травматичен шок** се кодират в КП № 115 състоянията на комбинирани и/или съчетани травми, с нарушение на основни жизнени функции, нуждаещи се от интензивно лечение и диагностика.

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00 Лумбална пункция
Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])

• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

59724-00 Миелография

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

58109-00 Рентгенография на сакрокосцигеален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

Рентгенография на гръбначен стълб, ≥ 2 отдела

Включва: функционални гледни точки
такава от 2, 3 или 4 от следните гръбначни отдела:
• цервикален
• лумбосакрален
• сакрококцигеален
• торакален

58108-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 4 отдела

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем

Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах

Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Компютърна томография на хипофизна ямка (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56010-00 Компютърна томография на хипофизна ямка

56010-01 Компютърна томография на хипофизна ямка с интравенозна контрастна материя

56010-02 Компютърна томография на хипофизна ямка и мозък

56010-03 Компютърна томография на хипофизна ямка и мозък с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на орбита (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56013-00 Компютърна томография на орбита

56013-01 Компютърна томография на орбита с интравенозна контрастна материя

56013-02 Компютърна томография на орбита и мозък

56013-03 Компютърна томография на орбита и мозък с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на средно ухо и слепоочна кост (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350) [1966]

56016-00 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост,едностранно

56016-01 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-02 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, едностранно

56016-03 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-04 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост, двустранно

56016-05 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, двустранно

56016-06 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, двустранно

56016-07 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, двустранно

Компютърна томография на лицева кост и/или параназален синус (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56022-00 Компютърна томография на лицева кост

56028-00 Компютърна томография на лицева кост с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на лицева кост, без, след това с венозен контраст

56022-01 Компютърна томография на параназален синус

56028-01 Компютърна томография на параназален синус с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на околоносен синус, без, след това с венозен контраст

56030-00 Компютърна томография на лицева кост, параназален синус и мозък

56036-00 Компютърна томография на лицева кост, параназален синус и мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на лицева кост, околоносен синус и мозък, без, след това с венозен контраст

56022-02 Компютърна томография на лицева кост и параназален синус

56028-02 Компютърна томография на лицева кост и параназален синус с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на лицева кост и околоносен синус, без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на мозък, гръден кош и корем

Включва: горен полукорем

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

57001-00 Компютърна томография на мозък и гръден кош

57007-00 Компютърна томография на мозък и гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък и гръден кош, без, след това с венозен контраст

56301-01 Компютърна томография на гръден кош и корем

56307-01 Компютърна томография на гръден кош и корем с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош и корем, без, след това с венозен контраст

57001-01 Компютърна томография на мозък, гръден кош и корем

57007-01 Компютърна томография на мозък, гръден кош и корем с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък, гръден кош и корем, без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на шия

Включва: ларинкс
фаринкс
слюнчена жлеза
горен хранопровод

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
такава за шиен гръбнак (виж блок [1959])
такава при сканиране на глава, корем и таз (56801-00, 56807-00 [1961])

56101-00 Компютърна томография меки тъкани на шията

56107-00 Компютърна томография меки тъкани на шия с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография меки тъкани на шия, без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56220-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, цервикален отдел

56224-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, цервикален отдел
Компютърна томография на шиен гръбнак, без, след това с венозен контраст

56221-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, торакален отдел

56225-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, торакален отдел
Компютърна томография на гръден гръбнак, без, след това с венозен контраст

56223-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, лумбосакрален отдел

56226-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, лумбосакрален отдел
Компютърна томография на лумбосакрален гръбнак, без, след това с венозен контраст

56233-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели

56234-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, множество отдели
Компютърна томография на множествени отдели на гръбнак, без, след това с венозен контраст

90912-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, неуточнен регион

90912-01 Компютърна томография на гръбначен стълб с интравенозна контрастна материя, неуточнен регион
Компютърна томография на неуточнен отдел на гръбнак, без, след това с венозен контраст

56219-00 Компютърна томография на гръбначен стълб с интратекално приложение на контрастна материя

Компютърна томография на гръден кош, корем и таз

Включва: кост
меки тъкани

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56801-00 Компютърна томография на гръден кош, корем и таз

56807-00 Компютърна томография на гръден кош, корем и таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош, корем и таз без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и
  - мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
    - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

56407-00 Компютърна томография на корем с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на корем без, след това с венозен контраст

56549-01 Компютърна томография на дебело черво
Компютърна томография на дебело черво, след частична колоносколия

Виртуална колоноскопия

Компютърна томография на корем и таз

Включва: кост
бъбрек, уретер и мехур
меки тъкани

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
тази при сканиране на гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])

56501-00 Компютърна томография на корем и таз

56507-00 Компютърна томография на корем и таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на корем и таз без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на таз

Включва: кост
регион от криста илиака до симфиза
меки тъкани

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
такава при сканиране на:
• корем (56501-00, 56507-00 [1963])
• корем и гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])

56409-00 Компютърна томография на таз

56412-00 Компютърна томография на таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на таз, без, след това с венозен контраст

57201-00 Пелвиметрия чрез компютърна томография
Измерване на обем и диаметър на таз чрез компютърна томография

Компютърна томография на крайник

Включва: ръка
кост
пръст
крайници
крак
меки тъкани

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56619-00 Компютърна томография на крайник

56625-00 Компютърна томография на крайник с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на крайник, без, след това с венозен контраст

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
• използвайки:
  • мапиране с цветен поток
  • Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  • механично секторно сканиране
  • трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Ултразвук на други места

55812-00 Ултразвук на гръден кош или коремна стена

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища

Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
трансректално изследване на простата, мехурно дъно и уретра (55600-00 [1943])
ултразвук на пикочен мехур (55084-00 [1943])

Дуплекс ултразвук на други съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места
Дуплекс ултразвук на съдове БДУ

Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода ЕКГ (с 12 и повече отвеждания)

Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

1926 Микробиологични изследвания

92182-00 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за бактериална намазка

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

91937-01 Микроскопско изследване на кръв за култура

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура

1934 Други лабораторни изследвания

91919-18 Мониториране на токсични нива на медикаменти и/или други токсични субстанции

1926 Микробиологични изследвания

91932-00 Микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и/или сперма за бактериална намазка

91920-02 Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

	Включва: урокултура антибиограма
1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-08	Изследване на време на кървене
91913-04	Изследване на време на съсирване
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
1924	**Биохимична изследвания**
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Креатинкиназа (КК)
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00 92191-01	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
Невромускулна електродиагностика	
	ЕМГ [електромиография]: • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди Изследване на невромускулна проводимост
11012-00	Електромиография (ЕМГ) *Не включва*: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия	
	Не включва: самостоятелно обслужване на трахеостомия (90179-06 [568])
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ *Включва*: отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули

Венозна катетеризация

90220-00 Катетеризация/канюлизация на друга вена

Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен

Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568]) такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Терапевтични интервенции на очи, уши, нос, уста и гърло

92032-00 Премахване на чуждо тяло от ларинкс без инцизия

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

92048-00 Отстраняване на вътрелуменно чуждо тяло от трахея и бронх без инцизия

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители
• Dextran
• Rheomacrodex

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92052-00 Кардиопулмонална ресуситация

13400-00 Кардиовезия
Дефибрилация
Сърдечен електрошок
Възстановяване на сърдечен ритъм чрез електростимулация

Не включва: съпътстващо при кардиохирургия – пропусни кода

92055-00 Друга конверсия на сърдечен ритъм

92053-00 Затворен гръден сърдечен масаж
Сърдечен масаж БДУ
Външен ръчен сърдечен масаж

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени четири основни диагностични процедури, от които задължително - **11600-03, 11600-02 и 13842-01;** и една от процедурите за образно изследване – **компютърна томография** 56001-00 или 56007-00, 56301-00 или 56307-00, 56501-00 или 56507-00, 56401-00 или 56407-00, КАТ на място, съобразно състоянието) **или рентгенография** 58500-00, 58900-00) **или ултразвук** 55113-00, 55812-00, 55036-00, 55038-00, 90911-00) и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посоченият медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАИЛ/ОАИЛ
2. Клинична лаборатория*
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия

- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по анестезиология и интензивно лечение.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология на територията на населеното място
2. Клиника/отделение по неврология и/или ортопедия и травматология и/или неврохирургия и/или хирургия и/или детска хирургия и/или урология и/или акушерство и гинекология и/или УНГ и/или ЛЧХ и/или офталмология и/или гръдна хирургия и/или съдова хирургия и/или кардиохирургия и/или

пластична хирургия
3. КАТ или МРТ с осигурен 24-часов достъп, включително в условията на спешност – на територията на населеното място.
4. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение ;

В случаите, в които в отделението се осъществява интензивно лечение само по определена специалност, минималният брой на лекарите е четирима, от които поне един е със специалност „Анестезиология и интензивно лечение“, а останалите са със специалността, по която се осъществява интензивното лечение.

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;

По преценка се провежда консултация с лекар с призната друга специалност.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и лечение на:

- състояния на комбинирана и/или съчетана травма с нарушени основни жизнени функции, оценени по травма скала, нуждаещи се от интензивно лечение, със или без необходимост от интубация.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на лечебно-диагностичен план.

- Медико-диагностичните изследвания (вкл. КГА) се извършват до 12 часа от приемането;
- Образно изследване (КТ или рентгенография или ултразвук) се извършва задължително до 12 час;
- Контролно образно изследване (КТ или рентгеногафия или ултразвук) се извършва по време на болничния престой.

Съгласно медицински стандарт “Анестезия и интензивно лечение”:

- основна поддръжка на жизнените функции (BLS – азбука на живота);
- разширена поддръжка на жизнените функции (ALS – разширена азбука на живота).

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната дианоза се поставя на база на лечебно-диагностични критерии, оценени по травма скала.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на интензивното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:
- липса на необходимост от прилагане на средства и методи за основно поддържане на живота.

Пациента постъпва в съответната клиника/отделение за лечение на основното заболяване.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

В настояще време травматизмът се оформя като една от главните причини за висока заболеваемост, смъртност и инвалидност. При травма в организма под въздействието на физически, химически или билогически фактори настъпват промени в организма на пациентите. Те изискват интензивни грижи и лечение въз основа на оценка на вида и тежестта на увреждания, които определят и приоритета на медицинската помощ.

При тези травми е налице травматично поражение на много органии, системи и области на тялото с разположените в тях органи. Тежеста на клиничното състояние се оценява по областта на нараняване, етиологията и характера на травмата, състоянието на дишането, кръвообращението, съзнанието и психическия стрес. Висока заболеваемост и смъртност се наблюдава при засягане на централната нервна система, сърцето и големите артериални или венозни съдове. Най-важната причина, която води до голяма смъртност при комбинираните травми, е кръвозагубата. От съществена важност за пациентите са вторичните ранни или късни увреждания и усложнения на други органи и системи, незасегнати пряко от травмата – развитие на дихателна и/или сърдечна недостатъчност, бъбречна или чернодробна недостатъчност, тежки метаболитни разстройства, септично-токсични състояния, разтройство в кръвосъсирването, стресови кръвотечения.

При някои пациенти засягането на главния мозък довежда до развитие на кома. ***Комата*** е състояние на „несъбуждане и нереагиране". Човек в кома няма съзнание: не вижда, не чува, не говори. Под действие на съответната причина се нарушава снабдяването с кислород на мозъчната тъкан. Важни клетъчни процеси протичат без кислород (по анаеробен път) и се развива вътреклетъчно подкиселяване. Мозъчната тъкан набъбва, появява се мозъчен оток в черепната кухина, която е неразтеглива и като повишава вътречерепното налягане, влошава още повече мозъчното кръвоснабдяване.

Клиничната оценка на дълбочината на комата се оценява по точкова скала на ГЛАЗГОУ. Колкото броят на точките е по-малък, толкова прогнозата е по-лоша. Продължителността на комата с травматичен произход е важен прогностичен фактор. След кома дължаща се на кислороден "глад", с продължителност над 3 дни, рязко се влошава прогнозата и възможностите за възстановяване без тежка инвалидизация.

При ***нарушения на сърдечно-съдовата система***, които не изискват оперативна интервенция, с помощта на медикаментозни средства се цели запазване на сърдечната дейност и кръвното налягане в оптимални граници.

Развитието на ***първична или вторична дихателна недостатъчност*** изисква поставяне пациентите на изкуствена белодробна вентилация. Подтискане на дихателната активност изисква незабавно осигуряване на свободна проходимост на дихателните пътища чрез интубационна тръба, която се поставя в устната кухина и достига до трахеята с последващо включване пациентите на изкуствена (механична) вентилация (МВ). Когато се прецени, че МВ ще продължава повече от 7-10 дни, се предприема извършване на трахеостомия – поставяне на трахеостомна канюла през отвор в трахеята. Така пътя на постъпващите в белия дроб газове се скъсява. Почистването на трахеята от секрети е по-лесно и броят на усложненията от притискане на тръбата върху трахеята е по-малък. Контролът на механичната вентилация се извършва чрез анализ на газовете O_2 и CO_2. Техните стойности трябва да отговарят на нормалните за възрастта. Това е важно и за лечение на съществуващия мозъчен оток, който може да предизвика вторични увреждания на мозъчната кора. Седацията и мускулното отпускане са важни терапевтични подходи за адаптиране на пациентите към механичната вентилация. Чрез тях се купират някои неполезни прояви, като кашляне, хълцане, съпротива срещу апарата за механична вентилация, моторна свръхвъзбуда.

Основна същност на лечението на комбинирана и/или съчетана травма е прилагането на интензивни грижи и мерки за запазване здравето на пациентите. Основен принцип на поведение е едновременно осъществяване на диагностика и спешно лечение. На пациентите се следи непрекъснато артериалното налягане, степента на промяна в съзнанието, извършва се контрол на параклиничните параметри в пълен обем многократно, дори през 2-3 часа, ако това е наложително.

Поради безсъзнателното състояние пацинтът задължително има катетър, който се поставя в пикучния мехур, за да отвежда събраната урина. Друг специален катетър се поставя във венозен съд, най-често централна вена, за да може пациентите да получават необходимото количество течности и венозни хранителни разтвори. Заедно с интубацията на трахеята с ендотрахеална тръба, поставяне на трахеостомната канюла и споменатите преди процедури, се считат за инвазивни и могат да доведат до различни усложнения.

При някои от пациентите по-време на тяхното лечение се налага и извършване на оперативни интервенции по-спешност. Тези операции допълнително могат да влошат клиничното състояние на Вашия близък.

В резултат на проведеното лечение и извършени изследвания идва момент, когато активното терапевтично поведение завършва и всички мерки за възстановяване на индивида се свеждат до общи грижи: сондово хранене, активни аспирации, тоалет, промени на положението в леглото.

След постъпването на пациентите в клиниката, неговите близки се разпитват допълнително с оглед уточняване на детайли от заболяването. Могат да се наложат неколкократни допълнителни изследвания. Финансовите взаимоотношения с болницата са съгласно действащото законодателство. Сведения за Вашият близък можете да получавате всеки работен ден след 10ч. от Началник клиника/отделение или оторизирано от него лице. Ако желаете да откажете лечение на Вашия близък, това трябва да направите писмено, с което да поемете рисковете за това действие.

След като прочетох горното, декларирам че съм информиран/а за заболяването, лечението, възможните усложнения, финансовите страни, както и за условията в болницата.

Име.....Презиме.....Фамилия.....

Роднинска връзка.....

Дата.....Подпис.....

КП № 116 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СЪРДЕЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ В УСЛОВИЯТА НА ЕКСТРАКОРПОРАЛНО КРЪВООБРАЩЕНИЕ. МИНИМАЛНО ИНВАЗИВНИ СЪРДЕЧНИ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 5 дни

Минимален болничен престой при интервенционални процедури - 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Частична резекция на бял дроб

38440-00 Клиновидна резекция на бял дроб
Ексцизия на белодробна лезия БДУ
Пликация на емфизематозни мехури

38438-00 Сегментна резекция на бял дроб
Частична лобектомия } на бял дроб
Сегментектомия }

Инцизионни процедури на бял дроб и плевра

38415-00 Инцизия на плевра
Създаване на плеврален прозорец за дренаж
Дренаж на емпием
Отворен гръден дренаж
Включва: резекция на ребро

Ексцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38446-02 Премахване лезия на медиастинум чрез торакотомия

38446-03 Премахване лезия на медиастинум чрез стернотомия

Инцизионни процедури на аортна клапа

38456-10 Отворена валвотомия на аортна клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Възстановяване на аортна клапа

Не включва: такова с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])

38483-00 Декалцификация на платна на аортна клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

38480-00 Пластика на аортна клапа, 1 платно
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Не включва: декалцификация на аортна клапа (38483-00 [622])

38481-00 Пластика на аортна клапа, ≥ 2 платна
Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Не включва: декалцификация на аортна клапа (38483-00 [622])

Инцизионни процедури на митрална клапа

38487-00 Отворена валвотомия на митрална клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Възстановяване на митрална клапа

38485-01 Декалцификация на митрална клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

38480-01 Пластика на митрална клапа, 1 платно
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Не включва: декалцификация на митрална клапа (38485-01 [626])

38481-01 Пластика на митрална клапа, ≥ 2 платна
Кодирай също когато е направена:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Не включва: декалцификация на митрална клапа (38485-01 [626])

Инцизионни процедури на пулмонална клапа

38456-01 Отворена валвотомия на белодробна клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Инцизионни процедури на трикуспидална клапа

38456-11 Отворена валвотомия на трикуспидална клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Пластика на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

38480-02 Пластика на трикуспидална клапа, 1 платно

38481-02 Пластика на трикуспидална клапа, ≥ 2 платна

Подмяна на аортна клапа

Кодирай също когато е направена:
• сърдечнобелодробен байпас (38600-00, 38603-00 [642])

• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на процедури на сърдечни клапи (38493-00 [666])

38488-01 Подмяна на аортна клапа с биопротеза

38489-00 Подмяна на аортна клапа с хомографт

38489-01 Подмяна на аортна клапа с нестентиран хетерографт

Подмяна на аортна клапа

38488-00 Подмяна на аортна клапа с механична протеза

Подмяна на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])

38488-03 Подмяна на митрална клапа с биопротеза

38489-02 Подмяна на митрална клапа с хомографт

Подмяна на митрална клапа

38488-02 Подмяна на митрална клапа с механична протеза

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38488-07 Подмяна на пулмонална клапа с биопротеза

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно управление на остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

38489-04 Подмяна на пулмонална клапа с хомографт

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

38489-05 Подмяна на пулмонална клапа с нестентиран хетерографт

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38488-06 Подмяна на пулмонална клапа с механична протеза

Кодирай също когато е направена:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

Подмяна на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])

38488-05 Подмяна на трикуспидална клапа с биопротеза

38489-03 Подмяна на трикуспидална клапа с хомографт

Подмяна на трикуспидална клапа

38488-04 Подмяна на трикуспидална клапа с механична протеза

Възстановяване на аортна клапа

Не включва: такова с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])

38475-02 Анулопластика на аортна клапа

38477-02 Анулопластика на аортна клапа с поставяне на пръстен
Анулопластика на аортна клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Анулопластика на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38475-00 Анулопластика на митрална клапа

38477-00 Анулопластика на митрална клапа с поставяне на пръстен
Анулопластика на митрална клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Анулопластика на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38475-01 Анулопластика на трикуспидална клапа

38477-01 Анулопластика на трикуспидална клапа с поставяне на пръстен
Анулопластика на трикуспидална клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Други възстановителни процедури на септум

38739-00 Предсърдна септектомия или септостомия
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект
Включва: патч графт
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-00 Перкутанно затваряне на предсърден септален дефект
Включва: такова с протеза или устройство

Затваряне на камерен септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38751-00 Перкутанно затваряне дефект на междукамерна преграда
Включва: такова с протеза

Затваряне на предсърден септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект
Включва: патч графт
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38475-01 Анулопластика на трикуспидална клапа

38742-03 Възстановяване на ендокарден пристенен дефект
Включва: такова с протеза

Затваряне на камерен септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда
Включва: патч графт
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

627 Анулопластика на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38475-00 Анулопластика на митрална клапа

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект
Включва: патч графт
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда
Включва: патч графт
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект
Включва: патч графт
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Други процедури на пулмонална клапа

38653-07 Други интраторакални процедури на пулмонална клапа с кардиопулмонален байпас

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия

Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Други процедури на предсърдие

38653-01 Други интраторакални процедури на предсърдие с кардиопулмонален байпас

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Преградна или кондуит процедури

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия

Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Възстановителни процедури на предсърдие

90224-00 Корекция на транспозиция на големи съдове

Артериална суич процедура

Не включва: създаване на шънт между дясно предсърдие и пулмонална артерия (38757-00 [613])

процедура на интра-атриална преграда (38745-00 [603])

Възстановителни процедури на предсърдие

38745-00 Интрапредсърдна транспозиция на венозното връщане

Атриална суич процедура

Поставяне на интра-атриална преграда

Процедура Mustard

Процедура Senning

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

Кодирай също когато е направен:

• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия
Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)
Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38757-01 Създаване на екстракардиален кондюит между лява камера и аорта
Създаване на апикоаортен шънт
Шънт между апекс на лява камера и аорта

Възстановителни процедури на предсърдие

Забележка: Изпълнени при вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38757-02 Създаване на екстракардиален кондюит между предсърдие и белодробна артерия

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38760-00 Подмяна на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия
Подмяна на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Други процедури на септум

38653-03 Други интраторакални процедури на септум с кардиопулмонален байпас

Реоперативни процедури на други места в сърцето

38640-00 Реоперация за друга сърдечна процедура, некласифицирана другаде
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
Кодирай първо:
• извършена хирургична процедура(и)

Други процедури на аортна клапа

38456-15 Други интраторакални процедури на аортна клапа без кардиопулмонален байпас

Други процедури на митрална клапа

38456-16 Други интраторакални процедури на митрална клапа без кардиопулмонален байпас

Други процедури на пулмонална клапа

38456-18 Други интраторакални процедури на пулмонална клапа без кардиопулмонален байпас

Други процедури на трикуспидална клапа

38456-17 Други интраторакални процедури на трикуспидална клапа без кардиопулмонален

байпас

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-00 Байпас на коронарна артерия, с използване на 1 сафенов-венозен графт

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 друг венозен графт

Байпас на коронарна артерия – графт от лява вътрешна мамарна артерия [LIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])
• венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-00 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 LIMA графт

Байпас на коронарна артерия – графт от дясна вътрешна мамарна артерия [RIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])
• венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-01 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 RIMA графт

Байпас на коронарна артерия – графт от радиална артерия

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направена:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

• венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-02 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 радиално-артериален графт

Байпас на коронарна артерия – графт от друга артерия

Включва: доставяне от артерия:
• интеркостална
• спленална
• субскапуларна
• улнарна

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])
• венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 друг артериален графт

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-01 Байпас на коронарна артерия, с използване на 2 сафено-венозни графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-05 Байпас на коронарна артерия, използвайки 2 други венозни графта

Байпас на коронарна артерия – графт от лява вътрешна мамарна артерия [LIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])
• венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-00 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 2 LIMA графта

Байпас на коронарна артерия – графт от дясна вътрешна мамарна артерия [RIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
  • артериален (виж блокове [674] до [678])
  • композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  • уточнен материал НКД (90201 [679])
  • венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-01 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 2 RIMA графта

Байпас на коронарна артерия – графт от радиална артерия

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направена:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
  • артериален (виж блокове [674] до [678])
  • композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  • уточнен материал НКД (90201 [679])
  • венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-02 Байпас на коронарна артерия, използвайки графта, ≥ 2 радиално-артериални графта

Байпас на коронарна артерия – графт от друга артерия

Включва: доставяне от артерия:
  • интеркостална
  • спленална
  • субскапуларна
  • улнарна

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
  • артериален (виж блокове [674] до [678])
  • композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  • уточнен материал НКД (90201 [679])
  • венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 2 други артериални графта

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-02 Байпас на коронарна артерия, с използване на 3 сафено-венозни графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
  • базилика
  • цефалика

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-06 Байпас на коронарна артерия, използвайки 3 други венозни графта

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-03 Байпас на коронарна артерия, с използване на ≥ 4 сафено-венозни графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-07 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 4 други венозни графта

Байпас на коронарна артерия – графт от дясна вътрешна мамарна артерия [RIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])
• венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-01 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 RIMA графт

Байпас на коронарна артерия – графт от дясна вътрешна мамарна артерия [RIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])
• венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-01 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 2 RIMA графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
- базилика
- цефалика

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
- артериален (виж блокове [674] до [678])
- композитен (38500-05, 38503-05 [679])
- уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 друг венозен графт

Инцизионни процедури на миокард

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38650-02 Трансмиокардна реваскуларизация при отворен гръден кош

Други ексцизионни процедури на перикард

38447-00 Перикардектомия, непълна или пълна
Частична перикардиектомия за създаване на перикарден прозорец
Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Ексцизия на камерна аневризма

Пликация на левокамерна аневризма
Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38507-00 Левокамерна аневризмектомия

38508-00 Левокамерна аневризмектомия и реконструкция с патч графт

Деструктивни процедури на предсърдие

Включва: такава с:
- криоаблация
- електрофизиологични изследвания
- лазер
- микровълни
- радиофреквентна аблация

Кодирай също когато е направена:
- трансезофагеална ехокардиография (55118-00 [1942])

Не включва: отделяне на допълнителен път (38512-00, 38515-00 [600])

38287-04 Отворена аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща лява предсърдна кухина
Изолиране на пулмонална вена чрез отворен достъп
Включва: чрез:
- стернотомия
- торакотомия

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38290-02 Отворена аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща двете предсърдни кухини

Изолиране на пулмонална вена с аблация на аритмичен кръг или фокус, включващо дясно предсърдие чрез отворен достъп

Включва: чрез:
- стернотомия
- торакотомия

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Ексцизионни процедури на предсърдие

38670-00 Ексцизия на лезия на предсърдна стена или междупредсърден септум

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Не включва: с реконструкция на предсърдие чрез:
- кондюит (38673-01 [604])
- патч графт (38673-00 [604])

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38615-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява камера

38615-01 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в дясна камера

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38627-00 Корекция на канюла за устройство за асистирана циркулация на камера (и)

Преместване канюла за вентрикуларно асистиращо устройство

38621-00 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на лява камера

38621-01 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на дясна камера

38624-00 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Поставяне на друг електрод или патч за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38470-00 Поставяне на постоянен епикарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез торакотомия или стерностомия

Поставяне на постоянен миокарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез:
- стернотомия
- торакотомия

Кодирай също когато е направено:

• поставяне на сърдечен пейсмейкър-генератор (38353-00 [650])

Не включва: с дефибрилаторна функция (38470-01 [649])

38470-01 Поставяне на постоянен епикарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез торакотомия или стерностомия

Поставяне на постоянен миокарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез:
• стернотомия
• торакотомия

Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен дефибрилатор-генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-00 [653])

Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38456-24 Подмяна на постоянен епикарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез торакотомия или стерностомия

Подмяна на постоянен миокарден електрод за кардио пейсмейкър чрез торакотомия и стернотомия

Кодирай също когато е направена:
• подмяна на сърдечен пейсмейкър (38353-01 [655])

Не включва: с дефибрилаторна функция (38456-31 [654])

38456-31 Подмяна на постоянен епикарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез торакотомия или стерностомия

Подмяна на постоянен миокарден електрод за кардио дефибрилатор чрез торакотомия и стернотомия

Кодирай също когато е направена:
• подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])

ъзстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционен графт

Подмяна на възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

Не включва: при подмяна на аортна дъга (виж блок [688])

38550-01 Протезиране на възходяща гръдна аорта

Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38559-01 Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Протезиране на низходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38568-01 Протезиране на низходяща гръдна аорта

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционен графт

Други процедури на артерия

90222-00 Други процедури на артерия

Други процедури на вена

90222-01 Други процедури на вена

Възстановителни процедури на белодробна артерия при вродено сърдечно заболяване

38715-00 Лигиране (банд) на основна белодробна артерия

38715-01 Премахване на лента на главна белодробна артерия

38733-00 Създаване на системен пулмонален шънт
Създаване на шънт:
• възходяща аорта }
• низходяща аорта } към пулмонална артерия
• субклавна }

Други възстановителни процедури на съдови места

38733-01 Създаване на кавопулмонален шънт
Създаване на шънт от вена кава супериор към белодробна артерия за снабдяване на:
• двата бели дроба (двупосочна Glenn процедура)
• един бял дроб (класическа Glenn процедура)
Забележка: Изпълнен за вродено сърдечно заболяване

Миокардиална превенция

38600-00 Кардиопулмонален байпас, централно канюлиране
Сърдечнобелодробен байпас БДУ
Екстракорпорално кръвообръщение чрез централна катетеризация
Включва: такава, свързан с отворена сърдечна хирургия
при използване на апарат сърце-бял дроб
Не включва: специфични процедури със сърдечнобелодробен байпас (38653 [606], [615], [620], [624], [630], [635], [638], [666] и [681])

Миокардиална превенция

90225-00 Екстракорпорална мембрана оксигенация [ECMO]
Не включва: екстракорпорална циркулация при отворена сърдечна хирургия чрез канюлиране:
• централно (38600-00 [642])
• периферно (38603-00 [642])

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35309-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-00 [754])

35309-07 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-01 [754])

Инцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма	
38418-00	Експлоративна торакотомия Затваряне фистула на гръден канал Лигиране на гръден канал Срединна стернотомия *Включва*: биопсия на: • гръдна стена • диафрагма • медиастинум *Не включва*: отворена биопсия на: • бял дроб (38418-02 [550]) • през медиастинум: • цервикален достъп (38448-00 [561]) • медиастинотомия (30320-00 [561]) • плевра (38418-01 [550]) Като оперативен достъп – пропусни кода
642	**Миокардиална превенция**
38603-00	Кардиопулмонален байпас, периферно канюлиране Екстракорпорално кръвообръщение чрез периферна катетеризация *Включва*: такава, свързана с отворена сърдечна хирургия при използване на апарат сърце-бял дроб *Не включва*: специфични процедури със сърдечнобелодробен байпас (38653 [606], [615], [620], [624], [630], [635], [638], [666] и [681])
616	**Ексцизионни процедури на септум**
	Не включва: предсърдна септекемия (38739-00 [619])
38748-00	Камерна септектомия
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване:

1. Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна (**с изключение на** 38415-00**;** 38470-00; 38470-01; 38456-24; 38456-31**;** 38600-00**;** 90225-00; 38418-00 или интервенционална процедура 38742-00**;** 38751-00; 38456-15; 38456-16; 38456-17; 38456-18; 35309-06 и 35309-07), и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, посочени в **Приложение № 21**. При извършени и отчетени горните интервенционални процедури, следва да се укажат и кодовете на определени диагнози, които ги налагат.

2. Клиничната пътека се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. № 7 на МЗ-НЗОК) и “Формуляр за вложени медицински изделия (МИ), стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека/амбулаторна процедура/клинична процедура”.

3. В цената на клиничната пътека са включени консумативите за интервенционалните процедури с код 38742-00**,** 38751-00, 35309-06 и 35309-07 - стентове за коригиране на коарктация на аортата и периферни пулмонални стенози и устройства за затваряне на предсърдни и камерни дефекти.

4. Процедура с **код** 38470-00, 38470-01, 38456-24 и 38456-31 се отчита задължително в комбинация със 38418-00 (стернотомия) или 38415-00 (торакотомия).

5. С кодове: 38603-00 Кардиопулмонален байпас, периферно канюлиране
Екстракорпорално кръвообръщение чрез периферна катетеризация

и 38748-00 Камерна септектомия не може да се завършва клиничната пътека.

В рамките на общия обем случаи по КП, са включени и случаите с интервенционално лечение.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При необходимост и по преценка на оператора, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти. Неразделна част към ИЗ на пациента става " ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА".

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека - от обхвата на медицинската специалност "Кардиохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиохирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиохирургия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на **територията** му и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия
2. Ангиографска (процедурна) зала, отговаряща на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с 24 -часов непрекъснат режим на работа (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ
4. Операционен блок/зали (минимум 2 зали), с оборудване за ЕКК и препоръчително за ЕКМО
5. Клинична лаборатория - II или III ниво на компетентност
6. Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на **населеното място**, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по инвазивна кардиология
2. Вирусологична лаборатория
3. КАТ/МРТ, с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
4. Патоморфологична лаборатория
5. Отделение за физикална и рехабилитационна медицина

6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография (24-часово извършване на изследването), велоергометрия, холтер мониториране)
7. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиохирургия – двама лекари със специалност по кардиохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по кардиология – двама, от които единият с придобита допълнителна квалификация по ехокардиография;
- специалист по екстракорпорална циркулация (кардиотехници или перфузионисти);
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Най-малко двама от лекарите със специалност по кардиохирургия да са извършили поне по 125 операции в условията на ЕКК на година за последните 3 години.

В клиниките/отделенията по кардиохирургия, осъществяващи операции при възрастни - извършване на не по-малко от 250 операции на отворено сърце годишно.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- **клинични и параклинични данни за сърдечна тампонада;**
- **клинични и параклинични данни за дисекация на аортата;**
- **клинични и параклинични и ангиографски данни за остра исхемия на коронарни артерии, вкл. стволова стеноза на лявата коронарна артерия;**
- **клинични и параклинични данни за исхемичен междукамерен дефект или руптура на стена на сърдечна кухина;**
- **клинични и параклинични и ангиографски данни за настъпващ белодробен оток вследствие на остра клапна дисфункция;**
- **клинични и параклинични и ангиографски данни за настъпващ белодробен оток вследствие на миокардна исхемия;**
- **клинични и параклинични и ангиографски данни за протезна клапна дисфункция;**
- **клинични и параклинични данни за травма на сърцето и големите съдове;**
- **клинични и параклинични данни за белодробна тромбоемболия;**
- **клинични и параклинични данни за тумор, обтуриращ сърдечни кухини и клапи;**
- **ятрогенна лезия на коронарен съд или перфорация на сърдечна кухина;**
- **остра инсуфициенция на сърдечна клапа вследствие на ендокардити;**

- **бързо настъпваща сърдечна недостатъчност (за имплантиране на устройство, подпомагащо сърдечната функция);**
- **спешни състояния при вродени и придобити сърдечни малформации;**
- **травми на органите на гръдния кош.**

За интервенционалните процедури:

- **вродени сърдечни малформации;**
- **стабилна стенокардия, доказана ангиографски;**
- **придобити сърдечни пороци;**
- **постинфарктна аневризма на лява камера;**
- **тумори на сърцето (без хемодинамична значимост);**
- **перикардити;**
- **ендокардити, неподлежащи на спешна хоспитализация;**
- **травми на органите на гръдния кош.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Спешна хоспитализация

Пациентите постъпват в структура за интензивно лечение, където се започват при необходимост кардио–пулмонална ресусцитация, включваща интубация, сърдечна дефибрилация, вливания или поставяне на подпомагащи сърдечната функция и ритъм устройства. Едновременно с това се провеждат изследвания на кръвта, рентгенова и ехокардиография, ЕКГ, кръвно групово изследване. При необходимост се извършва спешна ангиография. След поставяне на диагнозата и определяне на индикациите за оперативно лечение болният постъпва в операционната зала. Там се извършва операцията по спешност. Следоперативно пациента се превежда в структура за интензивно лечение, където продължава механичната вентилация, вливания, медикаментозно лечение. Следят се виталните показатели и функцията на всички органи и системи. При необходимост се включват различни подпомагащи устройства (хемофилтър, интрааортна балонна помпа – ИАБП и др.). След събуждането на пациента и стабилизиране на състоянието му той се екстубира, постепенно се отнемат вливанията и подпомагащите устройства до 24-ия час, при неусложнени пациенти се премахват дренажите, катетрите и инвазивните линии и болният се раздвижва. В следоперативната структура пациентът се превежда след покриването на строго определени клинични, инструментални и параклинични критерии. Там пациентите се лекуват средно 5-6 дни до изписването им от клиниката (при деца средно 10 дни).

При усложнени случаи (хеморагии, остра сърдечна слабост, инсулт, инфекция, емболия, ОБН, ОДН и др.) престоят в структура за интензивни грижи се удължава до стабилизиране на пациента, възстановяване на жизнените функции на органите и системите, които са били увредени и пациентът се раздвижва. При патология некасаеща прякото възстановяване от оперативната намеса, пациентът следва да бъде преведен в тяснопрофилирана клиника или отделение.

Планова хоспитализация

След провеждане на изследванията, подготовката и стабилизирането състоянието на пациента, се провеждат кардиохирургични обсъждания, на които кардиолозите, изследвали пациента, го предлагат за планово оперативно лечение. След консилиум той влиза в оперативната програма.

След оперативното лечение престоят в ОАИЛ/ДОИЛ и постоперативните процедури са същите. Тактиката в следоперативната структура е същата. Поведението при усложнените случаи не се различава от това, описано по-горе.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

Код ***35.99 се отчита до публикуване на нов Списък на медицинските изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия и за определяне на стойността, до която те се заплащат.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя интраоперативно, постоперативно и след хистологично изследване – при необходимост.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- клинични, ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенови и лабораторни данни със задоволителни параметри;
- стабилна хемодинамика;
- първично зарастване на оперативната рана;
- афебрилност.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..,..,.... код на държава

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

....

име на лечебното заведение

....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ...

Амбулаторна процедура ..... №. ..

Клинична процедура ..... №. ..

Диагноза: .....МКБ10 ....

дата на приемане: .. .. ИЗ: ....

ден месец година номер година

дата на операцията: .. .. Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: .. ..

ден месец година

Директор на лечебното заведение: ..... подпис и печат на лечебното заведение	**Лекар, вложил МИ:** ..... фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ПРИ ВРОДЕНИ МАЛФОРМАЦИИ

Какво представлява Вашето или това на Вашето дете заболяване?

Вие или Вашето дете страдате от вродена малформация (заболяване) на сърцето, която му пречи да изпълнява своята функция - да изпомпва кръв и доставя до органите и тъканите кислород и хранителни вещества.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение – оперативно или консервативно, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои на Вас или Вашето дете вътре в болницата?

След направените изследвания, ако решим че Вашата малформация може да бъде коригирана по оперативен път и сърцето да работи нормално, ще Ви предложим операция, която ще Ви обясним. Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството и продължителността на живота сериозно да се влоши.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашето дете решение. Не винаги може да се постигне желаният резултат. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния период могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашето дете, се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат. За допълнителни въпроси и разяснения винаги можете да се обръщате към лекуващия лекар или завеждащ отделение.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. За да се работи по време на операцията върху Вашето сърце спокойно, е необходимо то да бъде спряно за кратък период от време под съответна защита по изкуствен начин. През това време функцията на сърцето и тази на белите дробове ще се поеме от машината “сърце – бял дроб” (т.нар. извънтелесно кръвообращение). След операцията ще бъдете преместен в интензивно отделение, където за Вас ще бъде приготвено затоплено легло и ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

За постоянно наблюдение на Вашата сърдечна дейност ще Ви бъдат залепени ЕКГ–електроди. Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и различни медикаменти. За точен контрол на Вашето артериално налягане и доставката на кислород за Вашето тяло ще ви бъде поставена след местна упойка една пластична канюла в пулсиращ съд (артерия).

За дрениране на стомашния сок по време на операцията се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно. Следващата манипулация е поставянето на централен венозен катетър в една вена на шията. Този катетър е необходим за преценяване на сърдечната дейност и за директното инжектиране в сърцето на медикаментите. Възможните рискове при поставянето на катетъра са въздушната емболия (попадане на въздух във вената) и сърдечни ритъмни смущения.

Най-накрая за проследяване на бъбречната функция в пикочния мехур се поставя един катетър. При наличие на уголемена простата може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – до инфекция на пикочния мехур.

Тубусът в трахеята Ви ще пречи да говорите, а наличните катетри и кабели ограничават Вашите движения.

Понякога след операцията може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

Няколко дни след операцията, Вие може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашето дете стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

ПРИ ИБС (ИСХЕМИЧНА БОЛЕСТ НА СЪРЦЕТО)

Какво представлява Вашето заболяване?

Исхемичната болест на сърцето, представлява запушване на артериите, хранещи сърдечния мускул. Недостигът на кръв му пречи да изпълнява своята функция – да изпомпва кръв и доставя до органите и тъканите кислород и хранителни вещества. Крайната фаза на запушване на съдовете води до инфаркт на миокарда и загиване на част от сърцето.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение – оперативно или консервативно, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои вътре в болницата?

След направените изследвания, ако решим че Вашето заболяване може да бъде коригирано по оперативен път чрез байпас операция и сърцето да работи нормално, извършването на операцията ще Ви осигури един нормален живот на здрав човек, полезен за себе си, за семейството си и обществото. В случай че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашия близък прогресивно ще се влошава и прогнозата за качеството и продължителността на живота Ви сериозно ще се влоши.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашия близък решение. Не винаги може да се постигне желаният резултат. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния Ви период могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашия близък се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. За да се работи по време на операцията върху Вашето сърце спокойно е необходимо то да бъде спряно за кратък период от време под съответна защита по изкуствен начин. През това време функцията на сърцето Ви и тази на белите дробове ще се поеме от "машината сърце – бял дроб" (т.нар. извънтелесно кръвообращение).Когато е възможно операцията се прави без тази машина. След операцията Вие ще бъдете преместен в интензивно отделение, където за Вас ще бъде приготвено затоплено легло и ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

За постоянно наблюдение на Вашата сърдечна дейност ще ви бъдат залепени ЕГК–електроди. Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и различни медикаменти. За точен контрол на Вашето артериално налягане и доставката на кислород за Вашето тяло, ще Ви бъде поставена след местна упойка една пластична канюла в пулсиращ съд (артерия).

За дрениране на стомашния сок по време на операцията се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно. Следващата манипулация е поставянето на централен венозен катетър в една вена на шията. Този катетър е необходим за преценяване на сърдечната дейност и за директното инжектиране в сърцето на медикаментите. Възможните рискове при поставянето на катетъра са въздушната емболия (попадане на въздух във вената) и сърдечни ритъмни смущения.

Най-накрая за проследяване на бъбречната функция в пикочния мехур се поставя един катетър. При наличие на уголемена простата може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – до инфекция на пикочния мехур.

Тубусът в трахеята Ви ще пречи да говорите, а наличните катетри и кабели ограничават Вашите движения.

Понякога след операцията Вие може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

Няколко дни след операцията Вие може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашия близък стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

ПРИ КЛАПНИ ПОРОЦИ

Какво представлява Вашето заболяване?

Заболяванията на клапите на сърцето променят неговата работа чрез невъзможност кръвта да бъде изтласкана през стеснена клапа. Ако клапата е инсуфициентна кръвта се връща обратно назад и не може да достигне всички органи и тъкани. Това пречи на сърцето да изпълнява своята функция – да изпомпва кръв и доставя до органите и тъканите кислород и хранителни вещества. С течение на времето сърцето декомпенсира и се разширява, а в крайните фази не може да изпълнява своите функции.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение – оперативно или консервативно, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои на Вас или Вашия близък вътре в болницата?

След направените изследвания, ако решим, че Вашето заболяване може да бъде коригирано по оперативен път чрез операция на клапата и сърцето да работи нормално, извършването на операцията ще Ви осигури един нормален живот на здрав човек, полезен за себе си, за семейството си и обществото. В случай, че операцията не се извърши Вашето състояние или това на Вашия близък прогресивно ще се влошава и прогнозата за качеството и продължителността на живота Ви сериозно ще се влоши.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашия близък решение. Не винаги може да се постигне желаният резултат. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния Ви период могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашия близък се изисква известно усилие и от ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. За да се работи по време на операцията върху Вашето сърце спокойно е необходимо то да бъде спряно за кратък период от време под съответна защита по изкуствен начин. През това време функцията на сърцето Ви и тази на белите дробове ще се поеме от “машината сърце – бял дроб” (т.нар. извънтелесно кръвообращение). Увредената клапа ще бъде оперирана, ремоделирана или заместена с протеза (изкуствена клапа). След операцията Вие ще бъдете в интензивно отделение, където за Вас ще бъде приготвено затоплено легло и Вие ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

За постоянно наблюдение на Вашата сърдечна дейност ще ви бъдат залепени ЕГК–електроди. Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и различни медикаменти. За точен контрол на Вашето артериално налягане и доставката на кислород за Вашето тяло ще ви бъде поставена след местна упойка, една пластична канюла в пулсиращ съд (артерия).

За дрениране на стомашния сок по време на операцията се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно. Следващата манипулация е поставянето на централен венозен катетър в една вена на шията. Този катетър е необходим за преценяване на сърдечната дейност и за директното инжектиране в сърцето на медикаментите. Възможните рискове при поставянето на катетъра са въздушната емболия (попадане на въздух във вената) и сърдечни ритъмни смущения.

Най-накрая за проследяване на бъбречната функция в пикочния мехур се поставя един катетър. При наличие на уголемена простата може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – до инфекция на пикочния мехур.

Тубусът в трахеята Ви ще пречи да говорите, а наличните катетри и кабели ограничават Вашите движения.

Понякога след операцията Вие може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

Няколко дни след операцията Вие може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашето дете стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

ПРИ ТУМОРИ НА СЪРЦЕТО И ПЕРИКАРДА

Какво представлява Вашето заболяване?

Туморните заболявания на сърцето и перикарда променят анатомията им и по този начин пречат на основната функция на сърцето да изпомпва кръв и доставя до органите и тъканите кислород и хранителни вещества. Туморите променят тъканите и структурите на сърцето и водят до неговото унищожение.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение – оперативно или консервативно, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои на Вас или Вашия близък вътре в болницата?

След направените изследвания, ако решим, че Вашето заболяване може да бъде коригирано по оперативен път чрез операция на сърцето, за да работи нормално, извършването на операцията ще Ви осигури един нормален живот на здрав човек, полезен за себе си, за семейството си и обществото. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашия близък прогресивно ще се влошава и прогнозата за качеството и продължителността на живота Ви сериозно ще се влоши.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашия близък решение. Не винаги може да се постигне желаният резултат. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния Ви период могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашия близък се изисква известно усилие и от ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативният екип. За да се работи по време на операцията върху Вашето сърце спокойно, е необходимо то да бъде спряно за кратък период от време под съответна защита по изкуствен начин. През това време функцията на сърцето Ви и тази на белите дробове ще се поеме от "машината сърце – бял дроб" (т.нар. извънтелесно кръвообращение). Увредените структури ще бъдат оперирани и възстановени. След операцията Вие ще бъдете в интензивно отделение, където за Вас ще бъде приготвено затоплено легло и Вие ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

За постоянно наблюдение на Вашата сърдечна дейност ще ви бъдат залепени ЕГК–електроди. Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори различни медикаменти. За точен контрол на Вашето артериално налягане и доставката на кислород за Вашето тяло, ще ви бъде поставена след местна упойка една пластична канюла в пулсиращ съд (артерия).

За дрениране на стомашния сок по време на операцията се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно. Следващата манипулация е поставянето на централен венозен катетър в една вена на шията. Този катетър е необходим за преценяване на сърдечната дейност и за директното инжектиране в сърцето на медикаментите. Възможните рискове при поставянето на катетъра са въздушната емболия (попадане на въздух във вената) и сърдечни ритъмни смущения.

Най-накрая за проследяване на бъбречната функция в пикочния мехур се поставя един катетър. При наличие на уголемена простата може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – до инфекция на пикочния мехур.

Тубусът в трахеята Ви ще пречи да говорите, а наличните катетри и кабели ограничават Вашите движения.

Понякога след операцията Вие може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

Няколко дни след операцията Вие може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашия близък стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

КП № 117 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СЪРДЕЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ В УСЛОВИЯТА НА ЕКСТРАКОРПОРАЛНО КРЪВООБРАЩЕНИЕ ПРИ ДЕЦА ОТ 0 ДО 18 ГОДИНИ. МИНИМАЛНО ИНВАЗИВНИ СЪРДЕЧНИ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЛИЦА ОТ 0 ДО 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 8 дни

Минимален болничен престой при интервенционални процедури - 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Частична резекция на бял дроб

38440-00 Клиновидна резекция на бял дроб
Ексцизия на белодробна лезия БДУ
Пликация на емфизематозни мехури

38438-00 Сегментна резекция на бял дроб
Частична лобектомия } на бял дроб
Сегментектомия }

Инцизионни процедури на бял дроб и плевра

38415-00 Инцизия на плевра
Създаване на плеврален прозорец за дренаж
Дренаж на емпием
Отворен гръден дренаж
Включва: резекция на ребро

Ексцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38446-02 Премахване лезия на медиастинум чрез торакотомия
38446-03 Премахване лезия на медиастинум чрез стернотомия

Инцизионни процедури на аортна клапа

38456-10 Отворена валвотомия на аортна клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Възстановяване на аортна клапа

Не включва: такова с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])

38480-00 Пластика на аортна клапа, 1 платно
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Не включва: декалцификация на аортна клапа (38483-00 [622])

38481-00 Пластика на аортна клапа, ≥ 2 платна
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Не включва: декалцификация на аортна клапа (38483-00 [622])

Инцизионни процедури на митрална клапа

38487-00 Отворена валвотомия на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Възстановяване на митрална клапа

38480-01 Пластика на митрална клапа, 1 платно

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Не включва: декалцификация на митрална клапа (38485-01 [626])

38481-01 Пластика на митрална клапа, ≥ 2 платна

Кодирай също когато е направена:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Не включва: декалцификация на митрална клапа (38485-01 [626])

Инцизионни процедури на пулмонална клапа

38456-01 Отворена валвотомия на белодробна клапа

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Инцизионни процедури на трикуспидална клапа

38456-11 Отворена валвотомия на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Пластика на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

38480-02 Пластика на трикуспидална клапа, 1 платно

38481-02 Пластика на трикуспидална клапа, ≥ 2 платна

Подмяна на аортна клапа

Кодирай също когато е направена:

• сърдечнобелодробен байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на процедури на сърдечни клапи (38493-00 [666])

38488-01 Подмяна на аортна клапа с биопротеза

38489-00 Подмяна на аортна клапа с хомографт

38489-01 Подмяна на аортна клапа с нестентиран хетерографт

Подмяна на аортна клапа

38488-00 Подмяна на аортна клапа с механична протеза

Подмяна на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])

38488-03 Подмяна на митрална клапа с биопротеза

38489-02 Подмяна на митрална клапа с хомографт

Подмяна на митрална клапа

38488-02 Подмяна на митрална клапа с механична протеза

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38488-07 Подмяна на пулмонална клапа с биопротеза

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно управление на остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

38489-04 Подмяна на пулмонална клапа с хомографт

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

38489-05 Подмяна на пулмонална клапа с нестентиран хетерографт

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38488-06 Подмяна на пулмонална клапа с механична протеза

Кодирай също когато е направена:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

Подмяна на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])

38488-05 Подмяна на трикуспидална клапа с биопротеза

38489-03 Подмяна на трикуспидална клапа с хомографт

Подмяна на трикуспидална клапа

38488-04 Подмяна на трикуспидална клапа с механична протеза

Възстановяване на аортна клапа

Не включва: такова с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])

38475-02 Анулопластика на аортна клапа

38477-02 Анулопластика на аортна клапа с поставяне на пръстен
Анулопластика на аортна клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Анулопластика на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38475-00 Анулопластика на митрална клапа

38477-00 Анулопластика на митрална клапа с поставяне на пръстен
Анулопластика на митрална клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Анулопластика на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38475-01 Анулопластика на трикуспидална клапа

38477-01 Анулопластика на трикуспидална клапа с поставяне на пръстен
Анулопластика на трикуспидална клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Други възстановителни процедури на септум

38739-00 Предсърдна септектомия или септостомия
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект
Включва: патч графт
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-00 Перкутанно затваряне на предсърден септален дефект
Включва: такова с протеза или устройство

Затваряне на камерен септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38751-00 Перкутанно затваряне дефект на междукамерна преграда
Включва: такова с протеза

Затваряне на предсърден септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38742-03 Възстановяване на ендокарден пристенен дефект

Включва: такова с протеза

38475-01 Анулопластика на трикуспидална клапа

Затваряне на камерен септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

627 Анулопластика на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38475-00 Анулопластика на митрална клапа

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Други процедури на пулмонална клапа

38653-07 Други интраторакални процедури на пулмонална клапа с кардиопулмонален байпас

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия

Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Други процедури на предсърдие

38653-01 Други интраторакални процедури на предсърдие с кардиопулмонален байпас

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Преградна или кондуит процедури

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия

Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Възстановителни процедури на предсърдие

90224-00 Корекция на транспозиция на големи съдове

Артериална суич процедура

Не включва: създаване на шънт между дясно предсърдие и пулмонална артерия (38757-00 [613])

процедура на интра-атриална преграда (38745-00 [603])

Възстановителни процедури на предсърдие

38745-00 Интрапредсърдна транспозиция на венозното връщане

Атриална суич процедура

Поставяне на интра-атриална преграда

Процедура Mustard

Процедура Senning

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

Кодирай също когато е направен:

• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия

Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Не включва: *при подмяна (38760-00 [613])*

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

Кодирай също когато е направен:

• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38757-01 Създаване на екстракардиален кондюит между лява камера и аорта
Създаване на апикоаортен шънт
Шънт между апекс на лява камера и аорта

Възстановителни процедури на предсърдие

Забележка: Изпълнени при вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38757-02 Създаване на екстракардиален кондюит между предсърдие и белодробна артерия

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38760-00 Подмяна на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия
Подмяна на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Други процедури на септум

38653-03 Други интраторакални процедури на септум с кардиопулмонален байпас

Реоперативни процедури на други места в сърцето

38640-00 Реоперация за друга сърдечна процедура, некласифицирана другаде
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
Кодирай първо:
• извършена хирургична процедура(и)

Други процедури на други места в сърцето

38653-00 Други интраторакални процедури на сърцето с кардиопулмонален байпас
Отворена сърдечна хирургия със сърдечно пулмонален байпас БДУ
Не включва: интраторакални процедури върху:
• аортна клапа (38456-15 [624])
• предсърдие (38456-13 [606])
• митрална клапа (38456-16 [630])
• пулмонална клапа (38456-18 [638])
• прегради (38456-12 [620])
• трикуспидална клапа (38456-17 [635])
• камера (38456-14 [615])
• съдове на сърце (38456-19 [681])

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-00 Байпас на коронарна артерия, с използване на 1 сафенов-венозен графт

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
- базилика
- цефалика

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
- артериален (виж блокове [674] до [678])
- композитен (38500-05, 38503-05 [679])
- уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 друг венозен графт

Байпас на коронарна артерия – графт от лява вътрешна мамарна артерия [LIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
  - артериален (виж блокове [674] до [678])
  - композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  - уточнен материал НКД (90201 [679])
  - венозен (виж блокове [672] и [673])
- отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-00 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 LIMA графт

Байпас на коронарна артерия – графт от дясна вътрешна мамарна артерия [RIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
  - артериален (виж блокове [674] до [678])
  - композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  - уточнен материал НКД (90201 [679])
  - венозен (виж блокове [672] и [673])
- отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-01 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 RIMA графт

Байпас на коронарна артерия – графт от радиална артерия

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направена:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
  - артериален (виж блокове [674] до [678])
  - композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  - уточнен материал НКД (90201 [679])
  - венозен (виж блокове [672] и [673])
- отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-02 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 радиално-артериален графт

Байпас на коронарна артерия – графт от друга артерия

Включва: доставяне от артерия:
- интеркостална
- спленална
- субскапуларна
- улнарна

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])
• венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 друг артериален графт

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-01 Байпас на коронарна артерия, с използване на 2 сафено-венозни графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-06 Байпас на коронарна артерия, използвайки 3 други венозни графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-07 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 4 други венозни графта

Байпас на коронарна артерия – графт от дясна вътрешна мамарна артерия [RIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])
• венозен (виж блокове [672] и [673])

• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-01 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 RIMA графт

Байпас на коронарна артерия – графт от дясна вътрешна мамарна артерия [RIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
  • артериален (виж блокове [674] до [678])
  • композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  • уточнен материал НКД (90201 [679])
  • венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-01 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 2 RIMA графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 друг венозен графт

Инцизионни процедури на миокард

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38650-02 Трансмиокардна реваскуларизация при отворен гръден кош

Други ексцизионни процедури на перикард

38447-00 Перикардектомия, непълна или пълна
Частична перикардиектомия за създаване на перикарден прозорец
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Ексцизия на камерна аневризма

Пликация на левокамерна аневризма
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38507-00 Левокамерна аневризмектомия

38508-00 Левокамерна аневризмектомия и реконструкция с патч графт

Ексцизионни процедури на предсърдие

38670-00 Ексцизия на лезия на предсърдна стена или междупредсърден септум
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Не включва: с реконструкция на предсърдие чрез:
• кондюит (38673-01 [604])
• патч графт (38673-00 [604])

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38615-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява камера

38615-01 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в дясна камера

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38627-00 Корекция на канюла за устройство за асистирана циркулация на камера (и)
Преместване канюла за вентрикуларно асистиращо устройство

38621-00 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на лява камера

38621-01 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на дясна камера

38624-00 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Поставяне на друг електрод или патч за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38470-00 Поставяне на постоянен епикарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез торакотомия или стерностомия
Поставяне на постоянен миокарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез:
• стернотомия
• торакотомия
Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен пейсмейкър-генератор (38353-00 [650])
Не включва: с дефибрилаторна функция (38470-01 [649])

38470-01 Поставяне на постоянен епикарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез торакотомия или стерностомия
Поставяне на постоянен миокарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез:
• стернотомия
• торакотомия
Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен дефибрилатор-генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-00 [653])

Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38456-24 Подмяна на постоянен епикарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез

торакотомия или стерностомия
Подмяна на постоянен миокарден електрод за кардио пейсмейкър чрез торакотомия и стернотомия
Кодирай също когато е направена:
• подмяна на сърдечен пейсмейкър (38353-01 [655])
Не включва: с дефибрилаторна функция (38456-31 [654])

38456-31 Подмяна на постоянен епикарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез торакотомия или стерностомия
Подмяна на постоянен миокарден електрод за кардио дефибрилатор чрез торакотомия и стернотомия
Кодирай също когато е направена:
• подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционен графт

Подмяна на възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])
Не включва: при подмяна на аортна дъга (виж блок [688])

38550-01 Протезиране на възходяща гръдна аорта

Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38559-01 Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Протезиране на низходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38568-01 Протезиране на низходяща гръдна аорта

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционен графт

Други процедури на артерия

90222-00 Други процедури на артерия

Други процедури на вена

90222-01 Други процедури на вена

Възстановителни процедури на белодробна артерия при вродено сърдечно заболяване

38733-00 Създаване на системен пулмонален шънт
Създаване на шънт:
• възходяща аорта }

• низходяща аорта } към пулмонална артерия
• субклавна }

Други възстановителни процедури на съдови места

38733-01 Създаване на кавопулмонален шънт
Създаване на шънт от вена кава супериор към белодробна артерия за снабдяване на:
• двата бели дроба (двупосочна Glenn процедура)
• един бял дроб (класическа Glenn процедура)
Забележка: Изпълнен за вродено сърдечно заболяване

Миокардиална превенция

38600-00 Кардиопулмонален байпас, централно канюлиране
Сърдечнобелодробен байпас БДУ
Екстракорпорално кръвообръщение чрез централна катетеризация
Включва: такава, свързан с отворена сърдечна хирургия
при използване на апарат сърце-бял дроб
Не включва: специфични процедури със сърдечнобелодробен байпас (38653 [606], [615], [620], [624], [630], [635], [638], [666] и [681])

Миокардиална превенция

90225-00 Екстракорпорална мембрана оксигенация [ECMO]
Не включва: екстракорпорална циркулация при отворена сърдечна хирургия чрез канюлиране:
• централно (38600-00 [642])
• периферно (38603-00 [642])

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35309-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-00 [754])

35309-07 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-01 [754])

Инцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38418-00 Експлоративна торакотомия
Затваряне фистула на гръден канал
Лигиране на гръден канал
Срединна стернотомия
Включва: биопсия на:
• гръдна стена
• диафрагма
• медиастинум
Не включва: отворена биопсия на:
• бял дроб (38418-02 [550])
• през медиастинум:
• цервикален достъп (38448-00 [561])
• медиастинотомия (30320-00 [561])
• плевра (38418-01 [550])

Като оперативен достъп – пропусни кода

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване:

1. Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна (оперативна (**с изключение на** 38415-00**;** 38470-00; 38470-01; 38456-24; 38456-31**;** 38600-00**;** 90225-00; 38418-00**)** или интервенционална процедура **(**38742-00**;** 38751-00; 35309-06; 35309-07) и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза**, посочени в Приложение № 21**. При извършени и отчетени горните интервенционални процедури, следва да се укажат и кодовете на определени диагнози, които ги налагат.

2. Клиничната пътека се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. № 7 на МЗ-НЗОК) и “ ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА”.

3. При необходимост и по преценка на оператора, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти.

4. В цената на пътеката са включени медицинските изделия за интервенционалните процедури: стентове за коригиране на коарктация на аортата и периферни пулмонални стенози и устройства за затваряне на предсърдни и камерни дефекти.

5. Процедура с **код** 38470-00 или 38470-01 или 38456-24 или 38456-31 се отчита **задължително в комбинация със** 38418-00 **(стернотомия) или** 38415-00 **(торакотомия).**

В рамките на общия обем случаи по КП, са включени и случаите с интервенционално лечение.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Кардиохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиохирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиохирургия”.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени **на територията му** и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия
2. Ангиографска (процедурна) зала, отговаряща на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с 24 -часов непрекъснат режим на работа

(разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. Детска кардиологична клиника/отделение
4. Детска сърдечна реанимация
5. Операционен блок/зали (минимум 2 зали), с оборудване за ЕКК и препоръчително за ЕКМО
6. Клинична лаборатория - II или III ниво на компетентност
7. Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на **населеното място**, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Вирусологична лаборатория
2. КАТ/МРТ, с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Патоморфологична лаборатория
4. Отделение за физикална и рехабилитационна медицина
5. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

- в клиника/отделение по кардиохирургия – четирима лекари, от които двама със специалност по кардиохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по детска кардиология – двама, от които единият с придобита допълнителна квалификация по ехокардиография;
- специалист по екстракорпорална циркулация (кардиотехници или перфузионисти);
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Най-малко двама от лекарите със специалност по кардиохирургия да са извършили поне по **125** операции в условията на ЕКК на година за последните 3 години. Броят операции се отнася за пациенти на възраст от 0 до 18 години.

В клиниките/отделенията по кардиохирургия, осъществяващи операции при деца - извършване на не по-малко от **125** операции на отворено сърце годишно.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ :

- **клинични и параклинични данни за сърдечна тампонада;**
- **клинични и параклинични данни за дисекация на аортата;**

- **клинични и параклинични и ангиографски данни за настъпващ белодробен оток вследствие на остра клапна дисфункция;**
- **клинични и параклинични и ангиографски данни за настъпващ белодробен оток вследствие на миокардна исхемия;**
- **клинични и параклинични и ангиографски данни за протезна клапна дисфункция;**
- **клинични и параклинични данни за травма на сърцето и големите съдове;**
- **клинични и параклинични данни за белодробна тромбоемболия;**
- **клинични и параклинични данни за тумор, обтуриращ сърдечни кухини и клапи;**
- **ятрогенна лезия на коронарен съд или перфорация на сърдечна кухина;**
- **остра инсуфициенция на сърдечна клапа вследствие на ендокардити;**
- **бързо настъпваща сърдечна недостатъчност (за имплантиране на устройство, подпомагащо сърдечната функция);**
- **спешни състояния при вродени сърдечни малформации;**
- **травми на органите на гръдния кош.**

За интервенционалните процедури:

- **вродени сърдечни малформации;**
- **придобити сърдечни пороци;**
- **тумори на сърцето (без хемодинамична значимост);**
- **перикардити;**
- **ендокардити, неподлежащи на спешна хоспитализация;**
- **травми на органите на гръдния кош.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Спешна хоспитализация

Пациентите постъпват в структура за интензивно лечение, където се започват при необходимост кардио-пулмонална ресусцитация, включваща интубация, сърдечна дефибрилация, вливания или поставяне на подпомагащи сърдечната функция и ритъм устройства. Едновременно с това се провеждат изследвания на кръвта, рентгенова и ехокардиография, ЕКГ, кръвно-групово изследване. При необходимост се извършва спешна ангиография. След поставяне на диагнозата и определяне на индикациите за оперативно лечение болният постъпва в операционната зала. Там се извършва операцията по спешност. Следоперативно пациента се превежда в структура за интензивно лечение, където продължава механичната вентилация, вливания, медикаментозно лечение. Следят се виталните показатели и функцията на всички органи и системи. При необходимост се включват различни подпомагащи устройства (хемофилтър, интрааортна балонна помпа – ИАБП и др.). След събуждането на пациента и стабилизиране на състоянието му той се екстубира, постепенно се отнемат вливанията и подпомагащите устройства до 24-ия час, при неусложнени пациенти се премахват дренажите, катетрите и инвазивните линии и болният се раздвижва. В следоперативна структура пациентът се превежда след покриването на строго определени клинични, инструментални и параклинични критерии. Там пациентите се лекуват средно 5-6 дни до изписването им от клиниката (при деца средно 10 дни).

При усложнени случаи (хеморагии, остра сърдечна слабост, инсулт, инфекция, емболия, ОБН, ОДН и др.) престоят в ОАИЛ /ДОИЛ за интензивни грижи се удължава до стабилизиране на пациента, възстановяване на жизнените функции на органите и системите, които са били увредени и пациентът се раздвижва. При патология некасаеща

прякото възстановяване от оперативната намеса, пациентът следва да бъде преведен в тяснопрофилирана клиника или отделение.

Планова хоспитализация

След провеждане на изследванията, подготовката и стабилизирането състоянието на пациента, се провеждат кардиохирургични обсъждания, на които кардиолозите, изследвали пациента, го предлагат за планово оперативно или интервенционално лечение. След консилиум той влиза в оперативната програма.

След оперативното лечение престоят в ОАИЛ/ДОИЛ и постоперативните процедури са същите. Тактиката в следоперативната структура е същата. Поведението при усложнените случаи не се различава от това, описано по-горе.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя интраоперативно, интрапроцедурно и постоперативно.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- клинични, ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенови и лабораторни данни със задоволителни параметри;
- стабилна хемодинамика;
- първично зарастване на оперативната рана;
- афебрилност.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул..... №. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: ..... МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Пациент: .....

(подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ

Какво представлява заболяването на Вашето дете?

Вашето дете страда от вродена сърдечна малформация (вродено заболяване), при което сърцето не изпълнява нормалната си функция - да изпомпва кръв и доставя до органите и тъканите кислород и хранителни вещества.

Защо Вашето дете трябва да постъпи в болница?

В болницата ще бъдат извършени изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или законни представители на Вашето дете могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение – оперативно или консервативно, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво предстои на Вашето дете по време на престоя в болницата?

След направените изследвания, се взема решение до колко е възможно вродената сърдечна малформация при Вашето дете да се коригира чрез операция, така че Вашето дете да има добро качество на живот. Ще Ви се предложи операция, същността на която ще Ви бъде подробно обяснена. В случай, че операцията не се извърши, състоянието на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството и продължителността на живота сериозно да се влоши.

В някои случаи оперативният риск е много висок. За да сте в състояние да вземете най-правилното решение за Вашето дете ще Ви се дадат най-подробни разяснения.

Не винаги може да се постигне желаният резултат. По време на болничния престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния период могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да наложи повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението при Вашето дете се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат. За допълнителни въпроси и разяснения винаги можете да се обръщате към лекуващия лекар или началника на отделението.

Какво представлява самата операция?

Вашето дете ще бъдете въведено в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там то ще бъде анестезирано (въведено под обща

упойка), след което ще заспи и за неговия живот ще се грижи оперативния екип. За да се работи спокойно върху сърцето по време на операцията е необходимо то да бъде спряно за кратък период от време под съответна защита по изкуствен начин. През това време функцията на сърцето и на белите дробове се поеме от "машината сърце – бял дроб" - т.нар. екстракорпорално (извънтелесно) кръвообращение. След операцията Вашето дете ще се преведе в отделение за следоперативно интензивно лечение. За Вашето дете в зависимост от възрастта е подготвено специално легло или тип кувьоз, което позволява да се поддържа определена от лекуващия екип температура на въздуха. Вашето дете се поема от специализиран екип от лекари и специалисти по здравни грижи, които осигуряват по-нататъшното лечение.

Постоянното проследяване на сърдечна дейност на Вашето дете се осъществява чрез монитор, към който сигналът се предава от залепени на тялото ЕКГ–електроди. Артериалното налягане в зависимост от лекарската преценка се проследява посредством маншета, поставена на ръката или директно чрез катетър поставен в артерия на ръката или крака. В тези случаи това става обикновено още в операционната зала.

В една вена на предмишницата, на гърба на дланта, в областта на шията или подключичното пространство се поставя пластмасова канюла (периферен или централен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и различни медикаменти. В зависимост от сложността на случая могат да се използват едновременно няколко вени за вливания. Поставянето на централен венозен катетър в една вена на шията крие известни рискове – възникване на въздушната емболия (попадане на въздух във вената) и сърдечни ритъмни смущения.

За дрениране на стомашния сок по време на операцията се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно.

За проследяване на бъбречната функция в пикочния мехур се поставя катетър. При по-дълъг престой на катетъра може да се появи инфекция на пикочния мехур.

Тубусът в трахеята ще пречи на детето да говори или издава звуци, а наличните катетри и кабели ограничават движенията му.

В някои случаи след операцията детето може да е объркано (дезориентирано), което не е необичайно. Всеки индивид реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

Няколко дни след операцията, Вашето дете ще бъде преведено обратно в предоперативното отделение.

След окончателното стабилизиране на състоянието на Вашето дете, зарастване на оперативната и дренажна рана и раздвижване, детето се изписва и лечението продължава на лечението в домашни условия.

АНГИОПЛАСТИКА И СТЕНТИРАНЕ НА СЪДОВИ СТЕСНЕНИЯ

Ангиопластика на артериални съдове се извършва при пациенти с ВСМ – коарктация на аортата или стеноза на клоновете на белодробната артерия, които мога да са първични или да са настъпили след предхождаща сърдечна операция.

Интервенцията се извършва с пункция на вена или артерия на крака. Пациентът е под обща анестезия. След пълно интракардиално изследване през мястото на стесненията се поставя водач и по него балонен катетер, върху който може да се монтира специална метална тръбичка, наречена стент. Раздуването на балона води до премахване на стенозата (стеснението), а стентът поддържа съда максимално разширен.

Непосредствените резултати са много добри при над 90 % от децата. Основно предимство на този метод на лечение е избягването на сърдечната операция, свързаните с нея торакотомия и използване на машина „сърце -бял дроб" и съответните усложнения, както и козметичен дефект от белега.

При отдалеченото проследяване може да се наблюдава развитие на рестеноза, която може да бъде лекувана чрез нова ангиопластика или операция.

На мястото на убождането може да се получи подутина или кървене, което в редки случаи налага кръвопреливане. Може да настъпи запушване на съда, което да изисква лечение с медикаменти или операция. При работата с катетрите в сърцето могат да настъпят ритъмно-проводни нарушения, които да застрашат живота. Изключително рядко е възможно да се получи пробив на артериален съд, което да налага спешна операция.

КП № 118 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕЦА ДО 1 ГОДИНА С КРИТИЧНИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ В УСЛОВИЯТА НА ЕКСТРАКОРПОРАЛНО КРЪВООБРАЩЕНИЕ

1. Минимален болничен престой – 10 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Инцизионни процедури на аортна клапа

38456-10 Отворена валвотомия на аортна клапа

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Възстановяване на аортна клапа

Не включва: такова с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])

38480-00 Пластика на аортна клапа, 1 платно

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
- клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Не включва: декалцификация на аортна клапа (38483-00 [622])

38481-00 Пластика на аортна клапа, ≥ 2 платна

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
- клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Не включва: декалцификация на аортна клапа (38483-00 [622])

Инцизионни процедури на митрална клапа

38487-00 Отворена валвотомия на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Възстановяване на митрална клапа

38480-01 Пластика на митрална клапа, 1 платно

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
- клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Не включва: декалцификация на митрална клапа (38485-01 [626])

38481-01 Пластика на митрална клапа, ≥ 2 платна

Кодирай също когато е направена:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
- клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Не включва: декалцификация на митрална клапа (38485-01 [626])

Инцизионни процедури на пулмонална клапа

38456-01 Отворена валвотомия на белодробна клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Инцизионни процедури на трикуспидална клапа

38456-11 Отворена валвотомия на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Пластика на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапнаанулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

38480-02 Пластика на трикуспидална клапа, 1 платно

38481-02 Пластика на трикуспидална клапа, ≥ 2 платна

Подмяна на аортна клапа

Кодирай също когато е направена:
• сърдечнобелодробен байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на процедури на сърдечни клапи (38493-00 [666])

38488-01 Подмяна на аортна клапа с биопротеза

38489-00 Подмяна на аортна клапа с хомографт

38489-01 Подмяна на аортна клапа с нестентиранхетерографт

Подмяна на аортна клапа

38488-00 Подмяна на аортна клапа с механична протеза

Подмяна на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])

38488-03 Подмяна на митрална клапа с биопротеза

38489-02 Подмяна на митрална клапа с хомографт

Подмяна на митрална клапа

38488-02 Подмяна на митрална клапа с механична протеза

Подмяна на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])

38488-05 Подмяна на трикуспидална клапа с биопротеза

38489-03 Подмяна на трикуспидална клапа с хомографт

Подмяна на трикуспидална клапа

38488-04 Подмяна на трикуспидална клапа с механична протеза

Други възстановителни процедури на септум

38739-00 Предсърдна септектомия или септостомия

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патчграфт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Други процедури на пулмонална клапа

38653-07 Други интраторакални процедури на пулмонална клапа с кардиопулмонален байпас

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38757-00 Създаване на екстракардиаленкондюит между дясна камера и белодробна артерия

Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Други процедури на предсърдие

38653-01 Други интраторакални процедури на предсърдие с кардиопулмонален байпас

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патчграфт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Преградна или кондуит процедури

38757-00 Създаване на екстракардиаленкондюит между дясна камера и белодробна артерия

Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Възстановителни процедури на предсърдие

90224-00 Корекция на транспозиция на големи съдове

Артериална суич процедура

Не включва: създаване на шънт между дясно предсърдие и пулмонална артерия (38757-00 [613])

процедура на интра-атриална преграда (38745-00 [603])

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

Кодирай също когато е направен:

• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38757-00 Създаване на екстракардиаленкондюит между дясна камера и белодробна артерия

Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

Кодирай също когато е направен:

• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38757-01 Създаване на екстракардиаленкондюит между лява камера и аорта

Създаване на апикоаортеншънт

Шънт между апекс на лява камера и аорта

Възстановителни процедури на предсърдие

Забележка: Изпълнени при вродено сърдечно заболяване

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38757-02 Създаване на екстракардиален кондюит между предсърдие и белодробна артерия

Други процедури на други места в сърцето

38653-00 Други интраторакални процедури на сърцето с кардиопулмонален байпас

Отворена сърдечна хирургия със сърдечно пулмонален байпас БДУ

Не включва: интраторакални процедури върху:

• аортна клапа (38456-15 [624])

• предсърдие (38456-13 [606])

• митрална клапа (38456-16 [630])

• пулмонална клапа (38456-18 [638])

• прегради (38456-12 [620])

• трикуспидална клапа (38456-17 [635])

• камера (38456-14 [615])

• съдове на сърце (38456-19 [681])

Възстановителни процедури на аорта

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38706-01 Възстановяване на аорта с анастомоза

Други процедури на артерия

90222-00 Други процедури на артерия

Други процедури на вена

90222-01 Други процедури на вена

Възстановителни процедури на белодробна артерия при вродено сърдечно заболяване	
38733-00	Създаване на системен пулмонален шънт Създаване на шънт: • възходяща аорта } • низходяща аорта } към пулмонална артерия • субклавна }
Миокардиална превенция	
38600-00	Кардиопулмонален байпас, централно канюлиране Сърдечнобелодробен байпас БДУ Екстракорпоралнокръвообръщение чрез централна катетеризация *Включва*: такава, свързан с отворена сърдечна хирургия при използване на апарат сърце-бял дроб *Не включва*: специфични процедури със сърдечнобелодробен байпас (38653 [606], [615], [620], [624], [630], [635], [638], [666] и [681])
Миокардиална превенция	
90225-00	Екстракорпорална мембрана оксигенация [ECMO] *Не включва*: екстракорпорална циркулация при отворена сърдечна хирургия чрез канюлиране: • централно (38600-00 [642]) • периферно (38603-00 [642])
Хемодиализа	
13100-01	Периодична хемофилтрация
13100-02	Продължаваща хемофилтрация
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: 1. Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура (с изключение на 38600-00, 90225-00, 13100-01 или 13100-02), посочени в блок **Кодове на основни процедури**, и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21**.

2. Клиничната пътека се отчита с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. № 7 на МЗ-НЗОК) и “ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА”.

3. При необходимост и по преценка на оператора, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Неразделна част към ИЗ на пациента става “ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА”.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Кардиохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиохирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиохирургия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени **на територията му** и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия
2. Ангиографска (процедурна) зала, отговаряща на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с 24 -часов непрекъснат режим на работа (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. Детскакардиологична клиника/отделение
4.Детска сърдечна реанимация
5. Операционен блок/зали(минимум 2 зали), с оборудване за ЕКК и препоръчително за ECMO
6. Клинична лаборатория - II или III ниво на компетентност
7. Образна диагностика
8. Клиника/отделение по педиатрия или неонатология

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на **населеното място**, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Вирусологична лаборатория
2. КАТ/МРТ, с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Клинична патология
4. Отделение за физикална и рехабилитационна медицина
5. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

- в клиника/отделение по кардиохирургия – четирима лекари, от които двама лекари със специалност по кардиохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по детска кардиология – двама, от които единият с придобита допълнителна квалификация по ехокардиография;
- специалист по екстракорпорална циркулация (кардиотехници или перфузионисти);

- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

В клиниките/отделенията по кардиохирургия, осъществяващи операции при деца - извършване на не по-малко от 125 операции на отворено сърце годишно.

Най-малко двама от лекарите със специалност по кардиохирургия да са извършили поне по **125** операции в условията на ЕКК на година за последните 3 години.Броят операции се отнася за пациенти на възраст от 0 до 18 години.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

По тази КП се приемат и оперират само деца под 1-годишна възраст с критични ВСМ, които отговарят на поне една от спешните индикации за хоспитализация.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

- **клинични, параклинични и ехокардиографски данни за неовладима сърдечна недостатъчност или кардиогенен шок;**
- **клинични, параклинични и ехокардиографски данни за неовладимахипоксемия;**
- **клинични, параклинични и ехокардиографски данни за неовладима сърдечна недостатъчност и хипоксемия;**
- **новородени със зависимо от артериалния канал белодробно или системно кръвообращение;**
- **травми на органите на гръдния кош.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

В клиничната пътека се включват само пациенти с данни за критично, животозастрашаващо състояние, отговарящи на посочените по-горе индикации за хоспитализация.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя интраоперативно и постоперативно.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- клинични, ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенови и лабораторни данни със задоволителни параметри;
- стабилна хемодинамика;
- първично зарастване на оперативната рана;
- афебрилност.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА седокументира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативнаанестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативнаепикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни (в ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни (в ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№.....

ж.к.....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Пациент: .....

(подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека			
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ПРИ ВРОДЕНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ

Какво представлява заболяването на Вашето дете?

Вашето дете страдаот вродена сърдечна малформация (вродено заболяване), при което сърцето не изпълнява нормалната си функция - да изпомпва кръв и доставя до органите и тъканите кислород и хранителни вещества.

Защо Вашето дете трябва да постъпи в болница?

В болницата ще бъдат извършени изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или законни представители на Вашето дете могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение – оперативно или консервативно, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво предстои на Вашето дете по време на престоя в болницата?

След направените изследвания, се взема решение до колко е възможно вродената сърдечна малформация при Вашето дете да се коригира чрез операция, така че Вашето дете да има добро качество на живот. Ще Ви се предложи операция, същността на която ще

Ви бъде подробно обяснена. В случай, че операцията не се извърши, състоянието на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството и продължителността на живота сериозно да се влоши.

В някои случаи оперативният риск е много висок. За да сте в състояние да вземете най-правилното решение за Вашето дете ще Ви се дадат най-подробни разяснения.

Не винаги може да се постигне желаният резултат. По време на болничния престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния период могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да наложи повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението при Вашето дете се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат. За допълнителни въпроси и разяснения винаги можете да се обръщате към лекуващия лекар или началника на отделението.

Какво представлява самата операция?

Вашето дете ще бъдете въведено в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там то ще бъде анестезирано (въведено под обща упойка), след което ще заспи и за неговия живот ще се грижи оперативния екип. За да се работи спокойно върху сърцето по време на операцията е необходимо то да бъде спряно за кратък период от време под съответна защита по изкуствен начин. През това време функцията на сърцето и на белите дробове се поеме от "машината сърце – бял дроб" - т.нар. екстракорпорално (извънтелесно) кръвообращение. След операцията Вашето дете ще се преведе в отделение за следоперативно интензивно лечение. За Вашето дете в зависимост от възрастта е подготвено специално легло или тип кувьоз, което позволява да се поддържа определена от лекуващия екип температура на въздуха. Вашето дете се поема от специализиран екип от лекари и специалисти по здравни грижи, които осигуряват по-нататъшното лечение.

Постоянното проследяване на сърдечна дейност на Вашето дете се осъществява чрез монитор, към който сигналът се предава от залепени на тялото ЕКГ–електроди. Артериалното налягане в зависимост от лекарската преценка се проследява посредством маншета, поставена на ръката или директно чрез катетър поставен в артерия на ръката или крака. В тези случаи това става обикновено още в операционната зала.

В една вена на предмишницата, на гърба на дланта, в областта на шията или подключичното пространство се поставя пластмасова канюла (периферен или централен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и различни медикаменти. В зависимост от сложността на случая могат да се използват едновременно няколко вени за вливания. Поставянето на централен венозен катетър в една вена на шията крие известни рискове – възникване на въздушната емболия (попадане на въздух във вената) и сърдечни ритъмни смущения.

За дрениране на стомашния сок по време на операцията се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно.

За проследяване на бъбречната функция в пикочния мехур се поставя катетър. При по-дълъг престой на катетъра може да се появи инфекция на пикочния мехур.

Тубусът в трахеята ще пречи на детето да говори или издава звуци, а наличните катетри и кабели ограничават движенията му.

В някои случаи след операцията детето може да е объркано (дезориентирано), което не е необичайно. Всеки индивид реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

Няколко дни след операцията, Вашето дете ще бъде преведено обратно в предоперативното отделение.

След окончателното стабилизиране на състоянието на Вашето дете, зарастване на оперативната и дренажна рана и раздвижване, детето се изписва и лечението продължава на лечението в домашни условия.

КП № 119 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ КОМПЛЕКСНИ СЪРДЕЧНИ МАЛФОРМАЦИИ С МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ В УСЛОВИЯ НА ЕКСТРАКОРПОРАЛНО КРЪВООБРАЩЕНИЕ

1. Минимален болничен престой – 7дни
Минимален болничен престой при протезен или нативен ендокардит – 14 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Частична резекция на бял дроб

38440-00 Клиновидна резекция на бял дроб
Ексцизия на белодробна лезия БДУ
Пликация на емфизематозни мехури

38438-00 Сегментна резекция на бял дроб
Частична лобектомия }
Сегментектомия }на бял дроб

Инцизионни процедури на бял дроб и плевра

38415-00 Инцизия на плевра
Създаване на плеврален прозорец за дренаж
Дренаж на емпием
Отворен гръден дренаж
Включва: резекция на ребро

Ексцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38446-02 Премахване лезия на медиастинум чрез торакотомия

38446-03 Премахване лезия на медиастинум чрез стернотомия

Инцизионни процедури на аортна клапа

38456-10 Отворена валвотомия на аортна клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Възстановяване на аортна клапа

Не включва: такова с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])

38483-00 Декалцификация на платна на аортна клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

38480-00 Пластика на аортна клапа, 1 платно
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Не включва: декалцификация на аортна клапа (38483-00 [622])

38481-00 Пластика на аортна клапа, ≥ 2 платна
Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Не включва: декалцификация на аортна клапа (38483-00 [622])

Инцизионни процедури на митрална клапа

38487-00 Отворена валвотомия на митрална клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Възстановяване на митрална клапа

38485-01 Декалцификация на митрална клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

38480-01 Пластика на митрална клапа, 1 платно
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Не включва: декалцификация на митрална клапа (38485-01 [626])

38481-01 Пластика на митрална клапа, ≥ 2 платна
Кодирай също когато е направена:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Не включва: декалцификация на митрална клапа (38485-01 [626])

Инцизионни процедури на пулмонална клапа

38456-01 Отворена валвотомия на белодробна клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Инцизионни процедури на трикуспидална клапа

38456-11 Отворена валвотомия на трикуспидална клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Други процедури на камера

38456-14 Други интраторакални процедури на сърдечна камера без кардиопулмонален байпас

Пластика на трикуспиална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

38480-02 Пластика на трикуспидална клапа, 1 платно

38481-02 Пластика на трикуспидална клапа, ≥ 2 платна

Подмяна на аортна клапа

Кодирай също когато е направена:
• сърдечнобелодробен байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на процедури на сърдечни клапи (38493-00 [666])

38488-01 Подмяна на аортна клапа с биопротеза

38489-00 Подмяна на аортна клапа с хомографт

38489-01 Подмяна на аортна клапа с нестентиран хетерографт

Подмяна на аортна клапа

38488-00 Подмяна на аортна клапа с механична протеза

Подмяна на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])

38488-03 Подмяна на митрална клапа с биопротеза

38489-02 Подмяна на митрална клапа с хомографт

Подмяна на митрална клапа

38488-02 Подмяна на митрална клапа с механична протеза

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38488-07 Подмяна на пулмонална клапа с биопротеза

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно управление на остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

38489-04 Подмяна на пулмонална клапа с хомографт

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

38489-05 Подмяна на пулмонална клапа с нестентиран хетерографт

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38488-06 Подмяна на пулмонална клапа с механична протеза

Кодирай също когато е направена:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])

• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

Подмяна на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])

38488-05 Подмяна на трикуспидална клапа с биопротеза

38489-03 Подмяна на трикуспидална клапа с хомографт

Подмяна на трикуспидална клапа

38488-04 Подмяна на трикуспидална клапа с механична протеза

Възстановяване на аортна клапа

Не включва: такова с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])

38475-02 Анулопластика на аортна клапа

38477-02 Анулопластика на аортна клапа с поставяне на пръстен
Анулопластика на аортна клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Анулопластика на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38475-00 Анулопластика на митрална клапа

38477-00 Анулопластика на митрална клапа с поставяне на пръстен
Анулопластика на митрална клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Анулопластика на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38475-01 Анулопластика на трикуспидална клапа

38477-01 Анулопластика на трикуспидална клапа с поставяне на пръстен
Анулопластика на трикуспидална клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Други възстановителни процедури на септум

38739-00 Предсърдна септектомия или септостомия
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект
Включва: патч графт
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на камерен септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38742-03 Възстановяване на ендокарден пристенен дефект

Включва: такова с протеза

38475-01 Анулопластика на трикуспидална клапа

Затваряне на камерен септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

627 Анулопластика на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38475-00 Анулопластика на митрална клапа

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Други процедури на пулмонална клапа

38653-07 Други интраторакални процедури на пулмонална клапа с кардиопулмонален байпас

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия

Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Други процедури на предсърдие

38653-01 Други интраторакални процедури на предсърдие с кардиопулмонален байпас

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Преградна или кондуит процедури

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия

Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Възстановителни процедури на предсърдие

90224-00 Корекция на транспозиция на големи съдове

Артериална суич процедура

Не включва: създаване на шънт между дясно предсърдие и пулмонална артерия (38757-00 [613])

процедура на интра-атриална преграда (38745-00 [603])

Възстановителни процедури на предсърдие

38745-00 Интрапредсърдна транспозиция на венозното връщане

Атриална суич процедура

Поставяне на интра-атриална преграда

Процедура Mustard

Процедура Senning

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия
Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)
Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38757-01 Създаване на екстракардиален кондюит между лява камера и аорта
Създаване на апикоаортен шънт
Шънт между апекс на лява камера и аорта

Възстановителни процедури на предсърдие

Забележка: Изпълнени при вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38757-02 Създаване на екстракардиален кондюит между предсърдие и белодробна артерия

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38760-00 Подмяна на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия
Подмяна на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Други процедури на септум

38653-03 Други интраторакални процедури на септум с кардиопулмонален байпас

Реоперативни процедури на други места в сърцето

38640-00 Реоперация за друга сърдечна процедура, некласифицирана другаде
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
Кодирай първо:
• извършена хирургична процедура(и)

Други процедури на септум

38653-03 Други интраторакални процедури на септум с кардиопулмонален байпас

Други процедури на други места в сърцето

38653-00 Други интраторакални процедури на сърцето с кардиопулмонален байпас
Отворена сърдечна хирургия със сърдечно пулмонален байпас БДУ
Не включва: интраторакални процедури върху:

• аортна клапа (38456-15 [624])
• предсърдие (38456-13 [606])
• митрална клапа (38456-16 [630])
• пулмонална клапа (38456-18 [638])
• прегради (38456-12 [620])
• трикуспидална клапа (38456-17 [635])
• камера (38456-14 [615])
• съдове на сърце (38456-19 [681])

Други процедури на камера

38653-02 Други интраторакални процедури на сърдечна камера с кардиопулмонален байпас

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-00 Байпас на коронарна артерия, с използване на 1 сафенов-венозен графт

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])
Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 друг венозен графт

Байпас на коронарна артерия – графт от лява вътрешна мамарна артерия [LIMA]

Включва: доставяне на артерия:
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])
• венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-00 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 LIMA графт

Байпас на коронарна артерия – графт от дясна вътрешна мамарна артерия [RIMA]

Включва: доставяне на артерия:
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])

• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])
• венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-01Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 RIMA графт

Байпас на коронарна артерия – графт от радиална артерия

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направена:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])
• венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-02 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 радиално-артериален графт

Байпас на коронарна артерия – графт от друга артерия

Включва: доставяне от артерия:
• интеркостална
• спленална
• субскапуларна
• улнарна

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])
• венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 друг артериален графт

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-01 Байпас на коронарна артерия, с използване на 2 сафено-венозни графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-05 Байпас на коронарна артерия, използвайки 2 други венозни графта

Байпас на коронарна артерия – графт от лява вътрешна мамарна артерия [LIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
  - артериален (виж блокове [674] до [678])
  - композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  - уточнен материал НКД (90201 [679])
  - венозен (виж блокове [672] и [673])
- отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-00 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 2 LIMA графта

Байпас на коронарна артерия – графт от дясна вътрешна мамарна артерия [RIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
  - артериален (виж блокове [674] до [678])
  - композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  - уточнен материал НКД (90201 [679])
  - венозен (виж блокове [672] и [673])
- отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-01 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 2 RIMA графта

Байпас на коронарна артерия – графт от радиална артерия

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направена:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
  - артериален (виж блокове [674] до [678])
  - композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  - уточнен материал НКД (90201 [679])
  - венозен (виж блокове [672] и [673])
- отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-02 Байпас на коронарна артерия, използвайки графта, ≥ 2 радиално-артериални графта

Байпас на коронарна артерия – графт от друга артерия

Включва: доставяне от артерия:
- интеркостална
- спленална
- субскапуларна
- улнарна

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
  - артериален (виж блокове [674] до [678])
  - композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  - уточнен материал НКД (90201 [679])
  - венозен (виж блокове [672] и [673])
- отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 2 други артериални графта

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-02 Байпас на коронарна артерия, с използване на 3 сафено-венозни графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-06 Байпас на коронарна артерия, използвайки 3 други венозни графта

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-03 Байпас на коронарна артерия, с използване на ≥ 4 сафено-венозни графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-07 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 4 други венозни графта

Ексцизия на камерна аневризма

Пликация на левокамерна аневризма

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38507-00 Левокамерна аневризмектомия

38508-00 Левокамерна аневризмектомия и реконструкция с патч графт

Деструктивни процедури на предсърдие

Включва: такава с:
- криоаблация
- електрофизиологични изследвания
- лазер
- микровълни
- радиофреквентна аблация

Кодирай също когато е направена:
- трансезофагеална ехокардиография (55118-00 [1942])

Не включва: отделяне на допълнителен път (38512-00, 38515-00 [600])

38287-04 Отворена аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща лява предсърдна кухина

Изолиране на пулмонална вена чрез отворен достъп

Включва: чрез:
- стернотомия
- торакотомия

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38290-02 Отворена аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща двете предсърдни кухини

Изолиране на пулмонална вена с аблация на аритмичен кръг или фокус, включващо дясно предсърдие чрез отворен достъп

Включва: чрез:
- стернотомия
- торакотомия

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Ексцизионни процедури на предсърдие

38670-00 Ексцизия на лезия на предсърдна стена или междупредсърден септум

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Не включва: с реконструкция на предсърдие чрез:
- кондюит (38673-01 [604])
- патч графт (38673-00 [604])

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38615-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява камера

38615-01 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в дясна камера

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38627-00 Корекция на канюла за устройство за асистирана циркулация на камера (и)

Преместване канюла за вентрикуларно асистиращо устройство

38621-00 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на лява камера

38621-01 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на дясна камера

38624-00 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Поставяне на друг електрод или патч за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38470-00 Поставяне на постоянен епикарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез торакотомия или стерностомия
Поставяне на постоянен миокарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез:
• стернотомия
• торакотомия
Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен пейсмейкър-генератор (38353-00 [650])
Не включва: с дефибрилаторна функция (38470-01 [649])

38470-01 Поставяне на постоянен епикарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез торакотомия или стерностомия
Поставяне на постоянен миокарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез:
• стернотомия
• торакотомия
Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен дефибрилатор-генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-00 [653])

Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38456-24 Подмяна на постоянен епикарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез торакотомия или стерностомия
Подмяна на постоянен миокарден електрод за кардио пейсмейкър чрез торакотомия и стернотомия
Кодирай също когато е направена:
• подмяна на сърдечен пейсмейкър (38353-01 [655])
Не включва: с дефибрилаторна функция (38456-31 [654])

38456-31 Подмяна на постоянен епикарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез торакотомия или стерностомия
Подмяна на постоянен миокарден електрод за кардио дефибрилатор чрез торакотомия и стернотомия
Кодирай също когато е направена:
• подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])

Възстановителни процедури на аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38572-00 Оперативно поведение при остра руптура или дисекация на гръдна аорта

Кодирай първо:
• възстановяване на торакална аорта:
• възходяща (виж блокове [684] и [685])
• низходяща (виж блок [686])
• подмяна на аневризма с графт:
• торако-абдоминална (33109-00 [715])
• торако-аортален (33103-00 [715])

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев

Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

33500-00 Каротидна ендартериектомия

Не включва: с резекция и реанастомоза (32703-00 [718])

Ендартеректомия

33539-00 Ендартериектомия на крайници

Ендартериектомия на:
• обща }
• повърхностна } феморална артерия

Не включва: разширена ендартеректомия на дълбоката феморална артерия (33542-00 [700])

Възстановителни процедури на аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38706-01 Възстановяване на аорта с анастомоза

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционен графт

Подмяна на възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

Не включва: при подмяна на аортна дъга (виж блок [688])

38550-01 Протезиране на възходяща гръдна аорта

Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38559-01 Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Протезиране на низходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38568-01 Протезиране на низходяща гръдна аорта

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционен графт

Други процедури на артерия

90222-00 Други процедури на артерия

Други процедури на вена

90222-01 Други процедури на вена

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционен графт

Подмяна на възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])
Не включва: при подмяна на аортна дъга (виж блок [688])

38550-01 Протезиране на възходяща гръдна аорта

Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38559-01 Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Протезиране на низходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38568-01 Протезиране на низходяща гръдна аорта

Миокардиална превенция

38600-00 Кардиопулмонален байпас, централно канюлиране
Сърдечнобелодробен байпас БДУ
Екстракорпорално кръвообръщение чрез централна катетеризация
Включва: такава, свързан с отворена сърдечна хирургия
при използване на апарат сърце-бял дроб
Не включва: специфични процедури със сърдечнобелодробен байпас (38653 [606], [615], [620], [624], [630], [635], [638], [666] и [681])

Миокардиална превенция

90225-00 Екстракорпорална мембрана оксигенация [ECMO]
Не включва: екстракорпорална циркулация при отворена сърдечна хирургия чрез канюлиране:

• централно (38600-00 [642])
• периферно (38603-00 [642])

Инцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38418-00 Експлоративна торакотомия
Затваряне фистула на гръден канал
Лигиране на гръден канал
Срединна стернотомия
Включва: биопсия на:
• гръдна стена
• диафрагма
• медиастинум
Не включва: отворена биопсия на:
• бял дроб (38418-02 [550])
• през медиастинум:
• цервикален достъп (38448-00 [561])
• медиастинотомия (30320-00 [561])
• плевра (38418-01 [550])
Като оперативен достъп – пропусни кода

642 Миокардиална превенция

38603-00 Кардиопулмонален байпас, периферно канюлиране
Екстракорпорално кръвообръщение чрез периферна катетеризация
Включва: такава, свързана с отворена сърдечна хирургия при използване на апарат сърце-бял дроб
Не включва: специфични процедури със сърдечнобелодробен байпас (38653 [606], [615], [620], [624], [630], [635], [638], [666] и [681])

616 Ексцизионни процедури на септум

Не включва: предсърдна септекемия (38739-00 [619])

38748-00 Камерна септектомия

682 Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38609-00 Поставяне на интрааортна балонна помпа чрез артериотомия
Поставяне на интрааортна балонна помпа чрез разрез

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени и отчетени три основни оперативни процедури(**с изключение на** 38415-00; 38470-00 или 38470-01 или 38456-24 или 38456-31; 90225-00 или 38418-00**),** от които едната задължително е 38600-00, и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21.**

Код 38706-01 се използва за коарктация на аортата и прекъсната аортна дъга.

Процедура с **код** 38470-00 или 38470-01 или 38456-24 или 38456-31 се отчита **задължително в комбинация със** 38418-00 **(стернотомия)** или 38415-00 **(торакотомия).**

В случаите на доказан протезен или нативен ендокардит следоперативната антибактериална терапия да се счита за трета основна процедура (с код 96199-02), като другите две са оперативни. В тези случаи към основното заболяване, което е повод за оперативните процедури се кодира и добавя и **I33.0 Остър и подостър ендокардит – бактериален, инфекциозен, лента, злокачествен, септичен, улцерозен.**

С кодове:

38603-00 Кардиопулмонален байпас, периферно канюлиране
Екстракорпорално кръвообръщение чрез периферна катетеризация;

38748-00 Камерна септектомия;

38609-00 Поставяне на интрааортна балонна помпа чрез артериотомия
Поставяне на интрааортна балонна помпа чрез разрез, не може да се завършва клиничната пътека.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При необходимост и по преценка на оператора, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти. Неразделна част към ИЗ на пациента става "ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА", както и за постоянна кардиостимулация.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Кардиохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиохирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиохирургия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени **на територията му** и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия
2. Ангиографска (процедурна) зала, отговаряща на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с 24 -часов непрекъснат режим на работа (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. Детска кардиологична клиника/отделение
4. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация
5. Операционен блок/зали (минимум 2 зали), с оборудване за ЕКК и препоръчително за ЕКМО
6. Клинична лаборатория - II или III ниво на компетентност
7. Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на **населеното място**, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по инвазивна кардиология
2. Вирусологична лаборатория
3. КАТ/МРТ, с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
4. Клинична патология
5. Отделение за физикална и рехабилитационна медицина

6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография (24-часово извършване на изследването), велоергометрия, холтер мониториране)
7. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиохирургия – двама лекари със специалност по кардиохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по кардиология – двама, от които единият с придобита допълнителна квалификация по ехокардиография;
- специалист по екстракорпорална циркулация (кардиотехници или перфузионисти);
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по кардиохирургия – двама лекари със специалност по кардиохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по детска кардиология – двама, от които единият с придобита допълнителна квалификация по ехокардиография;
- специалисти по екстракорпорална циркулация (кардиотехници или перфузионисти) – минимум двама;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Най-малко двама от лекарите със специалност по кардиохирургия да са извършили поне по 125 операции в условията на ЕКК на година за последните 3 години.

В клиниките/отделенията по кардиохирургия, осъществяващи операции при възрастни - извършване на не по-малко от 250 операции на отворено сърце годишно.

В клиниките/отделенията по кардиохирургия, осъществяващи операции при деца - извършване на не по-малко от 125 операции на отворено сърце годишно.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Спешен прием и оперативно лечение в условията на екстракорпорално кръвообращение при пациенти със:

- **спешни състояния при вродени сърдечни малформации;**
- **дисекираща аневризма на аортата;**
- **спешни състояния при придобити сърдечни малформации;**
- **ендокардити;**

- **руптура на папиларен мускул;**
- **исхемична болест на сърцето и усложненията ѝ;**
- **тумори;**
- **травматични наранявания на сърцето, перикарда и други органи на гръдния кош.**

2. Оперативно лечение в условията на екстракорпорално кръвообращение при пациенти със:

- **вродени сърдечни малформации;**
- **придобити сърдечни пороци;**
- **тотално аномално вливане на белодробните вени;**
- **комплексна транспозиция на големите артерии;**
- **прекъсната аортна дъга;**
- **хипопластично сърце;**
- **поливаскуларни пациенти, изискващи комбинирани сърдечно-съдови операции.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

В клиничната пътека се включват пациенти със сложни, комплексни кардиопатии, изискващи минимум две основни оперативни процедури, извършени едноетапно, както и екстракорпорална мембранна оксигенация (ЕКМО)при необходимост след преценка на лекуващия екип.

По тази клинична пътека се хоспитализират пациенти и със следните заболявания: тотално аномално вливане на белодробни вени; комплексна транспозиция на големите артерии; прекъсната аортна дъга и хипопластично ляво сърце.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставяинтраоперативно, постоперативно и след хистологично изследване – при необходимост.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- клинични, ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенови и лабораторни данни със задоволителни параметри;
- стабилна хемодинамика;
- първично зарастване на оперативната рана;
- афебрилност.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА седокументира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..,..,....

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№.....

ж.к. .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... **№.**

Амбулаторна процедура ..... **№.**

Клинична процедура ..... **№.**

Диагноза: .....МКБ10 ..

дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година Пациент: ..... (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

Обща стойност:							

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ПРИ ВРОДЕНИ МАЛФОРМАЦИИ

Какво представлява Вашето или това на Вашето дете заболяване?

Вие или Вашето дете страдате от вродена малформация (заболяване) на сърцето, която му пречи да изпълнява своята функция – да изпомпва кръв и доставя до органите и тъканите кислород и хранителни вещества.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение – оперативно или консервативно, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои на Вас или Вашето дете вътре в болницата?

След направените изследвания, ако решим че Вашата малформация може да бъде коригирана по оперативен път и сърцето да работи нормално, ще Ви предложим операция, която ще Ви обясним. Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството и продължителността на живота сериозно да се влоши.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашето дете решение. Не винаги може да се постигне желаният резултат. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния период могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашето дете се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат. За допълнителни въпроси и разяснения винаги можете да се обръщате към лекуващия лекар или завеждащ отделение.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. За да се работи по време на операцията върху Вашето сърце спокойно, е необходимо то да бъде спряно за кратък период от време под съответна защита по изкуствен начин. През това време функцията на сърцето и тази на белите дробове ще се поеме от машината “сърце – бял дроб” (т.нар. извънтелесно кръвообращение). След операцията ще бъдете преместен в интензивно отделение, където за Вас ще бъде приготвено затоплено легло и ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

За постоянно наблюдение на Вашата сърдечна дейност ще Ви бъдат залепени ЕКГ - електроди. Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта, ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и различни медикаменти. За точен контрол на Вашето артериално налягане и доставката на кислород за Вашето тяло, ще ви бъде поставена след местна упойка една пластична канюла в пулсиращ съд (артерия).

За дрениране на стомашния сок по време на операцията се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно. Следващата манипулация е поставянето на централен венозен катетър в една вена на шията. Този катетър е необходим за преценяване на сърдечната дейност и за директното инжектиране в сърцето на медикаментите. Възможните рискове при поставянето на катетъра са въздушна емболия (попадане на въздух във вената) и сърдечни ритъмни смущения.

Най-накрая, за проследяване на бъбречната функция, в пикочния мехур се поставя един катетър. При наличие на уголемена простата може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – инфекция на пикочния мехур.

Тубусът в трахеята ще Ви пречи да говорите, а наличните катетри и кабели ограничават Вашите движения.

Понякога след операцията може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

Няколко дни след операцията, Вие може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашето дете стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

ПРИ ИБС (ИСХЕМИЧНА БОЛЕСТ НА СЪРЦЕТО)

Какво представлява Вашето заболяване?

Исхемичната болест на сърцето представлява запушване на артериите, хранещи сърдечния мускул. Недостигът на кръв му пречи да изпълнява своята функция – да изпомпва кръв и да доставя до органите и тъканите кислород и хранителни вещества. Крайната фаза на запушване на съдовете води до инфаркт на миокарда и загиване на част от сърцето.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение – оперативно или консервативно, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои вътре в болницата?

След направените изследвания, ако решим че Вашето заболяване може да бъде коригирано по оперативен път чрез байпас операция и сърцето да работи нормално, извършването на операцията ще Ви осигури един нормален живот на здрав човек, полезен за себе си, за семейството си и обществото. В случай че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашия близък прогресивно ще се влошава и прогнозата за качеството и продължителността на живота Ви сериозно ще се влоши.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашия близък решение. Не винаги може да се постигне желаният резултат. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния период, могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението, на Вас или Вашия близък, се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. За да се работи по време на операцията върху Вашето сърце спокойно, е необходимо то да бъде спряно за кратък период от време, под съответна защита по изкуствен начин. През това време функцията на сърцето Ви и тази на белите дробове ще се поеме от машината "сърце – бял дроб" (т.нар. извънтелесно кръвообращение). Когато е възможно, операцията се прави без тази машина. След операцията ще бъдете преместен в интензивно отделение, където за Вас ще бъде приготвено затоплено легло и ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

За постоянно наблюдение на Вашата сърдечна дейност ще ви бъдат залепени ЕКГ - електроди. Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и различни медикаменти. За точен контрол на Вашето артериално налягане и доставката на кислород за Вашето тяло, ще Ви бъде поставена след местна упойка една пластична канюла в пулсиращ съд (артерия).

За дрениране на стомашния сок по време на операцията, се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно. Следващата манипулация е поставянето на централен венозен катетър в една вена на шията. Този катетър е необходим за преценяване на сърдечната дейност и за директното инжектиране в сърцето на медикаментите. Възможните рискове при поставянето на катетъра са въздушната емболия (попадане на въздух във вената) и сърдечни ритъмни смущения.

Най-накрая, за проследяване на бъбречната функция, в пикочния мехур се поставя един катетър. При наличие на уголемена простата може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – инфекция на пикочния мехур.

Тубусът в трахеята ще Ви пречи да говорите, а наличните катетри и кабели ограничават Вашите движения.

Понякога след операцията може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

Няколко дни след операцията Вие може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашия близък стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

ПРИ КЛАПНИ ПОРОЦИ

Какво представлява Вашето заболяване?

Заболяванията на клапите на сърцето променят неговата работа чрез невъзможност кръвта да бъде изтласкана през стеснена клапа. Ако клапата е инсуфициентна, кръвта се връща обратно назад и не може да достигне всички органи и тъкани. Това пречи на сърцето да изпълнява своята функция – да изпомпва кръв и да доставя до органите и тъканите кислород и хранителни вещества. С течение на времето сърцето декомпенсира и се разширява, а в крайните фази не може да изпълнява своите функции.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки можете да задавате допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение – оперативно или консервативно, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои на Вас или Вашия близъквътре в болницата?

След направените изследвания, ако решим, че Вашето заболяване може да бъде коригирано по оперативен път чрез операция на клапата и сърцето да работи нормално, извършването на операцията ще Ви осигури един нормален живот на здрав човек, полезен за себе си, за семейството си и обществото. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашия близък прогресивно ще се влошава и прогнозата за качеството и продължителността на живота сериозно ще се влоши.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашия близък решение. Не винаги може да се постигне желаният резултат. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния период могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашия близък, се изисква известно усилие и от ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. За да се работи по време на операцията върху Вашето сърце спокойно, е необходимо то да бъде спряно за кратък период от време, под съответна защита по изкуствен начин. През това време функцията на сърцето и тази на белите дробове ще се поеме от машината “сърце – бял дроб” (т.нар. извънтелесно кръвообращение). Увредената клапа ще бъде оперирана, ремоделирана или заместена с протеза (изкуствена клапа). След операцията, Вие ще бъдете в интензивно отделение, където за Вас ще бъде приготвено затоплено легло и ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

За постоянно наблюдение на Вашата сърдечна дейност ще ви бъдат залепени ЕКГ - електроди. Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и различни медикаменти. За точен контрол на Вашето артериално налягане и доставката на кислород за Вашето тяло, ще ви бъде поставена след местна упойка, една пластична канюла в пулсиращ съд (артерия).

За дрениране на стомашния сок по време на операцията се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно. Следващата манипулация е поставянето на централен венозен катетър в една вена на шията. Този катетър е необходим за преценяване на сърдечната дейност и за директното инжектиране в сърцето на медикаментите. Възможните рискове при поставянето на катетъра са въздушна емболия (попадане на въздух във вената) и сърдечни ритъмни смущения.

Най-накрая, за проследяване на бъбречната функция, в пикочния мехур се поставя един катетър. При наличие на уголемена простата може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – инфекция на пикочния мехур.

Тубусът в трахеята ще Ви пречи да говорите, а наличните катетри и кабели ограничават Вашите движения.

Понякога след операцията може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

Няколко дни след операцията Вие може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашето дете стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

ПРИ ТУМОРИ НА СЪРЦЕТО И ПЕРИКАРДА

Какво представлява Вашето заболяване?

Туморните заболявания на сърцето и перикарда променят анатомията им и по този начин пречат на основната функция на сърцето да изпомпва кръв и доставя до органите и тъканите кислород и хранителни вещества. Туморите променят тъканите и структурите на сърцето и водят до неговото унищожение.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение – оперативно или консервативно, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои на Вас или Вашия близъквътре в болницата?

След направените изследвания, ако решим, че Вашето заболяване може да бъде коригирано по оперативен път чрез операция на сърцето, за да работи нормално, извършването на операцията ще Ви осигури един нормален живот на здрав човек, полезен за себе си, за семейството си и обществото. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашия близък прогресивно ще се влошава и прогнозата за качеството и продължителността на живота сериозно ще се влоши.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашия близък решение. Не винаги може да се постигне желаният резултат. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния Ви период, може да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашия близък се изисква известно усилие и от ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативният екип. За да се работи по време на операцията върху Вашето сърце спокойно, е необходимо то да бъде спряно за кратък период от време, под съответна защита по изкуствен начин. През това време функцията на сърцето и тази на белите дробове ще се поеме от машината "сърце – бял дроб" (т.нар. извънтелесно кръвообращение). Увредените структури ще бъдат оперирани и възстановени. След операцията ще бъдете в интензивно отделение, където за Вас ще бъде приготвено затоплено легло и ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

За постоянно наблюдение на Вашата сърдечна дейност ще ви бъдат залепени ЕКГ - електроди. Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта, ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори различни медикаменти. За точен контрол на Вашето артериално налягане и доставката на кислород за Вашето тяло, ще ви бъде поставена след местна упойка една пластична канюла в пулсиращ съд (артерия).

За дрениране на стомашния сок по време на операцията се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно. Следващата манипулация е поставянето на централен венозен катетър в една вена на шията. Този катетър е необходим за преценяване на сърдечната дейност и за директното инжектиране в сърцето на медикаментите. Възможните рискове при поставянето на катетъра са въздушната емболия (попадане на въздух във вената) и сърдечни ритъмни смущения.

Най-накрая, за проследяване на бъбречната функция, в пикочния мехур се поставя един катетър. При наличие на уголемена простата може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – инфекция на пикочния мехур.

Тубусът в трахеята ще Ви пречи да говорите, а наличните катетри и кабели ограничават Вашите движения.

Понякога след операцията може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

Няколко дни след операцията Вие може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашия близък стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

КП № 120.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ПОЛИОРГАННА НЕДОСТАТЪЧНОСТ, РАЗВИЛА СЕ СЛЕД СЪРДЕЧНА ОПЕРАЦИЯ

1. Минимален болничен престой – 10 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Частична резекция на бял дроб

38440-00 Клиновидна резекция на бял дроб
Ексцизия на белодробна лезия БДУ
Пликация на емфизематозни мехури

38438-00 Сегментна резекция на бял дроб
Частична лобектомия } на бял дроб
Сегментектомия }

Инцизионни процедури на бял дроб и плевра

38415-00 Инцизия на плевра
Създаване на плеврален прозорец за дренаж
Дренаж на емпием
Отворен гръден дренаж
Включва: резекция на ребро

Ексцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38446-02 Премахване лезия на медиастинум чрез торакотомия

38446-03 Премахване лезия на медиастинум чрез стернотомия

Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

90176-00 Възстановяване на гръдна стена
Затваряне на торакостомия
Шев на лацерация на гръдна стена
Не включва: торакопластика (38427-00, 38430 [565])

Инцизионни процедури на аортна клапа

38456-10 Отворена валвотомия на аортна клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Възстановяване на аортна клапа

Не включва: такова с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])

38483-00 Декалцификация на платна на аортна клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

38480-00 Пластика на аортна клапа, 1 платно
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Не включва: декалцификация на аортна клапа (38483-00 [622])

38481-00 Пластика на аортна клапа, ≥ 2 платна

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Не включва: декалцификация на аортна клапа (38483-00 [622])

Инцизионни процедури на митрална клапа

38487-00 Отворена валвотомия на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Възстановяване на митрална клапа

38485-01 Декалцификация на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

38480-01 Пластика на митрална клапа, 1 платно

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Не включва: декалцификация на митрална клапа (38485-01 [626])

38481-01 Пластика на митрална клапа, ≥ 2 платна

Кодирай също когато е направена:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])
Не включва: декалцификация на митрална клапа (38485-01 [626])

Инцизионни процедури на пулмонална клапа

38456-01 Отворена валвотомия на белодробна клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Инцизионни процедури на трикуспидална клапа

38456-11 Отворена валвотомия на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Други процедури на камера

38456-14 Други интраторакални процедури на сърдечна камера без кардиопулмонален байпас

Пластика на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

38480-02 Пластика на трикуспидална клапа, 1 платно

38481-02 Пластика на трикуспидална клапа, ≥ 2 платна

Подмяна на аортна клапа

Кодирай също когато е направена:
• сърдечнобелодробен байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на процедури на сърдечни клапи (38493-00 [666])

38488-01 Подмяна на аортна клапа с биопротеза

38489-00 Подмяна на аортна клапа с хомографт

38489-01 Подмяна на аортна клапа с нестентиран хетерографт

Подмяна на аортна клапа

38488-00 Подмяна на аортна клапа с механична протеза

Подмяна на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])

38488-03 Подмяна на митрална клапа с биопротеза

38489-02 Подмяна на митрална клапа с хомографт

Подмяна на митрална клапа

38488-02 Подмяна на митрална клапа с механична протеза

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38488-07 Подмяна на пулмонална клапа с биопротеза

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно управление на остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

38489-04 Подмяна на пулмонална клапа с хомографт

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

38489-05 Подмяна на пулмонална клапа с нестентиран хетерографт

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38488-06 Подмяна на пулмонална клапа с механична протеза

Кодирай също когато е направена:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

Подмяна на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])

38488-05 Подмяна на трикуспидална клапа с биопротеза

38489-03 Подмяна на трикуспидална клапа с хомографт

Подмяна на трикуспидална клапа

38488-04 Подмяна на трикуспидална клапа с механична протеза

Възстановяване на аортна клапа

Не включва: такова с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])

38475-02 Анулопластика на аортна клапа

38477-02 Анулопластика на аортна клапа с поставяне на пръстен

Анулопластика на аортна клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Анулопластика на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38475-00 Анулопластика на митрална клапа

38477-00 Анулопластика на митрална клапа с поставяне на пръстен

Анулопластика на митрална клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Анулопластика на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38475-01 Анулопластика на трикуспидална клапа

38477-01 Анулопластика на трикуспидална клапа с поставяне на пръстен

Анулопластика на трикуспидална клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Други възстановителни процедури на септум

38739-00 Предсърдна септектомия или септостомия

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на камерен септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38742-03 Възстановяване на ендокарден пристенен дефект

Включва: такова с протеза

Анулопластика на трикуспидална клапа

38475-01 Анулопластика на трикуспидална клапа

Затваряне на камерен септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Анулопластика на митрална клапа

38475-00 Анулопластика на митрална клапа

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда
Включва: патч графт
Кодирай също когато е направен:
• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект
Включва: патч графт
Кодирай също когато е направен:
• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда
Включва: патч графт
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Други процедури на пулмонална клапа

38653-07 Други интраторакални процедури на пулмонална клапа с кардиопулмонален байпас

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия
Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)
Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Други процедури на предсърдие

38653-01 Други интраторакални процедури на предсърдие с кардиопулмонален байпас

Други процедури на камера

38653-02 Други интраторакални процедури на сърдечна камера с кардиопулмонален байпас

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда
Включва: патч графт
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Преградна или кондуит процедури

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия
Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Възстановителни процедури на предсърдие

90224-00 Корекция на транспозиция на големи съдове
Артериална суич процедура
Не включва: създаване на шънт между дясно предсърдие и пулмонална артерия (38757-00 [613])
процедура на интра-атриална преграда (38745-00 [603])

Възстановителни процедури на предсърдие

38745-00 Интрапредсърдна транспозиция на венозното връщане
Атриална суич процедура
Поставяне на интра-атриална преграда
Процедура Mustard
Процедура Senning

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия
Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)
Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38757-01 Създаване на екстракардиален кондюит между лява камера и аорта
Създаване на апикоаортен шънт
Шънт между апекс на лява камера и аорта

Възстановителни процедури на предсърдие

Забележка: Изпълнени при вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38757-02 Създаване на екстракардиален кондюит между предсърдие и белодробна артерия

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38760-00 Подмяна на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия
Подмяна на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Други процедури на септум

38653-03 Други интраторакални процедури на септум с кардиопулмонален байпас

Реоперативни процедури на други места в сърцето

38640-00 Реоперация за друга сърдечна процедура, некласифицирана другаде

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
Кодирай първо:
• извършена хирургична процедура(и)

Други процедури на септум

38653-03 Други интраторакални процедури на септум с кардиопулмонален байпас

Други процедури на аортна клапа

38456-15 Други интраторакални процедури на аортна клапа без кардиопулмонален байпас

Други процедури на митрална клапа

38456-16 Други интраторакални процедури на митрална клапа без кардиопулмонален байпас

Други процедури на пулмонална клапа

38456-18 Други интраторакални процедури на пулмонална клапа без кардиопулмонален байпас

Други процедури на трикуспидална клапа

38456-17 Други интраторакални процедури на трикуспидална клапа без кардиопулмонален байпас

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• специфичен материал НКД (90201 [679])
38497-00 Байпас на коронарна артерия, с използване на 1 сафенов-венозен графт

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])
Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])
38497-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 друг венозен графт

Байпас на коронарна артерия – графт от лява вътрешна мамарна артерия [LIMA]

Включва: доставяне на артерия:
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

• графт:
  • артериален (виж блокове [674] до [678])
  • композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  • уточнен материал НКД (90201 [679])
  • венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-00 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 LIMA графт

Байпас на коронарна артерия – графт от дясна вътрешна мамарна артерия [RIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
  • артериален (виж блокове [674] до [678])
  • композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  • уточнен материал НКД (90201 [679])
  • венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-01 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 RIMA графт

Байпас на коронарна артерия – графт от радиална артерия

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направена:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
  • артериален (виж блокове [674] до [678])
  • композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  • уточнен материал НКД (90201 [679])
  • венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-02 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 радиално-артериален графт

Байпас на коронарна артерия – графт от друга артерия

Включва: доставяне от артерия:
  • интеркостална
  • спленална
  • субскапуларна
  • улнарна

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
  • артериален (виж блокове [674] до [678])
  • композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  • уточнен материал НКД (90201 [679])
  • венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 друг артериален графт

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])

• специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-01 Байпас на коронарна артерия, с използване на 2 сафено-венозни графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-05 Байпас на коронарна артерия, използвайки 2 други венозни графта

Байпас на коронарна артерия – графт от лява вътрешна мамарна артерия [LIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
  • артериален (виж блокове [674] до [678])
  • композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  • уточнен материал НКД (90201 [679])
  • венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-00 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 2 LIMA графта

Байпас на коронарна артерия – графт от дясна вътрешна мамарна артерия [RIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
  • артериален (виж блокове [674] до [678])
  • композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  • уточнен материал НКД (90201 [679])
  • венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-01 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 2 RIMA графта

Байпас на коронарна артерия – графт от радиална артерия

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направена:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
  • артериален (виж блокове [674] до [678])
  • композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  • уточнен материал НКД (90201 [679])
  • венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-02 Байпас на коронарна артерия, използвайки графта, ≥ 2 радиално-артериални графта

Байпас на коронарна артерия – графт от друга артерия

Включва: доставяне от артерия:
- интеркостална
- спленална
- субскапуларна
- улнарна

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
  - артериален (виж блокове [674] до [678])
  - композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  - уточнен материал НКД (90201 [679])
  - венозен (виж блокове [672] и [673])
- отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 2 други артериални графта

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
- артериален (виж блокове [674] до [678])
- композитен (38500-05, 38503-05 [679])
- специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-02 Байпас на коронарна артерия, с използване на 3 сафено-венозни графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
- базилика
- цефалика

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
- артериален (виж блокове [674] до [678])
- композитен (38500-05, 38503-05 [679])
- уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-06 Байпас на коронарна артерия, използвайки 3 други венозни графта

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
- артериален (виж блокове [674] до [678])
- композитен (38500-05, 38503-05 [679])
- специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-03 Байпас на коронарна артерия, с използване на ≥ 4 сафено-венозни графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:

• базилика
• цефалика

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-07 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 4 други венозни графта

Други ексцизионни процедури на перикард

38447-00 Перикардектомия, непълна или пълна
Частична перикардиектомия за създаване на перикарден прозорец

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Инцизионни процедури на миокард

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38650-00 Сърдечна миотомия

Ексцизия на камерна аневризма

Пликация на левокамерна аневризма

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38507-00 Левокамерна аневризмектомия

38508-00 Левокамерна аневризмектомия и реконструкция с патч графт

Деструктивни процедури на предсърдие

Включва: такава с:
• криоаблация
• електрофизиологични изследвания
• лазер
• микровълни
• радиофреквентна аблация

Кодирай също когато е направена:
• трансезофагеална ехокардиография (55118-00 [1942])

Не включва: отделяне на допълнителен път (38512-00, 38515-00 [600])

38287-04 Отворена аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща лява предсърдна кухина
Изолиране на пулмонална вена чрез отворен достъп

Включва: чрез:
• стернотомия
• торакотомия

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38290-02 Отворена аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща двете предсърдни кухини
Изолиране на пулмонална вена с аблация на аритмичен кръг или фокус, включващо дясно предсърдие чрез отворен достъп

Включва: чрез:
- стернотомия
- торакотомия

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Ексцизионни процедури на предсърдие

38670-00 Ексцизия на лезия на предсърдна стена или междупредсърден септум

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Не включва: с реконструкция на предсърдие чрез:
- кондюит (38673-01 [604])
- патч графт (38673-00 [604])

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38615-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява камера

38615-01 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в дясна камера

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38627-00 Корекция на канюла за устройство за асистирана циркулация на камера (и)
Преместване канюла за вентрикуларно асистиращо устройство

38621-00 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на лява камера

38621-01 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на дясна камера

38624-00 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Поставяне на друг електрод или патч за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38470-00 Поставяне на постоянен епикарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез торакотомия или стерностомия
Поставяне на постоянен миокарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез:

• стернотомия
• торакотомия

Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен пейсмейкър-генератор (38353-00 [650])

Не включва: с дефибрилаторна функция (38470-01 [649])

38470-01 Поставяне на постоянен епикарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез торакотомия или стерностомия

Поставяне на постоянен миокарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез:
• стернотомия
• торакотомия

Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен дефибрилатор-генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-00 [653])

Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38456-24 Подмяна на постоянен епикарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез торакотомия или стерностомия

Подмяна на постоянен миокарден електрод за кардио пейсмейкър чрез торакотомия и стернотомия

Кодирай също когато е направена:
• подмяна на сърдечен пейсмейкър (38353-01 [655])

Не включва: с дефибрилаторна функция (38456-31 [654])

38456-31 Подмяна на постоянен епикарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез торакотомия или стерностомия

Подмяна на постоянен миокарден електрод за кардио дефибрилатор чрез торакотомия и стернотомия

Кодирай също когато е направена:
• подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])

Възстановителни процедури на аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38572-00 Оперативно поведение при остра руптура или дисекация на гръдна аорта

Кодирай първо:
• възстановяване на торакална аорта:
• възходяща (виж блокове [684] и [685])
• низходяща (виж блок [686])
• подмяна на аневризма с графт:
• торако-абдоминална (33109-00 [715])
• торако-аортален (33103-00 [715])

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев

Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

33500-00 Каротидна ендартериектомия

Не включва: с резекция и реанастомоза (32703-00 [718])

Ендартеректомия

33539-00 Ендартериектомия на крайници

Ендартериектомия на:
• обща }
• повърхностна } феморална артерия

Не включва: разширена ендартеректомия на дълбоката феморална артерия (33542-00 [700])

Възстановителни процедури на аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38706-01 Възстановяване на аорта с анастомоза

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционен графт

Подмяна на възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

Не включва: при подмяна на аортна дъга (виж блок [688])

38550-01 Протезиране на възходяща гръдна аорта

Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38559-01 Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Протезиране на низходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38568-01 Протезиране на низходяща гръдна аорта

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционен графт

Други процедури на артерия

90222-00 Други процедури на артерия

Други процедури на вена

90222-01 Други процедури на вена

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционен графт

Подмяна на възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])
Не включва: при подмяна на аортна дъга (виж блок [688])

38550-01 Протезиране на възходяща гръдна аорта

Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38559-01 Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Протезиране на низходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38568-01 Протезиране на низходяща гръдна аорта

Миокардиална превенция

38600-00 Кардиопулмонален байпас, централно канюлиране
Сърдечнобелодробен байпас БДУ
Екстракорпорално кръвообръщение чрез централна катетеризация
Включва: такава, свързан с отворена сърдечна хирургия
при използване на апарат сърце-бял дроб
Не включва: специфични процедури със сърдечнобелодробен байпас (38653 [606], [615], [620], [624], [630], [635], [638], [666] и [681])

Миокардиална превенция

90225-00 Екстракорпорална мембрана оксигенация [ECMO]
Не включва: екстракорпорална циркулация при отворена сърдечна хирургия чрез канюлиране:
• централно (38600-00 [642])
• периферно (38603-00 [642])

Хемодиализа

13100-01 Периодична хемофилтрация

13100-02 Продължаваща хемофилтрация

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край

Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Приложение на фармакотерапия

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен агент

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92052-00 Кардиопулмонална ресуситация

Инцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38418-00 Експлоративна торакотомия
Затваряне фистула на гръден канал
Лигиране на гръден канал
Срединна стернотомия

Включва: биопсия на:
• гръдна стена
• диафрагма
• медиастинум

Не включва: отворена биопсия на:
• бял дроб (38418-02 [550])
• през медиастинум:
• цервикален достъп (38448-00 [561])
• медиастинотомия (30320-00 [561])
• плевра (38418-01 [550])

Като оперативен достъп – пропусни кода

642	**Миокардиална превенция**
38603-00	Кардиопулмонален байпас, периферно канюлиране Екстракорпорално кръвообръщение чрез периферна катетеризация *Включва*: такава, свързана с отворена сърдечна хирургия при използване на апарат сърце-бял дроб *Не включва*: специфични процедури със сърдечнобелодробен байпас (38653 [606], [615], [620], [624], [630], [635], [638], [666] и [681])
616	**Ексцизионни процедури на септум**
	Не включва: предсърдна септекемия (38739-00 [619])
38748-00	Камерна септектомия
682	**Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта**
38609-00	Поставяне на интрааортна балонна помпа чрез артериотомия Поставяне на интрааортна балонна помпа чрез разрез
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени минимум две основни терапевтични процедури, от които едната е оперативна, (с изключение на 90176-00; 38470-00 или 38470-01 или 38456-24 или 38456-31; 38600-00 **и** 90225-00**)**, посочени в блок **Кодове на основни процедури**, минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза**, посочени в Приложение № 21**.

Процедура с **код** 38470-00 или 38470-01 или 38456-24 или 38456-31 се отчита **задължително в комбинация със** 38418-00 **(стернотомия)** или 38415-00 **(торакотомия).**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Полиорганната недостатъчност е прогресиращо състояние, което се характеризира с нарастваща степен на физиологични нарушения в няколко органа и/или системи. Постепенно се установява прекратяване на функциите им. Засегнати могат да бъдат белите дробове, сърдечно-съдовата система, бъбреците, черния дроб, нервната система, механизмите на кръвосъсирване и други.

Клиничната пътека може да се отчита само, ако полиорганната недостатъчност е настъпила в рамките на един и същ болничен престой, в който е извършено оперативното лечение.

Клиничната пътека се заплаща на лечебното заведение, съгласно ДЛА за не повече от 5% от броя на случаите по КП №№ 116, 117, 118, 119, 121 и 122.

С кодове: 38603-00 Кардиопулмонален байпас, периферно канюлиране

Екстракорпорално кръвообръщение чрез периферна катетеризация;

38748-00 Камерна септектомия, и 38609-00 Поставяне на интрааортна балонна помпа чрез артериотомия, не може да се завършва клиничната пътека.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Кардиохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиохирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиохирургия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени **на територията му** и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия
2. Ангиографска (процедурна) зала, отговаряща на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с 24 -часов непрекъснат режим на работа (разположение)), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. Детска кардиологична клиника/отделение
4. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация
5. Операционен блок/зали (минимум 2 зали), с оборудване за ЕКК и задължително ЕКМО
6. Клинична лаборатория - II или III ниво на компетентност
7. Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на **населеното място**, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по инвазивна кардиология
2. Вирусологична лаборатория
3. КАТ/МРТ, с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
4. Клинична патология
5. Отделение за физикална и рехабилитационна медицина
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография (24-часово извършване на изследването), велоергометрия, холтер мониториране)
7. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиохирургия – двама лекари със специалност по кардиохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по кардиология – двама, от които единият с придобита допълнителна квалификация по ехокардиография;
- специалист по екстракорпорална циркулация (кардиотехници или перфузионисти);
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по кардиохирургия – двама лекари със специалност по кардиохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по детска кардиология – двама, от които единият с придобита допълнителна квалификация по ехокардиография;
- специалист по екстракорпорална циркулация (кардиотехници или перфузионисти);
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Най-малко двама от лекарите със специалност по кардиохирургия да са извършили поне по 125 операции в условията на ЕКК на година за последните 3 години.

В клиниките/отделенията по кардиохирургия, осъществяващи операции при възрастни - извършване на не по-малко от 250 операции на отворено сърце годишно.

В клиниките/отделенията по кардиохирургия, осъществяващи операции при деца - извършване на не по-малко от 125 операции на отворено сърце годишно.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Комплексно лечение на пациенти с данни за полиорганна недостатъчност, настъпила до 30-ия ден след сърдечна операция, при наличие на поне две от следните състояния, настъпили непосредствено след сърдечна операция:

- **сърдечна недостатъчност, изискваща прилагането на механично подпомагащи устройства - контрапулсатор и други подпомагащи сърцето системи;**
- **дихателна недостатъчност, изискваща продължителна механични вентилация с продължителност над 72 часа;**

- **бъбречна недостатъчност, изискваща хемофилтрация и/или хемодиализа, доказана документално и отразена в ИЗ;**
- **кръвни и дълбоки раневи инфекции - медиастинит, сепсис (доказан с хемокултура) и др.;**
- **общомозъчна и/или отпадна неврологична симптоматика, доказана документално и отразена в ИЗ;**
- **пациенти с особено висок риск, развили полиорганна недостатъчност след транскатетърно имплантиране на аортна клапна протеза.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

В клиничната пътека се включват само пациенти с данни за полиорганна недостатъчност, **настъпила в рамките на същия болничен престой, до 30-ия ден след сърдечна операция**, отговарящи на посочените по-горе индикации за хоспитализация.

Код ***35.99 се отчита до публикуване на нов Списък на медицинските изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия и за определяне на стойността, до която те се заплащат.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя интраоперативно, постоперативно и след хистологично изследване – при необходимост.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- клинични, ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенови и лабораторни данни със задоволителни параметри;
- стабилна хемодинамика;
- първично зарастване на оперативната рана;
- афебрилност.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..-..-.... код на държава

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

..... име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул..... №. .....

ж.к. .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

..... име на лечебното заведение

..... име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ...

Амбулаторна процедура ..... №. ...

Клинична процедура ..... №. ...

Диагноза: .....МКБ10 ...

дата на приемане: ... ... ИЗ: ... ... (ден, месец, година, номер, година)

дата на операцията: ... ... (ден, месец, година) Пациент: ..... (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

Директор на лечебното заведение: ..... подпис и печат на лечебното заведение	**Лекар, вложил МИ:** ..... фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ПРИ ВРОДЕНИ ПОРОЦИ

Какво представлява Вашето или това на Вашето дете заболяване?

Вие или Вашето дете страдате от вродена малформация (заболяване) на сърцето, която му пречи да изпълнява своята функция – да изпомпва кръв и доставя до органите и тъканите кислород и хранителни вещества.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение – оперативно или консервативно, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои на Вас или Вашето дете вътре в болницата?

След направените изследвания, ако решим че Вашата малформация може да бъде коригирана по оперативен път и сърцето да работи нормално, ще Ви предложим операция, която ще Ви обясним. Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството и продължителността на живота сериозно да се влоши.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашето дете решение. Не винаги може да се постигне желаният резултат. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния Ви период, може да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашето дете се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат. За допълнителни въпроси и разяснения винаги можете да се обръщате към лекуващия лекар или завеждащ отделение.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. За да се работи по време на операцията върху Вашето сърце спокойно, е необходимо то да бъде спряно за кратък период от време под съответна защита по изкуствен начин. През това време функцията на сърцето и тази на белите дробове ще се поеме от машината “сърце – бял дроб” (т.нар. извънтелесно кръвообращение). След операцията ще бъдете преместен в интензивно отделение, където за Вас ще бъде приготвено затоплено легло и ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

За постоянно наблюдение на Вашата сърдечна дейност ще Ви бъдат залепени ЕКГ–електроди. Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и различни медикаменти. За точен контрол на Вашето артериално налягане и доставката на кислород за Вашето тяло ще ви бъде поставена след местна упойка една пластична канюла в пулсиращ съд (артерия).

За дрениране на стомашния сок по време на операцията, се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно. Следващата манипулация е поставянето на централен венозен катетър в една вена на шията. Този катетър е необходим за преценяване на сърдечната дейност и за директното инжектиране в сърцето на медикаментите. Възможните рискове при поставянето на катетъра са въздушна емболия (попадане на въздух във вената) и сърдечни ритъмни смущения.

Най-накрая, за проследяване на бъбречната функция, в пикочния мехур се поставя един катетър. При наличие на уголемена простата може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – инфекция на пикочния мехур.

Тубусът в трахеята ще Ви пречи да говорите, а наличните катетри и кабели ограничават Вашите движения.

Понякога след операцията може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

Няколко дни след операцията, Вие може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашето дете стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

КП № 120.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ПОЛИОРГАННА НЕДОСТАТЪЧНОСТ, РАЗВИЛА СЕ СЛЕД СЪРДЕЧНА ОПЕРАЦИЯ, С ПРОДЪЛЖИТЕЛНА МЕХАНИЧНА ВЕНТИЛАЦИЯ

1. Минимален болничен престой – 16 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Частична резекция на бял дроб

38440-00 Клиновидна резекция на бял дроб
Ексцизия на белодробна лезия БДУ
Пликация на емфизематозни мехури

38438-00 Сегментна резекция на бял дроб
Частична лобектомия } на бял дроб
Сегментектомия }

Инцизионни процедури на бял дроб и плевра

38415-00 Инцизия на плевра
Създаване на плеврален прозорец за дренаж
Дренаж на емпием
Отворен гръден дренаж
Включва: резекция на ребро

Ексцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38446-02 Премахване лезия на медиастинум чрез торакотомия

38446-03 Премахване лезия на медиастинум чрез стернотомия

Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

90176-00 Възстановяване на гръдна стена
Затваряне на торакостомия
Шев на лацерация на гръдна стена
Не включва: торакопластика (38427-00, 38430 [565])

Инцизионни процедури на аортна клапа

38456-10 Отворена валвотомия на аортна клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Възстановяване на аортна клапа

Не включва: такова с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])

38483-00 Декалцификация на платна на аортна клапа
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

38480-00 Пластика на аортна клапа, 1 платно
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
• клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Не включва: декалцификация на аортна клапа (38483-00 [622])

38481-00 Пластика на аортна клапа, ≥ 2 платна

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
- клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Не включва: декалцификация на аортна клапа (38483-00 [622])

Инцизионни процедури на митрална клапа

38487-00 Отворена валвотомия на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Възстановяване на митрална клапа

38485-01 Декалцификация на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
- клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

38480-01 Пластика на митрална клапа, 1 платно

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
- клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Не включва: декалцификация на митрална клапа (38485-01 [626])

38481-01 Пластика на митрална клапа, ≥ 2 платна

Кодирай също когато е направена:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
- клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

Не включва: декалцификация на митрална клапа (38485-01 [626])

Инцизионни процедури на пулмонална клапа

38456-01 Отворена валвотомия на белодробна клапа

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Инцизионни процедури на трикуспидална клапа

38456-11 Отворена валвотомия на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Други процедури на камера

38456-14 Други интраторакални процедури на сърдечна камера без кардиопулмонален байпас

Пластика на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])
- клапна анулопластика (38475, 38477 [622], [627] и [633])

38480-02 Пластика на трикуспидална клапа, 1 платно

38481-02 Пластика на трикуспидална клапа, ≥ 2 платна

Подмяна на аортна клапа

Кодирай също когато е направена:
• сърдечнобелодробен байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на процедури на сърдечни клапи (38493-00 [666])

38488-01 Подмяна на аортна клапа с биопротеза

38489-00 Подмяна на аортна клапа с хомографт

38489-01 Подмяна на аортна клапа с нестентиран хетерографт

Подмяна на аортна клапа

38488-00 Подмяна на аортна клапа с механична протеза

Подмяна на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])

38488-03 Подмяна на митрална клапа с биопротеза

38489-02 Подмяна на митрална клапа с хомографт

Подмяна на митрална клапа

38488-02 Подмяна на митрална клапа с механична протеза

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38488-07 Подмяна на пулмонална клапа с биопротеза

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно управление на остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

38489-04 Подмяна на пулмонална клапа с хомографт

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

38489-05 Подмяна на пулмонална клапа с нестентиран хетерографт

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

Възстановяване или подмяна на пулмонална клапа

38488-06 Подмяна на пулмонална клапа с механична протеза

Кодирай също когато е направена:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])
• реконструкция на субвалвуларни структури (38490-00 [662])

Подмяна на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• оперативно поведение при остър инфекциозен ендокардит по време на сърдечна клапна процедура (38493-00 [666])

38488-05 Подмяна на трикуспидална клапа с биопротеза

38489-03 Подмяна на трикуспидална клапа с хомографт

Подмяна на трикуспидална клапа

38488-04 Подмяна на трикуспидална клапа с механична протеза

Възстановяване на аортна клапа

Не включва: такова с възстановяване или преместване на асцендентна торакална аорта (виж блокове [685], [687] и [688])

38475-02 Анулопластика на аортна клапа

38477-02 Анулопластика на аортна клапа с поставяне на пръстен
Анулопластика на аортна клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Анулопластика на митрална клапа

Кодирай също когато е направен:
• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38475-00 Анулопластика на митрална клапа

38477-00 Анулопластика на митрална клапа с поставяне на пръстен
Анулопластика на митрална клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Анулопластика на трикуспидална клапа

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38475-01 Анулопластика на трикуспидална клапа

38477-01 Анулопластика на трикуспидална клапа с поставяне на пръстен
Анулопластика на трикуспидална клапа с поставяне пръстен на Cosgrove (-Edwards)

Други възстановителни процедури на септум

38739-00 Предсърдна септектомия или септостомия
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект
Включва: патч графт
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на камерен септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38742-03 Възстановяване на ендокарден пристенен дефект

Включва: такова с протеза

Анулопластика на трикуспидална клапа

38475-01 Анулопластика на трикуспидална клапа

Затваряне на камерен септален дефект

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Анулопластика на митрална клапа

38475-00 Анулопластика на митрална клапа

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Затваряне на предсърден септален дефект

38742-02 Затваряне на предсърден септален дефект

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Други процедури на пулмонална клапа

38653-07 Други интраторакални процедури на пулмонална клапа с кардиопулмонален байпас

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия

Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Други процедури на предсърдие

38653-01 Други интраторакални процедури на предсърдие с кардиопулмонален байпас

Други процедури на камера

38653-02 Други интраторакални процедури на сърдечна камера с кардиопулмонален байпас

Затваряне на камерен септален дефект

38751-02 Затваряне дефект на междукамерна преграда

Включва: патч графт

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Преградна или кондуит процедури

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия

Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Възстановителни процедури на предсърдие

90224-00 Корекция на транспозиция на големи съдове

Артериална суич процедура

Не включва: създаване на шънт между дясно предсърдие и пулмонална артерия (38757-00 [613])

процедура на интра-атриална преграда (38745-00 [603])

Възстановителни процедури на предсърдие

38745-00 Интрапредсърдна транспозиция на венозното връщане
Атриална суич процедура
Поставяне на интра-атриална преграда
Процедура Mustard
Процедура Senning

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38757-00 Създаване на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия
Създаване на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)
Не включва: при подмяна (38760-00 [613])

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• *кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])*

38757-01 Създаване на екстракардиален кондюит между лява камера и аорта
Създаване на апикоаортен шънт
Шънт между апекс на лява камера и аорта

Възстановителни процедури на предсърдие

Забележка: Изпълнени при вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38757-02 Създаване на екстракардиален кондюит между предсърдие и белодробна артерия

Преградна или кондуит процедури

Забележка: Изпълнени за вродено сърдечно заболяване
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38760-00 Подмяна на екстракардиален кондюит между дясна камера и белодробна артерия
Подмяна на шънт между дясна камера и пулмонална артерия (дистален)

Други процедури на септум

38653-03 Други интраторакални процедури на септум с кардиопулмонален байпас

Реоперативни процедури на други места в сърцето

38640-00 Реоперация за друга сърдечна процедура, некласифицирана другаде
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
Кодирай първо:
• извършена хирургична процедура(и)

Други процедури на септум

38653-03 Други интраторакални процедури на септум с кардиопулмонален байпас

Други процедури на аортна клапа

38456-15 Други интраторакални процедури на аортна клапа без кардиопулмонален байпас

Други процедури на митрална клапа

38456-16 Други интраторакални процедури на митрална клапа без кардиопулмонален байпас

Други процедури на пулмонална клапа

38456-18 Други интраторакални процедури на пулмонална клапа без кардиопулмонален байпас

Други процедури на трикуспидална клапа

38456-17 Други интраторакални процедури на трикуспидална клапа без кардиопулмонален байпас

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
- артериален (виж блокове [674] до [678])
- композитен (38500-05, 38503-05 [679])
- специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-00 Байпас на коронарна артерия, с използване на 1 сафенов-венозен графт

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
- базилика
- цефалика

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
- артериален (виж блокове [674] до [678])
- композитен (38500-05, 38503-05 [679])
- уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 друг венозен графт

Байпас на коронарна артерия – графт от лява вътрешна мамарна артерия [LIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
  - артериален (виж блокове [674] до [678])
  - композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  - уточнен материал НКД (90201 [679])
  - венозен (виж блокове [672] и [673])
- отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-00 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 LIMA графт

Байпас на коронарна артерия – графт от дясна вътрешна мамарна артерия [RIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:

• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
  • артериален (виж блокове [674] до [678])
  • композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  • уточнен материал НКД (90201 [679])
  • венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-01 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 RIMA графт

Байпас на коронарна артерия – графт от радиална артерия

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направена:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
  • артериален (виж блокове [674] до [678])
  • композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  • уточнен материал НКД (90201 [679])
  • венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-02 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 радиално-артериален графт

Байпас на коронарна артерия – графт от друга артерия

Включва: доставяне от артерия:
• интеркостална
• спленална
• субскапуларна
• улнарна

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
  • артериален (виж блокове [674] до [678])
  • композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  • уточнен материал НКД (90201 [679])
  • венозен (виж блокове [672] и [673])
• отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38500-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки 1 друг артериален графт

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-01 Байпас на коронарна артерия, с използване на 2 сафено-венозни графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-05 Байпас на коронарна артерия, използвайки 2 други венозни графта

Байпас на коронарна артерия – графт от лява вътрешна мамарна артерия [LIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
  - артериален (виж блокове [674] до [678])
  - композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  - уточнен материал НКД (90201 [679])
  - венозен (виж блокове [672] и [673])
- отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-00 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 2 LIMA графта

Байпас на коронарна артерия – графт от дясна вътрешна мамарна артерия [RIMA]

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
  - артериален (виж блокове [674] до [678])
  - композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  - уточнен материал НКД (90201 [679])
  - венозен (виж блокове [672] и [673])
- отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-01 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 2 RIMA графта

Байпас на коронарна артерия – графт от радиална артерия

Включва: доставяне на артерия:

Кодирай също когато е направена:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
  - артериален (виж блокове [674] до [678])
  - композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  - уточнен материал НКД (90201 [679])
  - венозен (виж блокове [672] и [673])
- отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-02 Байпас на коронарна артерия, използвайки графта, ≥ 2 радиално-артериални графта

Байпас на коронарна артерия – графт от друга артерия

Включва: доставяне от артерия:
- интеркостална
- спленална
- субскапуларна
- улнарна

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- графт:
  - артериален (виж блокове [674] до [678])
  - композитен (38500-05, 38503-05 [679])
  - уточнен материал НКД (90201 [679])
  - венозен (виж блокове [672] и [673])
- отворена коронарна ендартеректомия (38505-00 [669])

38503-04 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 2 други артериални графта

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-02 Байпас на коронарна артерия, с използване на 3 сафено-венозни графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-06 Байпас на коронарна артерия, използвайки 3 други венозни графта

Байпас на коронарна артерия – графт от вена сафена

Включва: доставяне на вена

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• специфичен материал НКД (90201 [679])

38497-03 Байпас на коронарна артерия, с използване на ≥ 4 сафено-венозни графта

Байпас на коронарна артерия – друг венозен графт

Включва: доставяне на вена:
• базилика
• цефалика

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• графт:
• артериален (виж блокове [674] до [678])
• композитен (38500-05, 38503-05 [679])
• уточнен материал НКД (90201 [679])

Не включва: коронарен байпас, с използване на графт от вена сафена (виж блок [672])

38497-07 Байпас на коронарна артерия, използвайки ≥ 4 други венозни графта

Други ексцизионни процедури на перикард

38447-00 Перикардектомия, непълна или пълна
Частична перикардиектомия за създаване на перикарден прозорец

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Инцизионни процедури на миокард

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38650-00 Сърдечна миотомия

Ексцизия на камерна аневризма

Пликация на левокамерна аневризма
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38507-00 Левокамерна аневризмектомия

38508-00 Левокамерна аневризмектомия и реконструкция с патч графт

Деструктивни процедури на предсърдие

Включва: такава с:
• криоаблация
• електрофизиологични изследвания
• лазер
• микровълни
• радиофреквентна аблация

Кодирай също когато е направена:
• трансезофагеална ехокардиография (55118-00 [1942])
Не включва: отделяне на допълнителен път (38512-00, 38515-00 [600])

38287-04 Отворена аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща лява предсърдна кухина
Изолиране на пулмонална вена чрез отворен достъп
Включва: чрез:
• стернотомия
• торакотомия

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38290-02 Отворена аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща двете предсърдни кухини
Изолиране на пулмонална вена с аблация на аритмичен кръг или фокус, включващо дясно предсърдие чрез отворен достъп
Включва: чрез:
• стернотомия
• торакотомия

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Ексцизионни процедури на предсърдие

38670-00 Ексцизия на лезия на предсърдна стена или междупредсърден септум
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
Не включва: с реконструкция на предсърдие чрез:
• кондюит (38673-01 [604])
• патч графт (38673-00 [604])

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38615-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява камера

38615-01 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в дясна камера

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38627-00 Корекция на канюла за устройство за асистирана циркулация на камера (и)
Преместване канюла за вентрикуларно асистиращо устройство

38621-00 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на лява камера

38621-01 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на дясна камера

38624-00 Отстраняване на устройство за асистирана циркулация на лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38362-00 Перкутанно поставяне на интрааортна балонна помпа

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Процедури за приложение, поставяне или отстраняване върху камера

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38618-00 Поставяне на устройство за асистирана циркулация в лява и дясна камера

Поставяне на друг електрод или патч за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38470-00 Поставяне на постоянен епикарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез торакотомия или стерностомия
Поставяне на постоянен миокарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез:
• стернотомия
• торакотомия
Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен пейсмейкър-генератор (38353-00 [650])
Не включва: с дефибрилаторна функция (38470-01 [649])

38470-01 Поставяне на постоянен епикарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез торакотомия или стерностомия
Поставяне на постоянен миокарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез:
• стернотомия
• торакотомия
Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен дефибрилатор-генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-00 [653])

Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38456-24 Подмяна на постоянен епикарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез торакотомия или стерностомия
Подмяна на постоянен миокарден електрод за кардио пейсмейкър чрез торакотомия и стернотомия

Кодирай също когато е направена:
• подмяна на сърдечен пейсмейкър (38353-01 [655])
Не включва: с дефибрилаторна функция (38456-31 [654])

38456-31 Подмяна на постоянен епикарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез торакотомия или стерностомия
Подмяна на постоянен миокарден електрод за кардио дефибрилатор чрез торакотомия и стернотомия
Кодирай също когато е направена:
• подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])

Възстановителни процедури на аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38572-00 Оперативно поведение при остра руптура или дисекация на гръдна аорта
Кодирай първо:
• възстановяване на торакална аорта:
• възходяща (виж блокове [684] и [685])
• низходяща (виж блок [686])
• подмяна на аневризма с графт:
• торако-абдоминална (33109-00 [715])
• торако-аортален (33103-00 [715])

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев
Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

33500-00 Каротидна ендартериектомия
Не включва: с резекция и реанастомоза (32703-00 [718])

Ендартеректомия

33539-00 Ендартериектомия на крайници
Ендартериектомия на:
• обща }
• повърхностна } феморална артерия
Не включва: разширена ендартеректомия на дълбоката феморална артерия (33542-00 [700])

Възстановителни процедури на аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38706-01 Възстановяване на аорта с анастомоза

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционен графт

Подмяна на възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

Не включва: при подмяна на аортна дъга (виж блок [688])

38550-01 Протезиране на възходяща гръдна аорта

Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38559-01 Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Протезиране на низходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38568-01 Протезиране на низходяща гръдна аорта

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционен графт

Други процедури на артерия

90222-00 Други процедури на артерия

Други процедури на вена

90222-01 Други процедури на вена

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционен графт

Подмяна на възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

Не включва: при подмяна на аортна дъга (виж блок [688])

38550-01 Протезиране на възходяща гръдна аорта

Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38559-01 Протезиране на аортна дъга и възходяща гръдна аорта

Протезиране на низходяща гръдна аорта

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38568-01 Протезиране на низходяща гръдна аорта

Миокардиална превенция

38600-00 Кардиопулмонален байпас, централно канюлиране
Сърдечнобелодробен байпас БДУ
Екстракорпорално кръвообръщение чрез централна катетеризация
Включва: такава, свързан с отворена сърдечна хирургия
при използване на апарат сърце-бял дроб
Не включва: специфични процедури със сърдечнобелодробен байпас (38653 [606], [615], [620], [624], [630], [635], [638], [666] и [681])

Миокардиална превенция

90225-00 Екстракорпорална мембрана оксигенация [ECMO]
Не включва: екстракорпорална циркулация при отворена сърдечна хирургия чрез канюлиране:
• централно (38600-00 [642])
• периферно (38603-00 [642])

Хемодиализа

13100-01 Периодична хемофилтрация

13100-02 Продължаваща хемофилтрация

Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод
Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])
Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Приложение на фармакотерапия

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен агент

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92052-00 Кардиопулмонална ресуситация

Инцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38418-00 Експлоративна торакотомия
Затваряне фистула на гръден канал
Лигиране на гръден канал
Срединна стернотомия
Включва: биопсия на:
• гръдна стена
• диафрагма
• медиастинум
Не включва: отворена биопсия на:
• бял дроб (38418-02 [550])
• през медиастинум:
• цервикален достъп (38448-00 [561])
• медиастинотомия (30320-00 [561])
• плевра (38418-01 [550])
Като оперативен достъп – пропусни кода

642 Миокардиална превенция

38603-00 Кардиопулмонален байпас, периферно канюлиране
Екстракорпорално кръвообръщение чрез периферна катетеризация
Включва: такава, свързана с отворена сърдечна хирургия при използване на апарат сърце-бял дроб
Не включва: специфични процедури със сърдечнобелодробен байпас (38653 [606], [615], [620], [624], [630], [635], [638], [666] и [681])

616 Ексцизионни процедури на септум

Не включва: предсърдна септекемия (38739-00 [619])

38748-00 Камерна септектомия

682 Процедури за приложение, поставяне или премахване върху аорта

38609-00 Поставяне на интрааортна балонна помпа чрез артериотомия
Поставяне на интрааортна балонна помпа чрез разрез

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена и отчетена задължително процедура **13882-00/13882-01/13882-02** в комбинация с поне два от кодове: **13100-01/13100-02;** 90225-00 **и 38362-00;** отчетена е една оперативна процедура (с изключение на 90176-00; 38470-00 или 38470-01 или 38456-24 или 38456-31**;** 38600-00 **и** 90225-00**)**, посочени в блок **Кодове на основни процедури**, минимум три различни кодове **от различни блокове**, **посочени в Приложение № 21**.

С кодове: 38603-00 Кардиопулмонален байпас, периферно канюлиране
Екстракорпорално кръвообръщение чрез периферна катетеризация;

38748-00 Камерна септектомия и 38609-00 Поставяне на интрааортна балонна помпа чрез артериотомия, не може да се завършва клиничната пътека.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Полиорганната недостатъчност е прогресиращо състояние, което се характеризира с нарастваща степен на физиологични нарушения в няколко органа и/или системи. Постепенно се установява прекратяване на функциите им. Засегнати могат да бъдат белите дробове, сърдечно-съдовата система, бъбреците, черния дроб, нервната система, механизмите на кръвосъсирване и други.

Клиничната пътека може да се отчита само ако полиорганната недостатъчност е настъпила в рамките на един и същ болничен престой, в който е извършено оперативното лечение.

Клиничната пътека се заплаща на лечебното заведение, съгласно ДЛА за не повече от 2.5% от броя на случаите по КП №№ 116, 117, 118, 119, 121 и 122.

В случаите на настъпил екзитус летализ преди 16- я ден или 384- я час от хоспитализацията, случаят се заплаща по цена на КП №120.1.

Клиничната пътека се заплаща след проверка на НЗОК.

Процедура с **код** 38470-00 или 38470-01 или 38456-24 или 38456-31 се отчита **задължително в комбинация със** 38418-00 **(стернотомия)** или 38415-00 **(торакотомия).**

При необходимост и по преценка на оператора, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти. Неразделна част към ИЗ на пациента става " ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА".

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Кардиохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиохирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиохирургия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени **на територията му** и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия
2. Ангиографска (процедурна) зала, отговаряща на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с 24 -часов непрекъснат режим на работа (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. Детска кардиологична клиника/отделение
4. КАИЛ/ОАИЛ или Детска сърдечна реанимация
5. Операционен блок/зали (минимум 2 зали), с оборудване за ЕКК и задължително

ЕКМО
6. Клинична лаборатория - II или III ниво на компетентност
7. Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на **населеното място**, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по инвазивна кардиология
2. Вирусологична лаборатория
3. КАТ/МРТ, с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
4. Клинична патология
5. Отделение за физикална и рехабилитационна медицина
6. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография (24-часово извършване на изследването), велоергометрия, холтер мониториране)
7. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиохирургия – двама лекари със специалност по кардиохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по кардиология – двама, от които единият с придобита допълнителна квалификация по ехокардиография;
- специалист по екстракорпорална циркулация (кардиотехници или перфузионисти);
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по кардиохирургия – двама лекари със специалност по кардиохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по детска кардиология – двама, от които единият с придобита допълнителна квалификация по ехокардиография;
- специалист по екстракорпорална циркулация (кардиотехници или перфузионисти);
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Най-малко двама от лекарите със специалност по кардиохирургия да са извършили поне по 125 операции в условията на ЕКК на година за последните 3 години.

В клиниките/отделенията по кардиохирургия, осъществяващи операции при възрастни - извършване на не по-малко от 250 операции на отворено сърце годишно.

В клиниките/отделенията по кардиохирургия, осъществяващи операции при деца - извършване на не по-малко от 125 операции на отворено сърце годишно.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Комплексно лечение на пациенти с данни за полиорганна недостатъчност, настъпила до 30-ия ден след сърдечна операция, при наличие на поне две от следните състояния, настъпили непосредствено след сърдечна операция:

- **сърдечна недостатъчност, изискваща прилагането на механично подпомагащи устройства - контрапулсатор и други подпомагащи сърцето системи;**
- **дихателна недостатъчност, изискваща продължителна механични вентилация с продължителност над 72 часа;**
- **бъбречна недостатъчност, изискваща хемофилтрация и/или хемодиализа, доказана документално и отразена в ИЗ;**
- **кръвни и дълбоки раневи инфекции - медиастинит, сепсис (доказан с хемокултура) и др.;**
- **общомозъчна и/или отпадна неврологична симптоматика, доказана документално и отразена в ИЗ;**
- **пациенти с особено висок риск, развили полиорганна недостатъчност след транскатетърно имплантиране на аортна клапна протеза.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

В клиничната пътека се включват само пациенти с данни за полиорганна недостатъчност, **настъпила в рамките на същия болничен престой, до 30-ия ден след сърдечна операция**, отговарящи на посочените по-горе индикации за хоспитализация.

Код ***35.99 се отчита до публикуване на нов Списък на медицинските изделия по чл. 30а от Закона за медицинските изделия и за определяне на стойността, до която те се заплащат.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя интраоперативно, постоперативно и след хистологично изследване – при необходимост.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- клинични, ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенови и лабораторни данни със задоволителни параметри;
- стабилна хемодинамика;
- първично заравстване на оперативната рана;
- афебрилност.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к. .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

....

име на лечебното заведение

....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека;	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				№ и дата на разрешение за откриване на болнична аптека			
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) ПРИ ВРОДЕНИ ПОРОЦИ

Какво представлява Вашето или това на Вашето дете заболяване?

Вие или Вашето дете страдате от вродена малформация (заболяване) на сърцето, която му пречи да изпълнява своята функция – да изпомпва кръв и доставя до органите и тъканите кислород и хранителни вещества.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение – оперативно или консервативно, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои на Вас или Вашето дете вътре в болницата?

След направените изследвания, ако решим че Вашата малформация може да бъде коригирана по оперативен път и сърцето да работи нормално, ще Ви предложим операция, която ще Ви обясним. Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството и продължителността на живота сериозно да се влоши.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашето дете решение. Не винаги може да се постигне желаният резултат. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния Ви период, може да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашето дете се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат. За допълнителни въпроси и разяснения винаги можете да се обръщате към лекуващия лекар или завеждащ отделение.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. За да се работи по време на операцията върху Вашето сърце спокойно, е необходимо то да бъде спряно за кратък период от време под съответна защита по изкуствен начин. През това време функцията на сърцето и тази на белите дробове ще се поеме от машината “сърце – бял дроб” (т.нар. извънтелесно кръвообращение). След операцията ще бъдете преместен в интензивно отделение, където за Вас ще бъде приготвено затоплено легло и ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

За постоянно наблюдение на Вашата сърдечна дейност ще Ви бъдат залепени ЕКГ–електроди. Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и различни медикаменти. За точен контрол на Вашето артериално налягане и доставката на кислород за Вашето тяло ще ви бъде поставена след местна упойка една пластична канюла в пулсиращ съд (артерия).

За дрениране на стомашния сок по време на операцията, се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно. Следващата манипулация е поставянето на централен венозен катетър в една вена на шията. Този катетър е необходим за преценяване на сърдечната дейност и за директното инжектиране в сърцето на медикаментите. Възможните рискове при поставянето на катетъра са въздушна емболия (попадане на въздух във вената) и сърдечни ритъмни смущения.

Най-накрая, за проследяване на бъбречната функция, в пикочния мехур се поставя един катетър. При наличие на уголемена простата може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – инфекция на пикочния мехур.

Тубусът в трахеята ще Ви пречи да говорите, а наличните катетри и кабели ограничават Вашите движения.

Понякога след операцията може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

Няколко дни след операцията, Вие може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашето дете стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

КП № 121 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪРЦЕТО, БЕЗ ЕКСТРАКОРПОРАЛНО КРЪВООБРАЩЕНИЕ,ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ - 3 ДНИ

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Инцизионни процедури на бял дроб и плевра

38415-00 Инцизия на плевра
Създаване на плеврален прозорец за дренаж
Дренаж на емпием
Отворен гръден дренаж
Включва: резекциянаребро

Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

90176-00 Възстановяване на гръдна стена
Затваряненаторакостомия
Шевналацерациянагръднастена
*Невключва:*торакопластика (38427-00, 38430 [565])

Дренаж на сърце

38359-00 Перикардиоцентеза

Дренаж на сърце

38450-00 Трансторакален дренаж на перикард/фенестрация
Трансторакално създаване на перикарден прозорец
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Други ексцизионни процедури на перикард

38447-00 Перикардектомия, непълна или пълна
Частична перикардиектомия за създаване на перикарден прозорец
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Деструктивни процедури на предсърдие

Включва: такава с:
• криоаблация
• електрофизиологични изследвания
• лазер
• микровълни
• радиофреквентнааблация
Кодирай също когато е направена:
• трансезофагеалнаехокардиография (55118-00 [1942])
Не включва: отделяне на допълнителен път (38512-00, 38515-00 [600])

38287-04 Отворена аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща лява предсърдна кухина
Изолиране на пулмонална вена чрез отворен достъп
Включва: чрез:
• стернотомия
• торакотомия

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

38290-02 Отворена аблация на аритмичен кръг или фокус, включваща двете предсърдни кухини
Изолиране на пулмонална вена с аблация на аритмичен кръг или фокус, включващо дясно предсърдие чрез отворен достъп
Включва: чрез:
• стернотомия
• торакотомия
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Ексцизионни процедури на предсърдие

38670-00 Ексцизия на лезия на предсърдна стена или междупредсърденсептум
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
Не включва: с реконструкция на предсърдие чрез:
• кондюит (38673-01 [604])
• патчграфт (38673-00 [604])

Поставяне на друг електрод или патч за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38470-00 Поставяне на постоянен епикарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез торакотомия или стерностомия
Поставяне на постоянен миокарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез:
• стернотомия
• торакотомия
Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен пейсмейкър-генератор (38353-00 [650])
Не включва: с дефибрилаторна функция (38470-01 [649])

38470-01 Поставяне на постоянен епикарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез торакотомия или стерностомия
Поставяне на постоянен миокарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез:
• стернотомия
• торакотомия
Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен дефибрилатор-генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-00 [653])

Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

38456-24 Подмяна на постоянен епикарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез торакотомия или стерностомия
Подмяна на постоянен миокарден електрод за кардиопейсмейкър чрез торакотомия и стернотомия
Кодирай също когато е направена:
• подмяна на сърдечен пейсмейкър (38353-01 [655])
Не включва: с дефибрилаторна функция (38456-31 [654])

38456-31 Подмяна на постоянен епикарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез торакотомия или стерностомия
Подмяна на постоянен миокарден електрод за кардиодефибрилатор чрез торакотомия и стернотомия
Кодирай също когато е направена:
• подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])

Възстановителни процедури на аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38706-01 Възстановяване на аорта с анастомоза

Прекъсване на артерия

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране

Не включва: такава при висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

34106-14 Прекъсване на друга артерия

Прекъсване на вена

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране

Не включва: такава за:
• перфориращи вени (виж блокове [727] и [728])
• висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някаква друга съдова процедура – пропусни кода

34106-19 Прекъсване на друга вена

Възстановителни процедури на белодробна артерияпри вродено сърдечно заболяване

38733-00 Създаване на системен пулмоналеншънт
Създаване на шънт:
• възходяща аорта }
• низходяща аорта } към пулмонална артерия
• субклавна }

Други възстановителни процедури на съдови места

38733-01 Създаване на кавопулмоналеншънт
Създаване на шънт от вена кавасуперио към белодробна артерия за снабдяване на:
• двата бели дроба (двупосочна Glenn процедура)
• един бял дроб (класическа Glenn процедура)

Забележка: Изпълнен за вродено сърдечно заболяване

Артериален байпас графт с използване на вена

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])
• патчграфт (33548 [707])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт– пропусни кода

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32763-00 Друг артериален байпас с използване на вена

Патчграфт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последователен, кросоврграфт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])

• вена (виж блок [711])

Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-00 Патчграфт на артерия с използване на автоложен материал
Патчграфт за артериален байпас графт с използване на автоложен материал
Патчграфт от:
• артерия
• вена

Патчграфт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последвателен, кросовърграфт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])

Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-01 Патчграфт на артерия с използване на синететичен материал
Патчграфт за артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Патчграфт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последвателен, кросовърграфт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])

Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-00 Патчграфт на артерия с използване на автоложен материал
Патчграфт за артериален байпас графт с използване на автоложен материал
Патчграфт от:
• артерия
• вена

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

32766-00 Възстановяване на друга артерия чрез директна анастомоза

Други процедури на артерии и вени

90223-01 Други съдови процедури

Инцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38418-00 Експлоративнаторакотомия
Затваряне фистула на гръден канал
Лигиране на гръден канал
Срединнастернотомия

Включва: биопсия на:
• гръдна стена
• диафрагма
• медиастинум

Не включва: отворена биопсия на:
• бял дроб (38418-02 [550])
• през медиастинум:
• цервикален достъп (38448-00 [561])
• медиастинотомия (30320-00 [561])
• плевра (38418-01 [550])

Като оперативен достъп – пропусни кода

1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура (**с изключение на** 38415-00; 90176-00; 38359-00; 38470-00 или 38470-01 или 38456-24 или 38456-31 **и** 38418-00) минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21.**

Процедури с кодове: 38359-00(перикардиоцентеза) и 38470-00 или 38470-01 или 38456-24 или 38456-31 се отчитат **задължително** в комбинация със 38418-00 (стернотомия) или 38415-00 (торакотомия).

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При необходимост и по преценка на оператора, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти. Неразделна част към ИЗ на пациента става "ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА".

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Кардиохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиохирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиохирургия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия
2. Ангиографска (процедурна) зала, отговаряща на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с 24 -часов непрекъснат режим на работа (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. КАИЛ/ОАИЛ
4. Операционен блок/зали(минимум 2 зали)
5. Клиника/отделение по кардиология
6. Клинична лаборатория - II или III ниво на компетентност
7. Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на

населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Вирусологична лаборатория
2. КАТ/МРТ, с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Клинична патология
4. Отделение за физикална и рехабилитационна медицина
5. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография (24-часово извършване на изследването), велоергометрия, холтермониториране)
6. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по кардиохирургия – двама лекари със специалност по кардиохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по кардиология – двама, от които единият с придобита допълнителна квалификация по ехокардиография;
- специалист по екстракорпорална циркулация (кардиотехници или перфузионисти);
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършвазадължителнаконсултация с лекарсъсспециалност по анестезиология или клиничнаалергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Най-малко двама от лекарите със специалност по кардиохирургия да са извършили поне по 125 операции в условията на ЕКК на година за последните 3 години.

В клиниките/отделенията по кардиохирургия, осъществяващи операции при възрастни - извършване на не по-малко от250операции на отворено сърце годишно.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

- **персистиращ артериален канал - белодробна хиперволемия и чести белодробни инфекции;**
- **коарктация на аортата - разлика в пулсациите на горни и долни крайници; брахицефална хипертония и сърдечна недостатъчност;**
- **цианотични и комплексни ВСМ с намален белодробен кръвоток - артериална хипоксемия и хипоксемични кризи (помощни анастомозиращи операции);**
- **ацианотични и комплексни ВСМ с увеличен белодробен кръвоток - неовладима сърдечна недостатъчност (помощни операции за намаляване на белодробния кръвоток);**
- **всички състояния след операция, както и други заболявания, водещи до перикарден излив с притискане на сърцето;**
- **дехисценция на стернума, медиастинит и други състояния, налагащи оперативно възстановяване на гръдната стена;**
- **лезии на интраторакални съдове.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

След провеждане на изследванията и стабилизиране състоянието на пациента, се провеждат кардиохирургични обсъждания, на които кардиолозите, изследвали пациента, го предлагат за планово оперативно лечение. След консилиум той влиза в оперативната програма.

След оперативното лечение престоят в ОАИЛ /ДОРИЛ и постоперативните процедури целят стабилизиране хемодинамиката на детето при стриктно мониториране. Проследяват се анатомичната корекция на структурите и ефективността на хемодинамиката след извършената оперативна интервенция. Балансират се кръвозагубите, нарушенията на водно-електролитния баланс. Следят се белодробната циркулация и метаболизмът на детето.

При изпълнение на определени критерии – достатъчна стабилизация на пациента, той се извежда в следоперативната структура, където остава до изпълването на критериите за окончателното изписване. Поведение при усложнените случаи – детето остава в реанимация, където се лекува по правилата за добра медицинска практика.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на неинвазивни и инвазивни изследвания, оперативна находка или патоанатомични данни.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- постигане на стабилна хемодинамика;
- раните са добре зараснали;
- ритъмните и проводни нарушения са под контрол;
- липса на белодробна инфекция;
- траен афебрилитет.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА седокументира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативнаанестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативнаепикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Пациент: .....

(подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ПРИ ВРОДЕНИ ПОРОЦИ

Какво представлява Вашето или това на Вашето дете заболяване?

Вие или Вашето дете страдате от вродена малформация (заболяване) на сърцето, която му пречи да изпълнява своята функция – да изпомпва кръв и да доставя до органите и тъканите кислород и хранителни вещества.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение – оперативно или консервативно, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои на Вас или Вашето дете вътре в болницата?

След направените изследвания, ако решим че Вашата малформация може да бъде коригирана по оперативен път и сърцето да работи нормално, ще Ви предложим операция, която ще Ви обясним. Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството и продължителността на живота сериозно да се влоши.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашето дете решение. Не винаги може да се постигне желаният резултат. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния Ви период, може да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашето дете се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат. За допълнителни въпроси и разяснения винаги можете да се обръщате към лекуващия лекар или завеждащ отделение.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. За да се

работи по време на операцията върху Вашето сърце спокойно, е необходимо то да бъде спряно за кратък период от време, под съответна защита по изкуствен начин. През това време функцията на сърцето и тази на белите дробове ще се поеме от машината "сърце – бял дроб" (т.нар. извънтелесно кръвообращение). След операцията ще бъдете преместен в интензивно отделение, където за Вас ще бъде приготвено затоплено легло и ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

За постоянно наблюдение на Вашата сърдечна дейност ще Ви бъдат залепени ЕКГ–електроди. Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и различни медикаменти. За точен контрол на Вашето артериално налягане и доставката на кислород за Вашето тяло, ще ви бъде поставена след местна упойка една пластична канюла в пулсиращ съд (артерия).

За дрениране на стомашния сок по време на операцията се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно. Следващата манипулация е поставянето на централен венозен катетър в една вена на шията. Този катетър е необходим за преценяване на сърдечната дейност и за директното инжектиране в сърцето на медикаментите. Възможните рискове при поставянето на катетъра са въздушната емболия (попадане на въздух във вената) и сърдечни ритъмни смущения.

Най-накрая, за проследяване на бъбречната функция, в пикочния мехур се поставя един катетър. При наличие на уголемена простата може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра –инфекция на пикочния мехур.

Тубусът в трахеята Ви ще пречи да говорите, а наличните катетри и кабели ограничават Вашите движения.

Понякога след операцията може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

Няколко дни след операцията, Вие може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашето дете стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

КП № 122 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СЪРЦЕТО, БЕЗ ЕКСТРАКОРПОРАЛНО КРЪВООБРАЩЕНИЕ, ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 7дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Инцизионни процедури на бял дроб и плевра

38415-00 Инцизия на плевра
Създаване на плеврален прозорец за дренаж
Дренаж на емпием
Отворен гръден дренаж
Включва: резекциянаребро

Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

90176-00 Възстановяване на гръдна стена
Затварянеторакостомия
Шевналацерациянагръднастена
*Невключва:*торакопластика (38427-00, 38430 [565])

Дренаж на сърце

38359-00 Перикардиоцентеза

Дренаж на сърце

38450-00 Трансторакален дренаж на перикард/фенестрация
Трансторакално създаване на перикарден прозорец
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Други ексцизионни процедури на перикард

38447-00 Перикардектомия, непълна или пълна
Частична перикардиектомия за създаване на перикарден прозорец
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Ексцизионни процедури на предсърдие

38670-00 Ексцизия на лезия на предсърдна стена или междупредсърденсептум
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
Не включва: с реконструкция на предсърдие чрез:
• кондюит (38673-01 [604])
• патчграфт (38673-00 [604])

Поставяне на друг електрод или патч за сърдечен пейсмейкър или дефибрилатор

38470-00 Поставяне на постоянен епикарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез торакотомия или стерностомия
Поставяне на постоянен миокарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез:
• стернотомия
• торакотомия
Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен пейсмейкър-генератор (38353-00 [650])

Не включва: с дефибрилаторна функция (38470-01 [649])

38470-01 Поставяне на постоянен епикарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез торакотомия или стерностомия

Поставяне на постоянен миокарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез:
• стернотомия
• торакотомия

Кодирай също когато е направено:
• поставяне на сърдечен дефибрилатор-генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-00 [653])

Регулиране, подмяна или премахване на електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

38456-24 Подмяна на постоянен епикарден електрод за сърдечен пейсмейкър чрез торакотомия или стерностомия

Подмяна на постоянен миокарден електрод за кардиопейсмейкър чрез торакотомия и стернотомия

Кодирай също когато е направена:
• подмяна на сърдечен пейсмейкър (38353-01 [655])

Не включва: с дефибрилаторна функция (38456-31 [654])

38456-31 Подмяна на постоянен епикарден електрод за сърдечен дефибрилатор чрез торакотомия или стерностомия

Подмяна на постоянен миокарден електрод за кардиодефибрилатор чрез торакотомия и стернотомия

Кодирай също когато е направена:
• подмяна на дефибрилатор генератор (автоматичен) (имплантируем) (38393-01 [656])

Възстановителни процедури на аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38706-01 Възстановяване на аорта с анастомоза

Прекъсване на артерия

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране

Не включва: такава при висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

34106-14 Прекъсване на друга артерия

Прекъсване на вена

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране

Не включва: такава за:
• перфориращи вени (виж блокове [727] и [728])
• висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някаква друга съдова процедура – пропусни кода

34106-19 Прекъсване на друга вена

Възстановителни процедури на белодробна артерияпри вродено сърдечно заболяване

38733-00 Създаване на системен пулмоналеншънт

Създаване на шънт:
• възходяща аорта }

• низходяща аорта } към пулмонална артерия
• субклавна }

Други възстановителни процедури на съдови места

38733-01 Създаване на кавопулмоналеншънт
Създаване на шънт от вена кавасуперио към белодробна артерия за снабдяване на:
• двата бели дроба (двупосочна Glenn процедура)
• един бял дроб (класическа Glenn процедура)
Забележка: Изпълнен за вродено сърдечно заболяване

Артериален байпас графт с използване на вена

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])
• патчграфт (33548 [707])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт– пропусни кода
Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32763-00 Друг артериален байпас с използване на вена

Патчграфт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последователен, кросоврграфт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])
Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-00 Патчграфт на артерия с използване на автоложен материал
Патчграфт за артериален байпас графт с използване на автоложен материал
Патчграфт от:
• артерия
• вена

Патчграфт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последователен, кросоврграфт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])
Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-01 Патчграфт на артерия с използване на синететичен материал
Патчграфт за артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Патчграфт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последователен, кросоврграфт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])
Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-00 Патчграфт на артерия с използване на автоложен материал
Патчграфт за артериален байпас графт с използване на автоложен материал
Патчграфт от:
• артерия
• вена

Възстановяване на артерия чрез анастомоза	
32766-00	Възстановяване на друга артерия чрез директна анастомоза
Други процедури на артерии и вени	
90223-01	Други съдови процедури
Инцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма	
38418-00	Експлоративнаторакотомия Затваряне фистула на гръден канал Лигиране на гръден канал Срединнастернотомия *Включва*: биопсия на: • гръдна стена • диафрагма • медиастинум *Не включва*: отворена биопсия на: • бял дроб (38418-02 [550]) • през медиастинум: • цервикален достъп (38448-00 [561]) • медиастинотомия (30320-00 [561]) • плевра (38418-01 [550]) Като оперативен достъп – пропусни кода
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура (с изключение на 38415-00; 90176-00; 38359-00; 38470-00 или 38470-01 или 38456-24 или 38456-31 и 38418-00), минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21.**

Процедури с кодове: 38359-00(перикардиоцентеза) и 38470-00 или 38470-01 или 38456-24 или 38456-31 се отчитат **задължително** в комбинация със 38418-00 (стернотомия) или 38415-00 (торакотомия).

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При необходимост и по преценка на оператора, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти. Неразделна част към ИЗ на пациента става "ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА".

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Кардиохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиохирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Кардиохирургия”.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиохирургия
2. Ангиографска (процедурна) зала, отговаряща на изискванията за помещения за работа с йонизиращи лъчения, с 24 -часов непрекъснат режим на работа (разположение), оборудвана с апаратура за видеоконтрол
3. Детскакардиологична клиника/отделение
4. Детскасърдечна реанимация
5. Операционен блок/зали(минимум 2 зали)
6. Клинична лаборатория - II или III ниво на компетентност
7. Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на **населеното място**, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Вирусологична лаборатория
2. КАТ/МРТ, с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
3. Клинична патология
4. Отделение за физикална и рехабилитационна медицина
5. Отделение за неинвазивна диагностика – (ехокардиография (24-часово извършване на изследването), велоергометрия, холтермониториране)
6. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по кардиохирургия – двама лекари със специалност по кардиохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по детска кардиология – двама, от които единият с придобита допълнителна квалификация по ехокардиография;
- специалист по екстракорпорална циркулация (кардиотехници или перфузионисти);
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършвазадължителнаконсултация с лекарсъсспециалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Най-малко двама от лекарите със специалност по кардиохирургия да са извършили поне по 125 операции в условията на ЕКК на година за последните 3 години.

В клиниките/отделенията по кардиохирургия, осъществяващи операции при деца - извършване на не по-малко от 125 операции на отворено сърце годишно.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностично уточняване и оперативно лечение на пациенти под 18 години със:

- **при персистиращ артериален канал - белодробна хиперволемия и чести белодробни инфекции;**
- **при коарктация на аортата - разлика в пулсациите на горни и долни крайници; брахицефална хипертония и сърдечна недостатъчност;**
- **при цианотични и комплексни ВСМ с намален белодробен кръвоток - артериална хипоксемия и хипоксемични кризи (помощни анастомозиращи операции);**
- **при ацианотични и комплексни ВСМ с увеличен белодробен кръвоток - неовладима сърдечна недостатъчност (помощни операции за намаляване на белодробния кръвоток);**
- **всички състояния след сърдечна операция, както и други заболявания, водещи до перикарден излив с притискане на сърцето;**
- **дехисценция на стернума, медиастинит и други състояния, налагащи оперативно възстановяване на гръдната стена.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

След провеждане на изследванията и стабилизиране състоянието на детето, се провеждат кардиохирургични обсъждания, на които кардиолозите, изследвали пациента, го предлагат за планово оперативно лечение. След консилиум той влиза в оперативната програма.

След оперативното лечение престоят в ОАИЛ /ДОРИЛ и постоперативните процедури целят стабилизиране хемодинамиката на детето при стриктно мониториране. Проследяват се анатомичната корекция на структурите и ефективността на хемодинамиката след извършената оперативна интервенция. Балансират се кръвозагубите, нарушенията на водно-електролитния баланс. Следят се белодробната циркулация и метаболизма на детето.

При изпълнение на определени критерии – достатъчна стабилизация на детето, то се извежда в следоперативната структура, където остава до изпълването на критериите за окончателното изписване. Поведение при усложнените случаи – детето остава в реанимация, където се лекува по правилата за добра медицинска практика.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на неинвазивни и инвазивни изследвания, оперативна находка или патоанатомични данни.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- постигане на стабилна хемодинамика;
- детето е добре захранено;
- раните са добре зараснали;
- ритъмните и проводни нарушения са под контрол;
- липса на белодробна инфекция;
- траен афебрилитет.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА седокументира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативнаанестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативнаепикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..,..,.... код на държава

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

..... име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.... име на лечебното заведение

.... име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... **№.** ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... **№.** ☐☐.☐

Клинична процедура ..... **№.** ☐☐.☐

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: ……..
ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година

Директор на лечебното заведение: ..... подпис и печат на лечебното заведение	**Лекар, вложил МИ:** ..... фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ПРИ ВРОДЕНИ ПОРОЦИ

Какво представлява Вашето или това на Вашето дете заболяване?

Вие или Вашето дете страдате от вродена малформация (заболяване) на сърцето, която му пречи да изпълнява своята функция – да изпомпва кръв и да доставя до органите и тъканите кислород и хранителни вещества.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение – оперативно или консервативно, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои на Вас или Вашето дете вътре в болницата?

След направените изследвания, ако решим че Вашата малформация може да бъде коригирана по оперативен път и сърцето да работи нормално, ще Ви предложим операция, която ще Ви обясним. Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството и продължителността на живота сериозно да се влоши.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашето дете решение. Не винаги може да се постигне желаният резултат. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния Ви период, може да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашето дете, се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат. За допълнителни въпроси и разяснения винаги можете да се обръщате към лекуващия лекар или завеждащ отделение.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. За да се работи по време на операцията върху Вашето сърце спокойно, е необходимо то да бъде спряно за кратък период от време, под съответна защита по изкуствен начин. През това време функцията на сърцето и тази на белите дробове ще се поеме от машината “сърце – бял дроб” (т.нар. извънтелесно кръвообращение). След операцията Вие ще бъдете преместен в интензивно отделение, където за Вас ще бъде приготвено затоплено легло и ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

За постоянно наблюдение на Вашата сърдечна дейност ще Ви бъдат залепени ЕКГ–електроди. Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта, ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и различни медикаменти. За точен контрол на Вашето артериално налягане и доставката на кислород за Вашето тяло ще ви бъде поставена след местна упойка една пластична канюла в пулсиращ съд (артерия).

За дрениране на стомашния сок по време на операцията, се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно. Следващата манипулация е поставянето на централен венозен катетър в една вена на шията. Този катетър е необходим за преценяване на сърдечната дейност и за директното инжектиране в сърцето на медикаментите. Възможните рискове при поставянето на катетъра са въздушна емболия (попадане на въздух във вената) и сърдечни ритъмни смущения.

Най-накрая, за проследяване на бъбречната функция, в пикочния мехур се поставя един катетър. При наличие на уголемена простата може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – инфекция на пикочния мехур.

Тубусът в трахеята ще Ви пречи да говорите, а наличните катетри и кабели ограничават Вашите движения.

Понякога след операцията може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

Няколко дни след операцията, Вие може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашето дете стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

КП № 123 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА АБДОМИНАЛНА АОРТА, ДОЛНА ПРАЗНА ВЕНА И КЛОНОВЕТЕ ИМ

КП № 123.1 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА АНЕВРИЗМИ НА АБДОМИНАЛНА АОРТА

1. Минимален болничен престой – 5 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Артериална емболектомия или тромбектомия

Не включва: емболектомия или тромбектомия на артериален байпас графт:
- крайници (33806-12 [703])
- тяло (33803-02 [703])

33806-04 Емболектомия или тромбектомия на целиачна артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

33806-05 Емболектомия или тромбектомия на мезентериална артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

33806-06 Емболектомия или тромбектомия на ренална артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

33806-07 Емболектомия или тромбектомия на лиенална артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

33806-08 Емболектомия или тромбектомия на илиачна артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

90230-00 Емболектомия или тромбектомия на друга артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

Възстановяване на аорто-чревна фистула

Включва: възстановяване на дуоденум

34160-00 Възстановяване на аорто-ентерална фистула с директно затваряне на аорта
Възстановяване на аортодуоденална фистула с директно затваряне на аорта

Други процедури за приложение, поставяне или премахване на други васкуларни места

35360-01 Отворено отстраняване на интраваскуларно чуждо тяло
Отворено изваждане на чуждо тяло в:
- аорта
- долна празна вена
- периферни:
  - артерия
  - вена
- пулмонална артерия
- дясно предсърдие

Включва: катетърни фрагменти
емболизиращи спирали
части от ендоваскуларнистентове
водачи

Не включва: перкутанно изваждане на филтър от вена каваинферио р (35331-00 [723])
изваждане на съдови катетри (34530-01 [694], 34530-04 [738])

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев

Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

33509-00 Аортнаендартериектомия

Не включва: с някои други процедури на аортата – пропусни кода

33512-00 Аортно-илиачнаендартериектомия

Включва: такава на една или двете илиачни артерии

33515-00 Аортно-феморалнаендартериектомия

Включва: такава на една или двете феморални артерии

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев

Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

33530-00 Целиачнаендартериектомия

33530-01 Ендартериектомия на горна мезентериална артерия

33536-00 Ендартериектомия на долна мезентериална артерия

Не включва: с някои други процедури на долна мезентериална артерия – пропусни кода

33521-00 Илиофеморалнаендартериектомия, едностранна

33515-01 Илиофеморалнаендартериектомия, двустранна

33518-00 Илиачнаендартериектомия

33524-00 Реналнаендартериектомия, едностранна

33527-00 Реналнаендартериектомия, двустранна

90229-00 Друга ендартериектомия

Други процедури на артерия

32736-00 Други процедури на долна мезентериална артерия

Възстановителни процедури на аорта

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38706-01 Възстановяване на аорта с анастомоза

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

90210-02 Възстановяване на аорта чрез директна анастомоза

33836-00 Възстановяване на целиачна артерия чрез директна анастомоза

33836-01 Възстановяване на ренална артерия чрез директна анастомоза

33836-02 Възстановяване на илиачна артерия чрез директна анастомоза

33836-03 Възстановяване на мезентериална артерия чрез директна анастомоза

32766-00 Възстановяване на друга артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване аневризма на шия, интра-абдоминална област или крайници

Възстановяване чрез:
• клипсиране
• ексцизия
• лигиране
• шев

Не включва: заместване с графт (виж блок [715])

33130-00 Ексцизия и възстановяване на висцерална артериална аневризма с директна анастомоза

Не включва: прекъсване на висцералнааневризма без възстановяване на целостта (33133-00 [698])

33166-00 Ексцизия и възстановяване на руптуриралависцерална артериална аневризма с директна анастомоза

Не включва: прекъсване на висцералнааневризма без възстановяване на целостта (33169-00 [698])

Възстановяване на вена с анастомоза

Възстановяване целостта на вена чрез директна анастомоза

38721-01 Възстановяване на вена кава чрез директна анастомоза
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонарен байпас (38600-00, 38603-00 [642])

33836-04 Възстановяване на ренална вена чрез директна анастомоза

33836-05 Възстановяване на портална вена чрез директна анастомоза

33836-06 Възстановяване на лиенална вена чрез директна анастомоза

33836-07 Възстановяване на мезентериална вена чрез директна анастомоза

33836-08 Възстановяване на илиачна вена чрез директна анастомоза

33836-09 Възстановяване на друга абдоминална вена чрез директна анастомоза

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционенграфт

Възстановяване аневризма на шия, интра-абдоминална област или крайници

Възстановяване чрез:
• клипсиране
• ексцизия
• лигиране
• шев

Не включва: заместване с графт (виж блок [715])

33080-00 Възстановяване на интра-абдоминалнааневризма

Не включва: ендоваскуларно (ендолуменно) възстановяване (33116-00 [762])
Възстановяване на фалшива аневризма на илиачна артерия (33139-00 [714])

33181-00 Възстановяване на руптуриралаинтра-абдоминалнааневризма

Не включва: ендоваскуларно (ендолуменно) възстановяване (33116-00 [762])

Подмяна на аневризма с графт

Не включва: ендоваскуларно (ендолуменно) възстановяване (33116-00 [762])

33112-00 Подмяна на супрареналнаабдомино-аортнааневризма с графт

Включва: реимплантация на артерии

33151-00 Подмяна на руптурираласупрареналнаабдоминално-аортнааневризма с графт

33115-00 Подмяна на инфрареналнаабдомино-аортнааневризма с тръбен графт

33154-00 Подмяна на руптуриралаинфрареналнаабдомино-аортнааневризма с тръбен графт

33118-00 Подмяна на инфрареналнаабдомино-аортнааневризма с бифуркационна протеза до илиачни артерии

33157-00 Подмяна на руптуриралаинфрареналнаабдоминално-аортнааневризма с бифуркационна присадка (графт) до илиачните артерии

33121-00 Подмяна на инфрареналнаабдомино-аортнааневризма с бифуркационенграфт до феморалните артерии

33160-00 Подмяна на руптуриралаинфрареналнаабдоминално-аортнааневризма с бифуркационенграфт до феморалните артерии

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

33839-00 Възстановяване на целиачна артерия чрез интерпозиционенграфт

33839-02 Възстановяване на мезентериална артерия чрез интерпозиционенграфт

33839-03 Възстановяване на илиачна артерия чрез интерпозиционенграфт

90213-03 Възстановяване на друга артерия чрез интерпозиционенграфт

Подмяна на аневризма с графт

Не включва: ендоваскуларно (ендолуменно) възстановяване (33116-00 [762])

33124-00 Подмяна на аневризма на илиачна артерия с графт, едностранно

33127-00 Подмяна на илиачна артериална аневризма с графт, двустранно

33163-00 Подмяна на руптуриралаилиачна артериална аневризма с графт

33130-01 Подмяна на висцерална артериална аневризма с графт

33166-01 Подмяна на руптуриралависцерална артериална аневризма с графт

33172-00 Подмяна на друга голяма артериална аневризма с графт

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

33839-01 Възстановяване на ренална артерия чрез интерпозиционенграфт

Артериален байпас графт с използване на вена

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])
• патчграфт (33548 [707])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт– пропусни кода

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32721-00 Ренален байпас с използване на вена, едностранен
Аорто-ренален байпас с използване на вена, едностранен

32724-00 Ренален байпас с използване на вена, двустранен
Аорто-ренален байпас с използване на вена, двустранен

32763-04 Сплено-ренален байпас с използване на вена

Артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Забележка: Синтетичният материал може да включва полиестер (плетен или тъкàн) или политетрафлуороетиленов [PTFE] графт

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32763-15 Сплено-ренален байпас с използване на синтетичен материал

32721-01 Ренален байпас с използване на синтетичен материал, едностранен
Аорто-ренален байпас с използване на синтетичен материал, едностранен

32724-01 Ренален байпас с използване на синтетичен материал, двустранен
Аорто-ренален байпас с използване на синтетичен материал, двустранен

730 Доставка на вена

33551-00 Доставяне на вена от крайник за патч графт

Не включва: такава, изпълнени със същия оперативен разрез – пропусни кода

32760-00 Доставяне на вена от крайник за байпас или подмяна на графт

Не включва: такава за коронарен байпас графт – пропусни кода
когато вената е доставена от същата ръка или крак, на които е изпълнен байпас или графт – пропусни кода

Експлорация на артерия

Не включва: изпълнена с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

34103-02 Ревизия на илиачна артерия

34106-04 Ревизия на друга артерия

Прекъсване на артерия

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране

Не включва: такава при висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

34103-12 Прекъсване на илиачна артерия

34106-14 Прекъсване на друга артерия

Други деструктивни процедури на артерия

33133-00 Прекъсване на висцерална артериална аневризма без възстановяване на целостта ѝ

Включва: лигиране

Не включва: такова с възстановяване целостта чрез:
• анастомоза (33130-00 [714])
• графт (33130-01 [715])

33169-00 Прекъсване на руптуриралависцерална артериална аневризма без възстановяване на целостта ѝ

Включва: лигиране

Не включва: такова с възстановяване целостта чрез:
• анастомоза (33130-00 [714])
• графт (33130-01 [715])

Директно затваряне на артерия

Шев на артериална рана:

• директна
• латерална

90209-02 Директно затваряне на аорта

33833-00 Директно затваряне на целиачна артерия

33833-01 Директно затваряне ренална артерия

33833-02 Директно затваряне мезентериална артерия

33833-03 Директно затваряне илиачна артерия

90209-03 Директно затваряне на друга артерия

Възстановяване аневризма на шия, интра-абдоминална област или крайници

Възстановяване чрез:
• клипсиране
• ексцизия
• лигиране
• шев

Не включва: заместване с графт (виж блок [715])

33139-00 Възстановяване фалшива аневризма на илиачна артерия

Прекъсване на хранещи съдове на артериовенозна фистула

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на артериовенозна фистула (34115 [750], 34112 [751], 34118 [752])
• поправяне на артериовенозна фистула (34121 [760], 34127 [761])

34127-02 Прекъсване на хранещи съдове на артериовенозна фистула на корема

Други деструктивни процедури на васкуларни места

33845-00 Контрол на следоперативно кървене или тромбоза след коремна съдова процедура

Ексцизия на артериовенозна фистула на корем

Кодирай също когато е направена:
• прекъсване на хранещи съдове (34127-02 [745])

34118-01 Ексцизия или лигиране на сложна артериовенозна фистула на корема

Други ексцизионни процедури на съдови места

Включва: затваряне на артерия

34169-00 Ексцизия на байпас графт от тялото

Не включва: такава с подмяна (90231-00 [762])

Други процедури на артерии и вени

30058-01 Контрол на постоперативна хеморагия, некласифицирани другаде

763 Реоперативни процедури на други съдови места

Не включва: реоперации на:
• коронарна артерия (38637-00 [680])
• варикозни вени (32514-00 [737])

35202-00 Достъп при реоперация на артерии или вени на шия, корем или крайник

Кодирай също:
• изпълнена хирургична процедура(и)

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от три различни групи **кодове по** КСМП, насочени към основната диагноза**, посочени в Приложение № 21**.

Всички случаи на руптурирала аневризма на коремната аорта се обективизират и отчитат задължително с образно изследване – КТ.

Заплащането на тази КП се извършва след проведен контрол въз основа на образното изследване.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ,ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК. За структури (операционен блок/зали), изпълняващи ендоваскуларна съдова хирургия, се изисква наличието на апаратура за видеоконтрол.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Клиника/отделение по съдова хирургия
2. Клиника/отделение по вътрешнаболести или кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология/детски болести
3. Операционен блок/зали
4. ОАИЛ/КАИЛ
5. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност
6. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
7. Ангиограф - 1 бр.
8. Еходоплер - 1 бр.
9. КАТ и/или МРТ на територията на лечебното заведение (като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност).

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структуратапо съдова хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Вирусологична лаборатория
2. Патоморфологична лаборатория– на територията на населеното място.
3. Микробиологична лаборатория

При необходимост и по преценка на оператора, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти като НЗОК заплаща **до четири протезни материала едноактно и не повече от осем общо в рамките на една календарна година от група 3 „Съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове“ и от подгрупите 4.2 „Периферни стентове“ и 4.3 „Балони, излъчващи лекарство“.**

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

В структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография.

За лекари със специалност „Съдова хирургия” не се изисква сертификат за доплерсонография.

- лекар със специалност по кардиология или вътрешни болести;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към клиника/отделение по образна диагностика

или

лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Инвазивна кардиология”;

или

лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по съдова хирургия - двама хирурзи;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към клиника/отделение по образна диагностика

или

лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология;

или

лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по детски болести/детска кардиология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За клиниката/отделението по съдова хирургия – да са извършени не по-малко от 500 съдови операции годишно, от които поне 50% с голям и много голям обем и сложност.

При анамнеза от странана пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Диагностика и оперативно лечение при пациенти с:

- **заплашваща руптура или симптоматична аневризма;**

Оперативно лечение на пациенти с:

- **установена аневризма в аорто-илиачния сегмент;**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на лечебно-диагностичен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Принципи на болничното изследване и лечение.

За пълно диагностично уточняване са необходими:

- ехо - доплерово изследване (с измерване на ПАН);

- аортоартериография - ангиография или компютър - ангиография или магнитнорезонанснаангиография (с контраст);

- при данни за рана е задължителна посявка с антибиограма, а при пациентите със септичен фебрилитет - хемокултура.

Активното болнично лечение на аорто-илиачните дилатации включва извършването на оперативнареваскуларизация – артериална реконструкция: Байпас – аорто-илиачен, аорто-феморален, аорто-илиакаинтерна, резекции на аневризма.

Медикаментозното лечение включва вазоактивни препарати, антикоагуланти и/или антиагрегантиза активиране на колатералите, подобряване на реологията и метаболизма, и се провежда задължително пред- и следоперативно.

Болничното лечение включва наред с реваскуларизацията и активно локално лечение на атоничните рани, с ежедневни превръзки с антисептични (според антибиограмата) и/или епителотонични препарати.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се оформя след проведените диагностични изследвания и оперативно лечение, при изпращане на оперативен материал за хистологично изследване при необходимост.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- зараснала оперативна рана или зарастваща първично;
- липса на фебрилитет;
- раздвижван активно пациент;
- дадени препоръки за хигиенно-диетичен режим (ХДР).

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, бл.МЗ – НЗОК №7*;

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента

Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к. ....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... **№.** ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... **№.** ☐☐

Диагноза: МКБ ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; Сигнатура на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐☐☐☐☐☐☐ ден месец година
Директор на лечебното заведение: ..... подпис и печат на лечебното заведение **Лекар, вложил МИ:** ..... фамилия, подпис

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ /МИ/, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА;

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА / АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Периферното съдово заболяване се изразява в нарушаване на нормалното преминаване на кръвния поток през артериалните съдове – артериите на долните крайници (осигуряващи кислород за тъканите), в резултат на тяхното стесняване, запушване или ненормално разширение (аневризма).

Основните причини са атеросклерозата, захарната болест (диабет) или болестта на Бюргер, при които се увреждат съдовите стени и се стига до стесняване, запушване или разширение на главните артериални съдове.

Основният признак на заболяването е болката при движение, или при напреднал стадий на болестта – и в покой. Тя се дължи на недостига на кислород в стъпалото поради влошеното кръвоснабдяване и е сериозен признак за опасност от близки усложнения – незаздравяващи рани, повърхностни некрози или дълбоки гангрени, както и тежка инфекция.

Прогресирането на болката, гангрените и/или раните неизбежно води до възпаление в дълбоките тъкани на засегнатия крайник, с развитие на неовладяема инфекция. Тези усложнения често налагат ампутация на крака, превръщаща болния в инвалид.

Компетентният специалист, който трябва да реши хода на лечението, така че да се избегнат тези усложнения и ампутацията, е опитният съдов хирург. Той определя вида на лечението Ви, необходимостта от постъпването Ви в болница и определя времето за това. Преценява нуждата от снимка на артериалните съдове и от съдова операция или от специфично медикаментозно лечение, в зависимост от болестните изменения.

Лекарят е задължен да Ви обясни характера на операцията и защо е избрана процедурата, която е удобна или неудобна за Вас. Това се предопределя както от характера на заболяването,така и от Вашето общо състояние.

Съдовата операция се нарича „байпас" и цели да се заобиколи поражението на засегнатата **артерия** и да се достави кръв на органите под него. Извършва се най – често с протеза от синтетичен материал, с достъп през корема, и поради това се извършва с "пълна упойка".

Следоперативният период трае около 7 – 10 дни, от които първите 2 – 3 са в интензивно отделение/клиника.

След изписването Ви от болницата, личният лекар може да проследява Вашето състояние и да изписва лекарства, съгласно указанията на съдовия хирург, като Ви консултира периодично с него.

КП № 123 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА АБДОМИНАЛНА АОРТА, ДОЛНА ПРАЗНА ВЕНА И КЛОНОВЕТЕ ИМ

КП № 123.2 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА РУПТУРИРАЛИ АНЕВРИЗМИ НА АБДОМИНАЛНА АОРТА

1. Минимален болничен престой – 6 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Артериална емболектомия или тромбектомия

Не включва: емболектомия или тромбектомия на артериален байпас графт:
- крайници (33806-12 [703])
- тяло (33803-02 [703])

33806-04 Емболектомия или тромбектомия на целиачна артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

33806-05 Емболектомия или тромбектомия на мезентериална артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

33806-06 Емболектомия или тромбектомия на ренална артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

33806-07 Емболектомия или тромбектомия на лиенална артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

33806-08 Емболектомия или тромбектомия на илиачна артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

90230-00 Емболектомия или тромбектомия на друга артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

Възстановяване на аорто-чревна фистула

Включва: възстановяване на дуоденум

34160-00 Възстановяване на аорто-ентерална фистула с директно затваряне на аорта
Възстановяване на аортодуоденална фистула с директно затваряне на аорта

Други процедури за приложение, поставяне или премахване на други васкуларни места

35360-01 Отворено отстраняване на интраваскуларно чуждо тяло
Отворено изваждане на чуждо тяло в:
- аорта
- долна празна вена
- периферни:
  - артерия
  - вена
- пулмонална артерия
- дясно предсърдие

Включва: катетърни фрагменти
емболизиращи спирали
части от ендоваскуларнистентове
водачи

Не включва: перкутанно изваждане на филтър от вена каваинфериор (35331-00 [723])
изваждане на съдови катетри (34530-01 [694], 34530-04 [738])

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев

Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

33509-00 Аортнаендартериектомия

Не включва: с някои други процедури на аортата – пропусни кода

33512-00 Аортно-илиачнаендартериектомия

Включва: такава на една или двете илиачни артерии

33515-00 Аортно-феморалнаендартериектомия

Включва: такава на една или двете феморални артерии

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев

Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

33530-00 Целиачнаендартериектомия

33530-01 Ендартериектомия на горна мезентериална артерия

33536-00 Ендартериектомия на долна мезентериална артерия

Не включва: с някои други процедури на долна мезентериална артерия – пропусни кода

33521-00 Илиофеморалнаендартериектомия, едностранна

33515-01 Илиофеморалнаендартериектомия, двустранна

33518-00 Илиачнаендартериектомия

33524-00 Реналнаендартериектомия, едностранна

33527-00 Реналнаендартериектомия, двустранна

90229-00 Друга ендартериектомия

Други процедури на артерия

32736-00 Други процедури на долна мезентериална артерия

Възстановителни процедури на аорта

Кодирай също когато е направен:
- кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
- ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38706-01 Възстановяване на аорта с анастомоза

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

90210-02 Възстановяване на аорта чрез директна анастомоза

33836-00 Възстановяване на целиачна артерия чрез директна анастомоза

33836-01 Възстановяване на ренална артерия чрез директна анастомоза

33836-02 Възстановяване на илиачна артерия чрез директна анастомоза

33836-03 Възстановяване на мезентериална артерия чрез директна анастомоза

32766-00 Възстановяване на друга артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване аневризма на шия, интра-абдоминална област или крайници

Възстановяване чрез:
• клипсиране
• ексцизия
• лигиране
• шев

Не включва: заместване с графт (виж блок [715])

33130-00 Ексцизия и възстановяване на висцерална артериална аневризма с директна анастомоза

Не включва: прекъсване на висцералнааневризма без възстановяване на целостта (33133-00 [698])

33166-00 Ексцизия и възстановяване на руптуриралависцерална артериална аневризма с директна анастомоза

Не включва: прекъсване на висцералнааневризма без възстановяване на целостта (33169-00 [698])

Възстановяване на вена с анастомоза

Възстановяване целостта на вена чрез директна анастомоза

38721-01 Възстановяване на вена кава чрез директна анастомоза
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонарен байпас (38600-00, 38603-00 [642])

33836-04 Възстановяване на ренална вена чрез директна анастомоза

33836-05 Възстановяване на портална вена чрез директна анастомоза

33836-06 Възстановяване на лиенална вена чрез директна анастомоза

33836-07 Възстановяване на мезентериална вена чрез директна анастомоза

33836-08 Възстановяване на илиачна вена чрез директна анастомоза

33836-09 Възстановяване на друга абдоминална вена чрез директна анастомоза

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционенграфт

Възстановяване аневризма на шия, интра-абдоминална област или крайници

Възстановяване чрез:
• клипсиране
• ексцизия
• лигиране
• шев

Не включва: заместване с графт (виж блок [715])

33080-00 Възстановяване на интра-абдоминалнааневризма

Не включва: ендоваскуларно (ендолуменно) възстановяване (33116-00 [762])
Възстановяване на фалшива аневризма на илиачна артерия (33139-00 [714])

33181-00 Възстановяване на руптуриралаинтра-абдоминалнааневризма

Не включва: ендоваскуларно (ендолуменно) възстановяване (33116-00 [762])

Подмяна на аневризма с графт

Не включва: ендоваскуларно (ендолуменно) възстановяване (33116-00 [762])

33112-00 Подмяна на супрареналнаабдомино-аортнааневризма с графт

Включва: реимплантация на артерии

33151-00 Подмяна на руптурираласупрареналнаабдоминално-аортнааневризма с графт

33115-00 Подмяна на инфрареналнаабдомино-аортнааневризма с тръбен графт

33154-00 Подмяна на руптуриралаинфрареналнаабдомино-аортнааневризма с тръбен графт

33118-00 Подмяна на инфрареналнаабдомино-аортнааневризма с бифуркационна протеза до илиачни артерии

33157-00 Подмяна на руптуриралаинфрареналнаабдоминално-аортнааневризма с бифуркационна присадка (графт) до илиачните артерии

33121-00 Подмяна на инфрареналнаабдомино-аортнааневризма с бифуркационенграфт до феморалните артерии

33160-00 Подмяна на руптуриралаинфрареналнаабдоминално-аортнааневризма с бифуркационенграфт до феморалните артерии

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

33839-00 Възстановяване на целиачна артерия чрез интерпозиционенграфт

33839-02 Възстановяване на мезентериална артерия чрез интерпозиционенграфт

33839-03 Възстановяване на илиачна артерия чрез интерпозиционенграфт

90213-03 Възстановяване на друга артерия чрез интерпозиционенграфт

Подмяна на аневризма с графт

Не включва: ендоваскуларно (ендолуменно) възстановяване (33116-00 [762])

33124-00 Подмяна на аневризма на илиачна артерия с графт, едностранно

33127-00 Подмяна на илиачна артериална аневризма с графт, двустранно

33163-00 Подмяна на руптуриралаилиачна артериална аневризма с графт

33130-01 Подмяна на висцерална артериална аневризма с графт

33166-01 Подмяна на руптуриралависцерална артериална аневризма с графт

33172-00 Подмяна на друга голяма артериална аневризма с графт

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

33839-01 Възстановяване на ренална артерия чрез интерпозиционенграфт

Артериален байпас графт с използване на вена

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])
• патчграфт (33548 [707])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт– пропусни кода

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32721-00 Ренален байпас с използване на вена, едностранен
Аорто-ренален байпас с използване на вена, едностранен

32724-00 Ренален байпас с използване на вена, двустранен
Аорто-ренален байпас с използване на вена, двустранен

32763-04 Сплено-ренален байпас с използване на вена

Артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Забележка: Синтетичният материал може да включва полиестер (плетен или тъкàн) или политетрафлуороетиленов [PTFE] графт

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32763-15 Сплено-ренален байпас с използване на синтетичен материал

32721-01 Ренален байпас с използване на синтетичен материал, едностранен
Аорто-ренален байпас с използване на синтетичен материал, едностранен

32724-01 Ренален байпас с използване на синтетичен материал, двустранен
Аорто-ренален байпас с използване на синтетичен материал, двустранен

730 Доставка на вена

33551-00 Доставяне на вена от крайник за патч графт

Не включва: такава, изпълнени със същия оперативен разрез – пропусни кода

32760-00 Доставяне на вена от крайник за байпас или подмяна на графт

Не включва: такава за коронарен байпас графт – пропусни кода
когато вената е доставена от същата ръка или крак, на които е изпълнен байпас или графт – пропусни кода

Експлорация на артерия

Не включва: изпълнена с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

34103-02 Ревизия на илиачна артерия

34106-04 Ревизия на друга артерия

Прекъсване на артерия

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране

Не включва: такава при висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

34103-12 Прекъсване на илиачна артерия

34106-14 Прекъсване на друга артерия

Други деструктивни процедури на артерия

33133-00 Прекъсване на висцерална артериална аневризма без възстановяване на целостта ѝ

Включва: лигиране

Не включва: такова с възстановяване целостта чрез:
• анастомоза (33130-00 [714])
• графт (33130-01 [715])

33169-00 Прекъсване на руптуриралависцерална артериална аневризма без възстановяване на целостта ѝ

Включва: лигиране

Не включва: такова с възстановяване целостта чрез:
• анастомоза (33130-00 [714])
• графт (33130-01 [715])

Директно затваряне на артерия

Шев на артериална рана:
• директна
• латерална

90209-02 Директно затваряне на аорта

33833-00 Директно затваряне на целиачна артерия

33833-01 Директно затваряне ренална артерия

33833-02 Директно затваряне мезентериална артерия

33833-03 Директно затваряне илиачна артерия

90209-03 Директно затваряне на друга артерия

Възстановяване аневризма на шия, интра-абдоминална област или крайници

Възстановяване чрез:
• клипсиране
• ексцизия
• лигиране
• шев

Не включва: заместване с графт (виж блок [715])

33139-00 Възстановяване фалшива аневризма на илиачна артерия

Прекъсване на хранещи съдове на артериовенозна фистула

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на артериовенозна фистула (34115 [750], 34112 [751], 34118 [752])
• поправяне на артериовенозна фистула (34121 [760], 34127 [761])

34127-02 Прекъсване на хранещи съдове на артериовенозна фистула на корема

Други деструктивни процедури на васкуларни места

33845-00 Контрол на следоперативно кървене или тромбоза след коремна съдова процедура

Ексцизия на артериовенозна фистула на корем

Кодирай също когато е направена:
• прекъсване на хранещи съдове (34127-02 [745])

34118-01 Ексцизия или лигиране на сложна артериовенозна фистула на корема

Други ексцизионни процедури на съдови места

Включва: затваряне на артерия

34169-00 Ексцизия на байпас графт от тялото

Не включва: такава с подмяна (90231-00 [762])

Други процедури на артерии и вени

30058-01 Контрол на постоперативна хеморагия, некласифицирани другаде

763 Реоперативни процедури на други съдови места

Не включва: реоперации на:
• коронарна артерия (38637-00 [680])
• варикозни вени (32514-00 [737])

35202-00 Достъп при реоперация на артерии или вени на шия, корем или крайник

Кодирай също:
• изпълнена хирургична процедура(и)

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

90210-02	Възстановяване на аорта чрез директна анастомоза
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от три различни групи (рубрики) **кодове по КСМП**, насочени към основната диагноза**, посочени в Приложение № 21**.

Всички случаи на руптурирала аневризма на коремната аорта се обективизират и отчитат задължително с образно изследване – КТ.

Заплащането на тази КП се извършва след проведен контрол въз основа на образното изследване.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ,ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК. За структури (операционен блок/зали), изпълняващи ендоваскуларна съдова хирургия, се изисква наличието на апаратура за видеоконтрол.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Клиника/отделение по съдова хирургия
2. Клиника/отделение по вътрешниболести или кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология/детски болести
3. Операционен блок/зали
4. ОАИЛ/КАИЛ
5. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност
6. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
7. Ангиограф - 1 бр.
8. Еходоплер - 1 бр.
9. КАТ и/или МРТ на територията на лечебното заведение (като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност).

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структуратапо съдова хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Вирусологична лаборатория
2. Патоморфологична лаборатория– на територията на населеното място.
3. Микробиологична лаборатория

При необходимост и по преценка на оператора, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти като НЗОК заплаща **до четири протезни материала едноактно и не повече от осем общо в рамките на една календарна година от група 3 „Съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове“ и от подгрупите 4.2 „Периферни стентове“ и 4.3 „Балони, излъчващи лекарство“.**

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

В структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография.

За лекари със специалност „Съдова хирургия” не се изисква сертификат за доплерсонография.

- лекар със специалност по кардиология или вътрешни болести;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към клиника/отделение по образна диагностика

или

лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Инвазивна кардиология”;

или

лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по съдова хирургия - двама хирурзи;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към клиника/отделение по образна диагностика

или

лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология;

или

лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по детски болести/детска кардиология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За клиниката/отделението по съдова хирургия – да са извършени не по-малко от 500 съдови операции годишно, от които поне 50% с голям и много голям обем и сложност.

При анамнеза от странана пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или след реанимационни действия в условия на спешност.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Диагностика и оперативно лечение при пациенти с:

- **руптурирала аневризма в аорто-илиачен сегмент;**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на лечебно-диагностичен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Принципи на болничното изследване и лечение.

За пълно диагностично уточняване са необходими:

- ехо - доплерово изследване (с измерване на ПАН);

- аортоартериография - ангиография или компютър - ангиография или магнитнорезонанснаангиография (с контраст);

- при данни за рана е задължителна посявка с антибиограма, а при пациентите със септичен фебрилитет - хемокултура.

Активното болнично лечение на аорто-илиачните дилатации включва извършването на оперативнареваскуларизация – артериална реконструкция: резекции на аневризма.

Болничното лечение включва наред с реваскуларизацията и активно локално лечение на атоничните рани, с ежедневни превръзки с антисептични (според антибиограмата) и/или епителотонични препарати.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се оформя след проведените диагностични изследвания и оперативно лечение, при изпращане на оперативен материал за хистологично изследване при необходимост.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- зараснала оперативна рана или зарастваща първично;
- липса на фебрилитет;
- раздвижван активно пациент;
- дадени препоръки за хигиенно-диетичен режим (ХДР).

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ /МИ/, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА;

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА / АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента

Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС код на държава

(или по двустранни спогодби)

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к.....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... **№.** ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... **№.** ☐☐

Диагноза: МКБ ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; Сигнатура на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐☐☐☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: ..... **Лекар, вложил МИ:** .....

подпис и печат на лечебното заведение фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Периферното съдово заболяване се изразява в нарушаване на нормалното преминаване на кръвния поток през артериалните съдове – артериите на долните крайници (осигуряващи кислород за тъканите), в резултат на тяхното стесняване, запушване или ненормално разширение (аневризма).

Основните причини са атеросклерозата, захарната болест (диабет) или болестта на Бюргер, при които се увреждат съдовите стени и се стига до стесняване, запушване или разширение на главните артериални съдове.

Основният признак на заболяването е болката при движение, или при напреднал стадий на болестта – и в покой. Тя се дължи на недостига на кислород в стъпалото поради влошеното кръвоснабдяване и е сериозен признак за опасност от близки усложнения – незаздравяващи рани, повърхностни некрози или дълбоки гангрени, както и тежка инфекция.

Прогресирането на болката, гангрените и/или раните неизбежно води до възпаление в дълбоките тъкани на засегнатия крайник, с развитие на неовладяема инфекция. Тези усложнения често налагат ампутация на крака, превръщаща болния в инвалид.

Компетентният специалист, който трябва да реши хода на лечението, така че да се избегнат тези усложнения и ампутацията, е опитният съдов хирург. Той определя вида на лечението Ви, необходимостта от постъпването Ви в болница и определя времето за това. Преценява нуждата от снимка на артериалните съдове и от съдова операция или от специфично медикаментозно лечение, в зависимост от болестните изменения.

Лекарят е задължен да Ви обясни характера на операцията и защо е избрана процедурата, която е удобна или неудобна за Вас. Това се предопределя както от характера на заболяването,така и от Вашето общо състояние.

Съдовата операция се нарича „байпас” и цели да се заобиколи поражението на засегнатата **артерия** и да се достави кръв на органите под него. Извършва се най – често с протеза от синтетичен материал, с достъп през корема, и поради това се извършва с “пълна упойка”.

Следоперативният период трае около 7 – 10 дни, от които първите 2 – 3 са в интензивно отделение/клиника.

След изписването Ви от болницата, личният лекар може да проследява Вашето състояние и да изписва лекарства, съгласно указанията на съдовия хирург, като Ви консултира периодично с него.

КП № 123 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА АБДОМИНАЛНА АОРТА, ДОЛНА ПРАЗНА ВЕНА И КЛОНОВЕТЕ ИМ

КП № 123.3 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА АБДОМИНАЛНА АОРТА, ДОЛНА ПРАЗНА ВЕНА И КЛОНОВЕТЕ ИМ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35309-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-00 [754])

35309-07 Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика, много стентове
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-01 [754])

Артериална емболектомия или тромбектомия

Не включва: емболектомия или тромбектомия на артериален байпас графт:
• крайници (33806-12 [703])
• тяло (33803-02 [703])

33806-04 Емболектомия или тромбектомия на целиачна артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

33806-05 Емболектомия или тромбектомия на мезентериална артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

33806-06 Емболектомия или тромбектомия на ренална артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

33806-07 Емболектомия или тромбектомия на лиенална артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

33806-08 Емболектомия или тромбектомия на илиачна артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

90230-00 Емболектомия или тромбектомия на друга артерия
Включва: инфузиянатромболитикилидругмедикамент

Възстановяване на аорто-чревна фистула

Включва: възстановяване на дуоденум

34160-00 Възстановяване на аорто-ентерална фистула с директно затваряне на аорта
Възстановяване на аортодуоденална фистула с директно затваряне на аорта

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху вена

35330-00 Перкутанно поставяне на филтър в долна вена кава

35330-01 Отворено поставяне на филтър в долна вена кава

Експлорация на вена

Не включва: изпълнена с някаква друга съдова процедура – пропусни кода

34106-09 Ревизия на друга вена

Венозна тромбектомия

33810-00 Затворена тромбектомия на вена каваинфериор

33811-00 Отворена тромбектомия на вена каваинфериор
Отстраняване тумор на вена каваинфериор

33810-01 Затворена тромбектомия на илиачна вена

33811-01 Отворена тромбектомия на илиачна вена
Изваждане тумор от илиачна вена

33812-04 Тромбектомия на друга голяма вена

Други процедури за приложение, поставяне или премахване на други васкуларни места

35360-01 Отворено отстраняване на интраваскуларно чуждо тяло
Отворено изваждане на чуждо тяло в:
- аорта
- долна празна вена
- периферни:
  - артерия
  - вена
- пулмонална артерия
- дясно предсърдие

Включва: катетърни фрагменти
емболизиращи спирали
части от ендоваскуларнистентове
водачи

Не включва: перкутанно изваждане на филтър от вена каваинфериор (35331-00 [723])
изваждане на съдови катетри (34530-01 [694], 34530-04 [738])

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев

Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

33509-00 Аортнаендартериектомия

Не включва: с някои други процедури на аортата – пропусни кода

33512-00 Аортно-илиачнаендартериектомия

Включва: такава на една или двете илиачни артерии

33515-00 Аортно-феморалнаендартериектомия

Включва: такава на една или двете феморални артерии

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев

Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

33530-00 Целиачнаендартериектомия

33530-01 Ендартериектомия на горна мезентериална артерия

33536-00 Ендартериектомия на долна мезентериална артерия

Не включва: с някои други процедури на долна мезентериална артерия – пропусни кода

33521-00 Илиофеморалнаендартериектомия, едностранна

33515-01 Илиофеморалнаендартериектомия, двустранна

33518-00 Илиачнаендартериектомия

33524-00 Реналнаендартериектомия, едностранна

33527-00 Реналнаендартериектомия, двустранна

90229-00 Друга ендартериектомия

Други процедури на артерия

32736-00 Други процедури на долна мезентериална артерия

Възстановителни процедури на аорта

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
• ретроградна мозъчна перфузия по време на хипотермичен арест (38577-00 [642])

38706-01 Възстановяване на аорта с анастомоза

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

90210-02 Възстановяване на аорта чрез директна анастомоза

33836-00 Възстановяване на целиачна артерия чрез директна анастомоза

33836-01 Възстановяване на ренална артерия чрез директна анастомоза

33836-02 Възстановяване на илиачна артерия чрез директна анастомоза

33836-03 Възстановяване на мезентериална артерия чрез директна анастомоза

32766-00 Възстановяване на друга артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване аневризма на шия, интра-абдоминална област или крайници

Възстановяване чрез:
• клипсиране
• ексцизия
• лигиране
• шев

Не включва: заместване с графт (виж блок [715])

33130-00 Ексцизия и възстановяване на висцерална артериална аневризма с директна анастомоза

Не включва: прекъсване на висцералнааневризма без възстановяване на целостта (33133-00 [698])

33166-00 Ексцизия и възстановяване на руптуриралависцерална артериална аневризма с директна анастомоза

Не включва: прекъсване на висцералнааневризма без възстановяване на целостта (33169-00 [698])

Възстановяване на вена с анастомоза

Възстановяване целостта на вена чрез директна анастомоза

38721-01 Възстановяване на вена кава чрез директна анастомоза
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонарен байпас (38600-00, 38603-00 [642])

33836-04 Възстановяване на ренална вена чрез директна анастомоза

33836-05 Възстановяване на портална вена чрез директна анастомоза

33836-06 Възстановяване на лиенална вена чрез директна анастомоза

33836-07 Възстановяване на мезентериална вена чрез директна анастомоза

33836-08 Възстановяване на илиачна вена чрез директна анастомоза

33836-09 Възстановяване на друга абдоминална вена чрез директна анастомоза

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционенграфт

Възстановяване аневризма на шия, интра-абдоминална област или крайници

Възстановяване чрез:
- клипсиране
- ексцизия
- лигиране
- шев

Не включва: заместване с графт (виж блок [715])

33080-00 Възстановяване на интра-абдоминалнааневризма

Не включва: ендоваскуларно (ендолуменно) възстановяване (33116-00 [762])
Възстановяване на фалшива аневризма на илиачна артерия (33139-00 [714])

33181-00 Възстановяване на руптуриралаинтра-абдоминалнааневризма

Не включва: ендоваскуларно (ендолуменно) възстановяване (33116-00 [762])

Подмяна на аневризма с графт

Не включва: ендоваскуларно (ендолуменно) възстановяване (33116-00 [762])

33112-00 Подмяна на супрареналнаабдомино-аортнааневризма с графт

Включва: реимплантация на артерии

33151-00 Подмяна на руптурираласупрареналнаабдоминално-аортнааневризма с графт

33115-00 Подмяна на инфрареналнаабдомино-аортнааневризма с тръбен графт

33154-00 Подмяна на руптуриралаинфрареналнаабдомино-аортнааневризма с тръбен графт

33118-00 Подмяна на инфрареналнаабдомино-аортнааневризма с бифуркационна протеза до илиачни артерии

33157-00 Подмяна на руптуриралаинфрареналнаабдоминално-аортнааневризма с бифуркационна присадка (графт) до илиачните артерии

33121-00 Подмяна на инфрареналнаабдомино-аортнааневризма с бифуркационенграфт до феморалните артерии

33160-00 Подмяна на руптуриралаинфрареналнаабдоминално-аортнааневризма с бифуркационенграфт до феморалните артерии

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

33839-00 Възстановяване на целиачна артерия чрез интерпозиционенграфт

33839-02 Възстановяване на мезентериална артерия чрез интерпозиционенграфт

33839-03 Възстановяване на илиачна артерия чрез интерпозиционенграфт

90213-03 Възстановяване на друга артерия чрез интерпозиционенграфт

Подмяна на аневризма с графт

Не включва: ендоваскуларно (ендолуменно) възстановяване (33116-00 [762])

33124-00 Подмяна на аневризма на илиачна артерия с графт, едностранно

33127-00 Подмяна на илиачна артериална аневризма с графт, двустранно

33163-00 Подмяна на руптуриралаилиачна артериална аневризма с графт

33130-01 Подмяна на висцерална артериална аневризма с графт

33166-01 Подмяна на руптуриралависцерална артериална аневризма с графт

33172-00 Подмяна на друга голяма артериална аневризма с графт

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

33839-01 Възстановяване на ренална артерия чрез интерпозиционенграфт

Артериален байпас графт с използване на вена

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])
• патчграфт (33548 [707])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт– пропусни кода

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32721-00 Ренален байпас с използване на вена, едностранен
Аорто-ренален байпас с използване на вена, едностранен

32724-00 Ренален байпас с използване на вена, двустранен
Аорто-ренален байпас с използване на вена, двустранен

32763-04 Сплено-ренален байпас с използване на вена

Артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Забележка: Синтетичният материал може да включва полиестер (плетен или тъкàн) или политетрафлуороетиленов [PTFE] графт

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32763-15 Сплено-ренален байпас с използване на синтетичен материал

32721-01 Ренален байпас с използване на синтетичен материал, едностранен
Аорто-ренален байпас с използване на синтетичен материал, едностранен

32724-01 Ренален байпас с използване на синтетичен материал, двустранен
Аорто-ренален байпас с използване на синтетичен материал, двустранен

730 Доставка на вена

33551-00 Доставяне на вена от крайник за патч графт

Не включва: такава, изпълнени със същия оперативен разрез – пропусни кода

32760-00 Доставяне на вена от крайник за байпас или подмяна на графт

Не включва: такава за коронарен байпас графт – пропусни кода
когато вената е доставена от същата ръка или крак, на които е изпълнен байпас или графт – пропусни кода

Артериален байпас графт с използване на вена

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])
• патчграфт (33548 [707])

• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт– пропусни кода

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32763-07 Илео-илиачен байпас с използване на вена

32712-00 Илеофеморален байпас с използване на вена

Не включва: илеофеморален кросовър байпас (32718-00 [713])

32763-00 Друг артериален байпас с използване на вена

Артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Забележка: Синтетичният материал може да включва полиестер (плетен или тъкàн) или политетрафлуороетиленов [PTFE] графт

Кодирай също когато е направена:

• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32763-18 Илео-илиачен байпас с използване на синтетичен материал

32712-01 Илеофеморален байпас с използване на синтетичен материал

32715-00 Субклавно-феморален байпас с използване на синтетичен материал

32715-01 Субклавно-феморо-феморален байпас с използване на синтетичен материал

32715-02 Аксило-феморален байпас с използване на синтетичен материал

32715-03 Аксило-феморо-феморален байпас с използване на синтетичен материал

32708-00 Аорто-феморален байпас с използване на синтетичен материал

32708-01 Аорто-феморо-феморален байпас с използване на синтетичен материал

32708-02 Аорто-илиачен байпас с използване на синтетичен материал

32708-03 Аорто-илео-феморален байпас с използване на синтетичен материал

730 Доставка на вена

33551-00 Доставяне на вена от крайник за патч графт

Не включва: такава, изпълнени със същия оперативен разрез – пропусни кода

32760-00 Доставяне на вена от крайник за байпас или подмяна на графт

Не включва: такава за коронарен байпас графт – пропусни кода
когато вената е доставена от същата ръка или крак, на които е изпълнен байпас или графт – пропусни кода

Артериален байпас графт с използване на вена

Кодирай също когато е направена:

• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

• патчграфт (33548 [707])

• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт– пропусни кода

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32730-00 Мезентериален байпас с използване на вена, един съд
Аорто-мезентериален байпас с използване на вена, единичен съд

32733-00 Мезентериален байпас с използване на вена, много съдове
Аорто-мезентериален байпас с използване на вена, няколко съда

32763-05 Аорто-целиачен байпас с използване на вена

32763-00 Друг артериален байпас с използване на вена

Артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Забележка: Синтетичният материал може да включва полиестер (плетен или тъкàн) или политетрафлуороетиленов [PTFE] графт

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32763-16 Аорто-целиачен байпас с използване на синтетичен материал

Не включва: смесен [вена и синтетика] графт (32754-02 [713])

32730-01 Мезентериален байпас с използване на синтетичен материал, един съд
Аорто-мезентериален байпас с използване на синтетичен материал, единичен съд

32733-01 Мезентериален байпас с използване на синтетичен материал, много съдове
Аорто-мезентериален байпас с използване на синтетичен материал, няколко съда

32763-01 Друг артериален байпас с използване на синтетичен материал

Артериален байпас графт, използващ композитен, последователен или кросоувър графт

Забележка: Смесен байпас – с използване на синтетични материали и вена
Кросовер байпас – графт от артерия от едната страна на тялото за артерия на другата страна, напр. феморална за феморална
Последващ байпас – [скачащ графт] използва се, където се прави допълнителна анастомоза да реваскуларизира отделно повече от една артерия

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт – пропусни кода

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32718-00 Илеофемораленкросоувър байпас

Възстановяване на вена чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на вена чрез междинен графт

90217-02 Възстановяване на вена кава чрез интерпозиционенграфт

Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонарен байпас (38600-00, 38603-00 [642])

33839-04 Възстановяване на ренална вена чрез интерпозиционенграфт

33839-05 Възстановяване на портална вена чрез интерпозиционенграфт

33839-06 Възстановяване на лиенална вена чрез интерпозиционенграфт

33839-07 Възстановяване на мезентериална вена чрез интерпозиционенграфт

33839-08 Възстановяване на илиачна вена чрез интерпозиционенграфт

33839-09 Възстановяване на друга абдоминална вена чрез интерпозиционенграфт

Венозен байпас графт с използване на вена или синтетичен материал

Кодирай също когато е направен:
• патчграфт (33548 [731])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак,на които е изпълнен байпас графт – пропусни кода

34803-00 Байпас на вена кава с използване на вена

34803-01 Байпас на вена кава с използване на синтетичен материал

34806-00 Сафено-илиаченкросоувър венозен байпас на крак

34812-00 Друг байпас на вена с използване на вена

34812-01 Друг байпас на вена с използване на синтетичен материал

730 Доставка на вена

33551-00 Доставяне на вена от крайник за патч графт

Не включва: такава, изпълнени със същия оперативен разрез – пропусни кода

32760-00 Доставяне на вена от крайник за байпас или подмяна на графт

Не включва: такава за коронарен байпас графт – пропусни кода
когато вената е доставена от същата ръка или крак, на които е изпълнен байпас или графт – пропусни кода

Експлорация на артерия

Не включва: изпълнена с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

34103-02 Ревизия на илиачна артерия

34106-04 Ревизия на друга артерия

Прекъсване на артерия

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране

Не включва: такава при висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

34103-12 Прекъсване на илиачна артерия

34106-14 Прекъсване на друга артерия

Други деструктивни процедури на артерия

33133-00 Прекъсване на висцерална артериална аневризма без възстановяване на целостта ѝ

Включва: лигиране

Не включва: такова с възстановяване целостта чрез:
• анастомоза (33130-00 [714])
• графт (33130-01 [715])

33169-00 Прекъсване на руптуриралависцерална артериална аневризма без възстановяване на целостта ѝ

Включва: лигиране

Не включва: такова с възстановяване целостта чрез:
• анастомоза (33130-00 [714])
• графт (33130-01 [715])

Директно затваряне на артерия

Шев на артериална рана:
• директна
• латерална

90209-02 Директно затваряне на аорта

33833-00 Директно затваряне на целиачна артерия

33833-01 Директно затваряне ренална артерия

33833-02 Директно затваряне мезентериална артерия

33833-03 Директно затваряне илиачна артерия

90209-03 Директно затваряне на друга артерия

Възстановяване аневризма на шия, интра-абдоминална област или крайници

Възстановяване чрез:
• клипсиране
• ексцизия
• лигиране
• шев

Не включва: заместване с графт (виж блок [715])

33139-00 Възстановяване фалшива аневризма на илиачна артерия

Прекъсване на хранещи съдове на артериовенозна фистула

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на артериовенозна фистула (34115 [750], 34112 [751], 34118 [752])
• поправяне на артериовенозна фистула (34121 [760], 34127 [761])

34127-02 Прекъсване на хранещи съдове на артериовенозна фистула на корема

Други деструктивни процедури на васкуларни места

33845-00 Контрол на следоперативно кървене или тромбоза след коремна съдова процедура

Ексцизия на артериовенозна фистула на корем

Кодирай също когато е направена:
• прекъсване на хранещи съдове (34127-02 [745])

34118-01 Ексцизия или лигиране на сложна артериовенозна фистула на корема

Други ексцизионни процедури на съдови места

Включва: затваряне на артерия

34169-00 Ексцизия на байпас графт от тялото
Не включва: такава с подмяна (90231-00 [762])

Други процедури на артерии и вени

30058-01 Контрол на постоперативна хеморагия, некласифицирани другаде

763 Реоперативни процедури на други съдови места

Не включва: реоперации на:
• коронарна артерия (38637-00 [680])
• варикозни вени (32514-00 [737])

35202-00 Достъп при реоперация на артерии или вени на шия, корем или крайник
Кодирай също:
• изпълнена хирургична процедура(и)

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху вена

35331-00 Перкутанно отстраняване на филтър в долна вена кава
Не включва: перкутанно изваждане на друго интраваскуларно чуждо тяло (35360-00 [742])

Прекъсване на вена

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране
Не включва: такава за:
• перфориращи вени (виж блокове [727] и [728])
• висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някаква друга съдова процедура – пропусни кода

34800-00 Прекъсване на вена кава

34103-17 Прекъсване на илиачна вена

34106-19 Прекъсване на друга вена

Директно затваряне на вена

Шев на венозно нараняване:
• директно
• латерално

90215-02 Директно затваряне на вена кава
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонарен байпас (38600-00, 38603-00 [642])

33833-04 Директно затваряне ренална вена

33833-05 Директно затваряне портална вена

33833-06 Директно затваряне лиенална вена

33833-07 Директно затваряне мезентериална вена

33833-08 Директно затваряне илиачна вена

33833-09 Директно затваряне друга абдоминална вена

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика
Корекция } стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез перкутаннатранслуменнабалоннаангиопластика

35303-07 Отворена транслуменнабалоннаангиопластика
Корекция } на стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез отворена транслуменнабалоннаангиопластика

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

90210-02 Възстановяване на аорта чрез директна анастомоза

Патчграфт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последователен, кросоврграфт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])

Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-00 Патчграфт на артерия с използване на автоложен материал
Патчграфт за артериален байпас графт с използване на автоложен материал
Патчграфт от:
• артерия
• вена

Патчграфт на вена

Кодирай също когато е направен:
• байпас графт (34803, 34806, 34809-00, 34812 [735])

33548-02 Патч на вена от автоложен материал
Патчграфт на венозен байпас графт с използване на автоложен материал

730 Доставка на вена

33551-00 Доставяне на вена от крайник за патч графт

Не включва: такава, изпълнени със същия оперативен разрез – пропусни кода

32760-00 Доставяне на вена от крайник за байпас или подмяна на графт

Не включва: такава за коронарен байпас графт – пропусни кода
когато вената е доставена от същата ръка или крак, на които е изпълнен байпас или графт – пропусни кода

Патчграфт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последователен, кросоверграфт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])

Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-01 Патчграфт на артерия с използване на синететичен материал
Патчграфт за артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Патчграфт на вена

Кодирай също когато е направен:
• байпас графт (34803, 34806, 34809-00, 34812 [735])

33548-03 Патч на вена от синтетичен материал
Патчграфт на венозен байпас графт с използване на синтетичен материал

Други инцизионни процедури на артерия

34142-00 Декомпресия на целиачна артерия

Възстановяване на вена чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на вена чрез междинен графт

90233-00 Възстановяване на друга вена чрез интерпозиционенграфт

Други възстановителни процедури на съдови места

33116-00 Ендоваскуларно възстановяване на аневризма
Включва: протези (бифуркация) (ендографт) (тръба)

Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
• балон
• спирали
• етанол
• желатинова гъба
• лепило
• пластмасови частици
катетеризация

35321-05 Транскатетърна емболизация на кръвоносните съдове, корем
Транскатетърна емболизация на:
• целиачни }
• гастроинтестинални }
• чернодробни } съдове
• мезентериални }

	• бъбречни } • далачни }
35321-06	Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове, таз Транскатетърна емболизация на: • илиачни } • овариални } • маточни } съдове • вагинални } • мехурни }
35321-10	Транскатетърна емболизация на други кръвоносни съдове Транскатетърна емболизация на сперматични вени

Транслуменна балонна ангиопластика

	Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758]) такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]): • с атеректомия (виж блок [669])
35309-06	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент *Не включва*: такава при каротидна артерия (35307-00 [754])
35309-07	Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове *Не включва*: такава при каротидна артерия (35307-01 [754])
35309-08	Отворена транслуменна балонна ангиопластика със стентиране, един стент
35309-09	Отворена транслуменна балонна ангиопластика със стентиране, много стентове

1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум по една диагностична процедура от три различни групи (рубрики) **кодове по КСМП**, насочени към основната диагноза**, посочени в Приложение № 21**.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ,ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като

задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК. За структури (операционен блок/зали), изпълняващи ендоваскуларна съдова хирургия, се изисква наличието на апаратура за видеоконтрол.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Клиника/отделение по съдова хирургия
2. Клиника/отделение по вътрешниболести или кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология/детски болести
3. Операционен блок/зали
4. ОАИЛ/КАИЛ
5. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност
6. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
7. Ангиограф - 1 бр.
8. Еходоплер - 1 бр.

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структуратапо съдова хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. КАТ и/или МРТ на територията на населеното място (като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност).
2. Вирусологична лаборатория
3. Патоморфологична лаборатория– на територията на населеното място.
4. Микробиологична лаборатория

При необходимост и по преценка на оператора, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти като НЗОК заплаща **до четири протезни материала едноактно и не повече от осем общо в рамките на една календарна година от група 3 „Съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове“ и от подгрупите 4.2 „Периферни стентове“ и 4.3 „Балони, излъчващи лекарство“.**

При доказано онкологично заболяване, преди осъществяването на оперативно или неоперативно лечение за това заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

В случай, че в хода на диагностично-лечебния процес се установи злокачествено заболяване пациентът се насочва задължително към клинична онкологична или клинична хематологична комисия

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

В структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография.

За лекари със специалност „Съдова хирургия" не се изисква сертификат за доплерсонография.

- лекар със специалност по кардиология или вътрешни болести;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към клиника/отделение по образна диагностика

или

лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология";

или

лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по съдова хирургия - двама хирурзи;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към клиника/отделение по образна диагностика

или

лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология;

или

лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по детски болести/детска кардиология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За клиниката/отделението по съдова хирургия – да са извършени не по-малко от 500 съдови операции годишно, от които поне 50% с голям и много голям обем и сложност.

При анамнеза от странана пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Диагностика и оперативно лечение при пациенти с:

- **заплашваща руптура или руптурирала аневризма, симптоматична аневризма;**
- **ХАНК с критична исхемия с постоянна силна болка, която се копира само от наркотични аналгетици;**
- **ХАНК с инфекция на стъпалото, развила се при гангрена или рана, при които жизнеността на крайника е в непосредствена опасност;**
- **остро настъпила оклузия на висцералните артерии или бифуркацията на аортата.**

Оперативно лечение на пациенти с:

- **установена аневризма в аорто-илиачния сегмент;**
- **ХАНК с болка при ходене (клаудикационна), нощна или постоянна, в мускулите, стъпалото и/или пръстите на болния крайник**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на лечебно-диагностичен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Принципи на болничното изследване и лечение.

За пълно диагностично уточняване са необходими:

- ехо - доплерово изследване (с измерване на ПАН);

- аортоартериография - ангиография или компютър - ангиография или магнитнорезонанснаангиография (с контраст);

- при данни за рана е задължителна посявка с антибиограма, а при пациентите със септичен фебрилитет - хемокултура.

Активното болнично лечение на аорто-илиачнитестенози, оклузии и дилатации включва извършването на оперативнареваскуларизация – артериална реконструкция: Байпас – аорто-илиачен, аорто-феморален, аорто-илиакаинтерна, ТЕА аорта абдоминалис, илиачни артерии и синтетична ПАЧ пластика, резекции на аневризма. Алтернатива на оперативното лечение е минималноинвазивна перкутаннатранслуменнаангиопластика на артерията (ПТА), която може да включва балоннаангиопластика с или без прилагане на тромболитичен агент (стрептокиназа) и да бъде съчетана с или без имплантиране на стент. При посочените реконструкции, необходимостта от минимум 2 катетъра тип Фогарти, както и синтетични пачове, е изискване за правилно провеждане на оперативното лечение.

Медикаментозното лечение включва вазоактивни препарати, антикоагуланти и/или антиагрегантиза активиране на колатералите, подобряване на реологията и метаболизма, и се провежда задължително пред- и следоперативно.

Болничното лечение включва наред с реваскуларизацията и активно локално лечение на атоничните рани, с ежедневни превръзки с антисептични (според антибиограмата) и/или епителотонични препарати.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

Катетеризационният протокол от извършените инвазивни и/или интервенционални процедури се подписва от специалист по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към клиника/отделение по образна диагностика или лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология; или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се оформя след проведените диагностични изследвания и оперативно лечение, при изпращане на оперативен материал за хистологично изследване при необходимост.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- зараснала оперативна рана или зарастваща първично;
- липса на фебрилитет;
- раздвижван активно пациент;
- дадени препоръки за хигиенно-диетичен режим (ХДР).

6. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ /МИ/, СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНАТА ПРОЦЕДУРА;

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА / АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№.....

ж.к.....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐

Диагноза: ..... МКБ ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Пациент: .....

(подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; Сигнатура на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Периферното съдово заболяване се изразява в нарушаване на нормалното преминаване на кръвния поток през артериалните съдове – артериите на долните крайници (осигуряващи кислород за тъканите), в резултат на тяхното стесняване, запушване или ненормално разширение (аневризма).

Основните причини са атеросклерозата, захарната болест (диабет) или болестта на Бюргер, при които се увреждат съдовите стени и се стига до стесняване, запушване или разширение на главните артериални съдове.

Основният признак на заболяването е болката при движение, или при напреднал стадий на болестта – и в покой. Тя се дължи на недостига на кислород в стъпалото поради влошеното кръвоснабдяване и е сериозен признак за опасност от близки усложнения – незаздравяващи рани, повърхностни некрози или дълбоки гангрени, както и тежка инфекция.

Прогресирането на болката, гангрените и/или раните неизбежно води до възпаление в дълбоките тъкани на засегнатия крайник, с развитие на неовладяема инфекция. Тези усложнения често налагат ампутация на крака, превръщаща болния в инвалид.

Компетентният специалист, който трябва да реши хода на лечението, така че да се избегнат тези усложнения и ампутацията, е опитният съдов хирург. Той определя вида на лечението Ви, необходимостта от постъпването Ви в болница и определя времето за това. Преценява нуждата от снимка на артериалните съдове и от съдова операция или от специфично медикаментозно лечение, в зависимост от болестните изменения.

Лекарят е задължен да Ви обясни характера на операцията и защо е избрана процедурата, която е удобна или неудобна за Вас. Това се предопределя както от характера на заболяването,така и от Вашето общо състояние.

Съдовата операция се нарича „байпас” и цели да се заобиколи поражението на засегнатата **артерия** и да се достави кръв на органите под него. Извършва се най – често с протеза от синтетичен материал, с достъп през корема, и поради това се извършва с “пълна упойка”.

Следоперативният период трае около 7 – 10 дни, от които първите 2 – 3 са в интензивно отделение/клиника.

След изписването Ви от болницата, личният лекар може да проследява Вашето състояние и да изписва лекарства, съгласно указанията на съдовия хирург, като Ви консултира периодично с него.

КП № 123 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА АБДОМИНАЛНА АОРТА, ДОЛНА ПРАЗНА ВЕНА И КЛОНОВЕТЕ ИМ

КП 123.4 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СЛЕД ПРОВЕЖДАНЕ НА КПР№7 „ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА АБДОМИНАЛНА АОРТА, ДОЛНА ПРАЗНА ВЕНА И КЛОНОВЕТЕ ИМ“

1. Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове

Включва: дуплекс ултразвук на:
- аорта
- илиачни съдове
- вена кава инферио

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1948 Дуплекс ултразвук на други съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места
Дуплекс ултразвук на съдове БДУ

Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

55294-00 Дуплекс ултразвук при мапиране на артерии за байпас кондуит

55294-01 Дуплекс ултразвук при мапиране на вени за байпас кондуит

55294-02 Дуплекс ултразвук при мапиране на артерии и вени за байпас кондуит

1940 Ултразвук на глава или шия

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

1944 Дуплекс ултразвук на черепни, каротидни или гръбначни съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава при мапиране на кондюит (55294 [1948])

55274-00 Дуплекс ултразвук на екстракраниални, каротидни и вертебрални съдове

Включва: дуплекс ултразвук при:
- безименни съдове
- субклавни съдове

окулоплетизмография
периорбитално Доплерово изследване

1946	**Дуплекс ултразвук на крайник**
	Включва: такава включващи B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
	Не включва: такава с мапиране на кръвоносни съдове при байпас (55294 [1948])
55248-01	Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в горен крайник, двустранно
55252-00	Дуплекс ултразвук на вени в горен крайник, едностранно
	Не включва: дуплекс ултразвук на венозен байпас графт в горен крайник (55248-00 [1946])
55252-01	Дуплекс ултразвук на вени в горен крайник, двустранно
	Не включва: дуплекс ултразвук на венозен байпас графт в горен крайник (55248-01 [1946])
55238-00	Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в долен крайник, едностранно
55238-01	Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в долен крайник, двустранно
55244-00	Дуплекс ултразвук на вени в долен крайник, едностранно
	Не включва: дуплекс ултразвук на венозен байпас графт в долен крайник (55238-00 [1946])
55244-01	Дуплекс ултразвук на вени в долен крайник, двустранно
	Не включва: дуплекс ултразвук на венозен байпас графт в долен крайник (55238-01 [1946])
55292-00	Дуплекс ултразвук на хирургически създадена артериовенозна фистула или графт за достъп на горен крайник
55292-01	Дуплекс ултразвук на хирургически създадена артериовенозна фистула или графт за достъп на долен крайник
1947	**Дуплекс ултразвук на артерия или кавернозна тъкан на пениса**
	Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
	Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294-00 [1948])
55282-00	Дуплекс ултразвук на артерия на пенис
	Включва: кавернозна артерия дорзална артерия

Включва:
биохимични;
хематологични;
хемокоагулационни изследвания

1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
1924	**Биохимична изследвания**
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-28 Креатинкиназа (КК)

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Приложение на фармакотерапия

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)

• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и минимум две различни диагностични процедури насочени към основната диагноза, посочени в таблица Кодове на основни процедури. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания и 1924 – Биохимични изследвания, се извършват и кодират необходимите кодове от блока за завършване и отчитане на тази КП. Минималният брой отчетени кодове от блокове 1923 и 1924 за завършване на клиничната пътека е 5 броя.

Клиничната пътека се извършва след клинична процедура № 7.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ,ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК. За структури (операционен блок/зали), изпълняващи ендоваскуларна съдова хирургия, се изисква наличието на апаратура за видеоконтрол.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Клиника/отделение по съдова хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4 Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
6. Еходоплер - 1 бр.

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структуратапо съдова хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. КАТ и/или МРТ на територията на населеното място (като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност).
2. Вирусологична лаборатория
3. Патоморфологична лаборатория– на територията на населеното място.
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

В структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография.

За лекари със специалност „Съдова хирургия” не се изисква сертификат за доплерсонография.

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към клиника/отделение по образна диагностика

или

лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по съдова хирургия - двама хирурзи;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към клиника/отделение по образна диагностика

или

лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по детски болести/детска кардиология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За клиниката/отделението по съдова хирургия – да са извършени не по-малко от 500 съдови операции годишно, от които поне 50% с голям и много голям обем и сложност.

При анамнеза от странана пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Състояния след КПр №7

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на лечебно-диагностичен план.

Принципи на болничното изследване и лечение.

За пълно диагностично уточняване са необходими:

- ехо - доплерово изследване (с измерване на ПАН);

- при данни за рана е задължителна посявка с антибиограма, а при пациентите със септичен фебрилитет - хемокултура.

Медикаментозното лечение включва вазоактивни препарати, антикоагуланти и/или антиагрегантиза активиране на колатералите, подобряване на реологията и метаболизма, и се провежда задължително.

Болничното лечение включва наред с реваскуларизацията и активно локално лечение на атоничните рани, с ежедневни превръзки с антисептични (според антибиограмата) и/или епителотонични препарати.

Медикаментозното лечение се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се оформя след проведените диагностични изследвания и оперативно лечение, при изпращане на оперативен материал за хистологично изследване при необходимост.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- липса на фебрилитет;
- раздвижван активно пациент;
- дадени препоръки за хигиенно-диетичен режим (ХДР).

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ. В тази епикриза се вписват данните от пациентския запис при осъществяване на КПр №7. В изготвянето на епикризата участват и изпълнителите на КПр №7.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Периферното съдово заболяване се изразява в нарушаване на нормалното преминаване на кръвния поток през артериалните съдове – артериите на долните крайници (осигуряващи кислород за тъканите), в резултат на тяхното стесняване, запушване или ненормално разширение (аневризма).

Основните причини са атеросклерозата, захарната болест (диабет) или болестта на Бюргер, при които се увреждат съдовите стени и се стига до стесняване, запушване или разширение на главните артериални съдове.

Основният признак на заболяването е болката при движение, или при напреднал стадий на болестта – и в покой. Тя се дължи на недостига на кислород в стъпалото поради влошеното кръвоснабдяване и е сериозен признак за опасност от близки усложнения – незаздравяващи рани, повърхностни некрози или дълбоки гангрени, както и тежка инфекция.

Той определя вида на лечението Ви, необходимостта от постъпването Ви в болница и определя времето за това. Преценява нуждата от снимка на артериалните съдове и от съдова операция или от специфично медикаментозно лечение, в зависимост от болестните изменения.

Лекарят е задължен да Ви обясни характера на операцията и защо е избрана процедурата, която е удобна или неудобна за Вас. Това се предопределя както от характера на заболяването,така и от Вашето общо състояние.

След изписването Ви от болницата, личният лекар може да проследява Вашето състояние и да изписва лекарства, съгласно указанията на съдовия хирург, като Ви консултира периодично с него.

КП № 124 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНА СЪДОВА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ВЪВ ФЕМОРО-ПОПЛИТЕАЛНИЯ И АКСИЛО-БРАХИАЛНИЯ СЕГМЕНТ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35309-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-00 [754])

35309-07 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-01 [754])

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев
Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

90229-00 Друга ендартериектомия

Ендартериектомия за подготовка на място за анастомоза

33554-00 Ендартериектомия, свързана с артериален байпас за подготовка на място за анастомоза
Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последващ, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])
Не включва: отворена коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

Емболектомия или тромбектомия на артериален байпас графт

33806-12 Емболектомия или тромбектомия на байпас графт на артерия на крайниците
Включва: инфузия на тромболитик или друг медикамент

Артериална атеректомия

35312-00 Перкутанна периферна артериална атеректомия
35312-01 Отворена периферна артериална атеректомия

763 РЕОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ДРУГИ СЪДОВИ МЕСТА

Не включва: реоперации на:
• коронарна артерия (38637-00 [680])
• варикозни вени (32514-00 [737])

35202-00 Достъп при реоперация на артерии или вени на шия, корем или крайник
Кодирай също:
• изпълнена хирургична процедура(и)

746 ДРУГИ ДЕСТРУКТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ВАСКУЛАРНИ МЕСТА

∇ 0039

33848-00 Контрол на следоперативна хеморагия или тромбоза на крайник след съдова процедура

765 ПРОЦЕДУРИ ПРИ ХИРУРГИЧНО СЪЗДАДЕНА АРТЕРИОВЕНОЗНА ФИСТУЛА

34515-00 Тромбектомия на артериовенозна фистула
Хирургична тромбектомия на артериовенозна фистула

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев

Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

33539-00 Ендартериектомия на крайници
Ендартериектомия на:
• обща }
• повърхностна } феморална артерия

Не включва: разширена ендартеректомия на дълбоката феморална артерия (33542-00 [700])

33542-00 Разширена ендартериектомия на дълбока феморална артерия
Ендартеректомия ≥ 7 cm дължина
Разширена ендартериектомия на дълбока феморална артерия

Ендартериектомия за подготовка на място за анастомоза

33554-00 Ендартериектомия, свързана с артериален байпас за подготовка на място за анастомоза

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последващ, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])

Не включва: отворена коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

Емболектомия или тромбектомия на артериален байпас графт

33806-12 Емболектомия или тромбектомия на байпас графт на артерия на крайниците

Включва: инфузия на тромболитик или друг медикамент

Артериална атеректомия

35312-00 Перкутанна периферна артериална атеректомия
35312-01 Отворена периферна артериална атеректомия

763 РЕОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ДРУГИ СЪДОВИ МЕСТА

Не включва: реоперации на:
• коронарна артерия (38637-00 [680])
• варикозни вени (32514-00 [737])

35202-00 Достъп при реоперация на артерии или вени на шия, корем или крайник

Кодирай също:
• изпълнена хирургична процедура(и)

746 ДРУГИ ДЕСТРУКТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ВАСКУЛАРНИ МЕСТА

∇ 0039

33848-00	Контрол на следоперативна хеморагия или тромбоза на крайник след съдова процедура

765 ПРОЦЕДУРИ ПРИ ХИРУРГИЧНО СЪЗДАДЕНА АРТЕРИОВЕНОЗНА ФИСТУЛА

34515-00	Тромбектомия на артериовенозна фистула Хирургична тромбектомия на артериовенозна фистула

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

90210-00	Възстановяване на субклавна артерия чрез директна анастомоза
33818-00	Възстановяване на аксиларна артерия чрез директна анастомоза
33818-01	Възстановяване на брахиална артерия чрез директна анастомоза
33818-02	Възстановяване на радиална артерия чрез директна анастомоза
33818-03	Възстановяване на улнарна артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване на вена с анастомоза

Възстановяване целостта на вена чрез директна анастомоза

33818-08	Възстановяване на аксиларна вена чрез директна анастомоза
33818-09	Възстановяване на брахиална вена чрез директна анастомоза
33818-10	Възстановяване друга вена на горни крайници чрез директна анастомоза

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

33818-04	Възстановяване на феморална артерия чрез директна анастомоза
33818-05	Възстановяване на поплитеална артерия чрез директна анастомоза
33818-06	Възстановяване на тибиална артерия чрез директна анастомоза
33818-07	Възстановяване на перонеална артерия чрез директна анастомоза
32766-00	Възстановяване на друга артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване на вена с анастомоза

Възстановяване целостта на вена чрез директна анастомоза

33818-11	Възстановяване на феморална вена чрез директна анастомоза
33818-12	Възстановяване на поплитеална вена чрез директна анастомоза
33818-13	Възстановяване на друга вена на долните крайници чрез директна анастомоза

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

33821-00	Възстановяване на аксиларна артерия чрез интерпозиционен графт
33821-01	Възстановяване на брахиална артерия чрез интерпозиционен графт
33821-02	Възстановяване на радиална артерия чрез интерпозиционен графт
33821-03	Възстановяване на улнарна артерия чрез интерпозиционен графт
90213-03	Възстановяване на друга артерия чрез интерпозиционен графт

Други деструктивни процедури на васкуларни места

33848-00 Контрол на следоперативна хеморагия или тромбоза на крайник след съдова процедура

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

33821-04 Възстановяване на феморална артерия чрез интерпозиционен графт

33821-05 Възстановяване на поплитеална артерия чрез интерпозиционен графт

33821-06 Възстановяване на тибиалната артерия чрез интерпозиционен графт

33821-07 Възстановяване на перонеална артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване на вена чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на вена чрез междинен графт

33821-11 Възстановяване на феморална вена чрез интерпозиционен графт

33821-12 Възстановяване на поплитеална вена чрез интерпозиционен графт

33821-13 Възстановяване на друга вена на долния крайник чрез интерпозиционен графт

Артериален байпас графт с използване на вена

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])
• патч графт (33548 [707])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт– пропусни кода
Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32763-03 Субклавно-аксиларен байпас с използване на вена

32739-00 Феморо-поплитеален байпас с използване на вена, анастомоза над коляното
Кодирай също когато е направена:
• последващ байпас на феморална артерия с използване на вена (32757-00 [713])
Не включва: смесен [вена и синтетика] графт (32754-00 [713])

32742-00 Феморо-поплитеален байпас с използване на вена, анастомоза под коляното
Феморо-поплитеален байпас с използване на вена БДУ
Кодирай също когато е направена:
• последващ байпас на феморална артерия с използване на вена (32757-00 [713])
Не включва: смесен [вена и синтетика] графт (32754-01 [713])

32745-00 Феморален към проксимална тибиална или перонеална артерия байпас с използване на вена
Включва: анастомоза на дистален край на байпаса към тибио-перонеалния ствол
Кодирай също когато е направен:
• последващ байпас на феморална артерия с използване на вена (32757-00 [713])
Не включва: смесен [вена и синтетика] графт (32754-02 [713])

32748-00 Феморален към дистална тибиална или перонеална артерия байпас с използване на вена
Забележка: Дисталната част на перонеална или тибиална артерия е тази до 5 см от глезена
Кодирай също когато е направен:
• последващ байпас на феморална артерия с използване на вена (32757-00 [713])
Не включва: смесен [вена и синтетика] графт (32754-02 [713])

32763-08 Поплитео-тибиален байпас с използване на вена

32763-00 Друг артериален байпас с използване на вена

Артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Забележка: Синтетичният материал може да включва полиестер (плетен или тъкàн) или политетрафлуороетиленов [PTFE] графт

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32763-13 Аксило-аксиларен байпас с използване на синтетичен материал

32763-14 Аксило-брахиален байпас с използване на синтетичен материал

32751-00 Феморо-поплитеален байпас с използване на синтетичен материал, анастомоза над коляното

Кодирай също когато е направен:
• последващ байпас на феморална артерия с използване синтетичен материал (32757-01 [713])

Не включва: смесен [вена и синтетика] графт (32754-00 [713])

32751-01 Феморо-поплитеален байпас с използване на синтетичен материал, анастомоза под коляното

Феморо-поплитеален байпас с използване на синтетичен материал БДУ

Кодирай също когато е направен:
• последващ байпас на феморална артерия с използване синтетичен материал (32757-01 [713])

Не включва: смесен [вена и синтетика] графт (32754-01 [713])

32751-02 Феморо-тибиален или перонеален (проксимална част) артериален байпас с използване на синтетичен материал

Включва: анастомоза на дисталния край на байпаса към тибио-перонеалния ствол

Кодирай също когато е направен:
• последващ байпас на феморална артерия с използване на синтетичен материал (32757-01 [713])

Не включва: смесен [вена и синтетика] графт (32754-02 [713])

32751-03 Феморо- тибиален или перонеален (дистална част) артериален байпас с използване на синтетичен материал

Забележка: Дисталната част на перонеална или тибиална артерия е тази до 5 см от глезена

Кодирай също когато е направена:
• последващ байпас на феморална артерия с използване на синтетичен материал (32757-01 [713])

Не включва: смесен [вена и синтетика] графт (32754-02 [713])

32763-19 Поплитео-тибиален байпас с използване на синтетичен материал

Артериален байпас графт, използващ композитен, последователен или кросоувър графт

Забележка: Смесен байпас – с използване на синтетични материали и вена
Кросовер байпас – графт от артерия от едната страна на тялото за артерия на другата страна, напр. феморална за феморална
Последващ байпас – [скачащ графт] използва се, където се прави допълнителна анастомоза да реваскуларизира отделно повече от една артерия

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт – пропусни кода

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32754-00 Феморо-поплитеален байпас с използване на композитен графт, анастомоза над коляното

Феморо-феморален байпас с използване на синтетичен и венозен графт

32754-01 Феморо-поплитеален байпас с използване на композитен графт, анастомоза под коляното

Феморо-поплитеален байпас със смесен графт БДУ
Феморо-поплитеален байпас с използване на синтетичен и венозен графт

32754-02 Феморо-тибиален или перонеален байпас с използване на композитен графт
Включва: анастомоза на дисталния край на байпаса към тибио-перонеалния ствол

32757-00 Секвенциален феморален байпас с използване на вена
Последващ графт на феморална артерия с използване на вена
Кодирай първо:
• феморален байпас (32739-00, 32742-00, 32745-00, 32748-00 [711])

32718-00 Илеофеморален кросоувър байпас

32718-01 Феморо-феморален кросоувър байпас

Венозен байпас графт с използване на вена или синтетичен материал

Кодирай също когато е направен:
• патч графт (33548 [731])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак,на които е изпълнен байпас графт – пропусни кода

34806-01 Сафено-феморален кросоувър венозен байпас на крак

34809-00 Байпас на феморална вена
Анастомоза на вена сафена с феморална или поплитеална вена

34812-00 Друг байпас на вена с използване на вена

34812-01 Друг байпас на вена с използване на синтетичен материал

Други ексцизионни процедури на съдови места

Включва: затваряне на артерия

34175-00 Ексцизия на байпас графт от крайниците
Не включва: такава от:
• аксило-феморални (34172-00 [753])
• феморо-феморални (34172-00 [753])

Процедури при хирургично създадена артериовенозна фистула

34512-01 Конструиране на артериовенозна фистула с протеза
Конструиране на артериовенозна фистула с изкуствено съдово устройство

730 ДОСТАВКА НА ВЕНА

33551-00 Доставяне на вена от крайник за патч графт
Не включва: такава, изпълнени със същия оперативен разрез – пропусни кода

32760-00 Доставяне на вена от крайник за байпас или подмяна на графт
Не включва: такава за коронарен байпас графт – пропусни кода
когато вената е доставена от същата ръка или крак, на които е изпълнен байпас или графт – пропусни кода

765 ПРОЦЕДУРИ ПРИ ХИРУРГИЧНО СЪЗДАДЕНА АРТЕРИОВЕНОЗНА ФИСТУЛА

34509-01 Артериовенозна анастомоза на горен крайник
Конструиране на артериовенозна фистула на горен крайник без графт

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика
Корекция } стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

35303-07 Отворена транслуменна балонна ангиопластика
Корекция } на стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез отворена транслуменна балонна ангиопластика

Други процедури за приложение, поставяне или премахване на други васкуларни места

45027-01 Прилагане на агент в съдова аномалия
Деструкция на съдови аномалии чрез инжекция
Включва: ангиом
хемангиом
лимфангиом
съдови малформации

Прекъсване на хранещи съдове на артериовенозна фистула

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на артериовенозна фистула (34115 [750], 34112 [751], 34118 [752])
• поправяне на артериовенозна фистула (34121 [760], 34127 [761])

34121-02 Прекъсване на хранещи съдове на артериовенозна фистула на крайници

Ексцизия на съдова аномалия

Включва: ангиом
хемангиом
лимфангиом
Не включва: ексцизия на артериовенозна малформация (45039-00, 45042-00, 45045-00 [1693])

45033-00 Ексцизия на съдова аномалия на кожа и подкожна тъкан или мукозна повръхност, голяма
Не включва: такава, включваща меки тъкани (45033-02, 45033-05, 45036-00 [748])

45033-01 Ексцизия на съдова аномалия на паротидна жлеза

45033-02 Ексцизия на съдова аномалия на основата на устата

45036-00 Ексцизия на съдова аномалия на шия
Не включва: на кожа на врата (45030-00, 45033-00 [748])

45033-06 Ексцизия на съдова аномалия на друго място
Включва: обхващащи:
• кости
• мускули
• нерви

Ексцизия на артериовенозна фистула на шия

Кодирай също когато е направена:
• прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])

34115-00 Ексцизия или лигиране на обикновена артериовенозна фистула на шия

34115-01 Ексцизия или лигиране на сложна артериовенозна фистула на шия

Ексцизия на артериовенозна фистула на крайници

Кодирай също когато е направено:
• прекъсване на хранещи съдове (34121-02 [745])
Не включва: затваряне на хирургично създадена артерио-венозна фистула (34130-00 [765])

34112-00 Ексцизия или лигиране на обикновена артериовенозна фистула на крайници

34112-01 Ексцизия или лигиране на сложна артериовенозна фистула на крайници

Възстановяване артериовенозна фистула на шията

Кодирай също когато е направено:
• прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])

34124-00 Възстановяване на обикновена артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта

34124-01 Възстановяване на сложна артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта

Възстановяване на артериовенозна фистула на крайниците

Кодирай също когато е направена:
• прекъсване на хранещи съдове (34121-02 [745])

34121-00 Възстановяване на обикновена артериовенозна фистула на крайници с възстановяване на целостта

34121-01 Възстановяване на комплексна артериовенозна фистула на крайници с възстановяване на целостта

Патч графт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последователен, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])

Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-00 Патч графт на артерия с използване на автоложен материал
Патч графт за артериален байпас графт с използване на автоложен материал
Патч графт от:
• артерия
• вена

Патч графт на вена

Кодирай също когато е направен:
• байпас графт (34803, 34806, 34809-00, 34812 [735])

33548-02 Патч на вена от автоложен материал
Патч графт на венозен байпас графт с използване на автоложен материал

730 ДОСТАВКА НА ВЕНА

33551-00 Доставяне на вена от крайник за патч графт

Не включва: такава, изпълнени със същия оперативен разрез – пропусни кода

32760-00 Доставяне на вена от крайник за байпас или подмяна на графт

Не включва: такава за коронарен байпас графт – пропусни кода
когато вената е доставена от същата ръка или крак, на които е изпълнен байпас или графт – пропусни кода

Патч графт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последователен, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])

Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-01 Патч графт на артерия с използване на синететичен материал
Патч графт за артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Патч графт на вена

Кодирай също когато е направен:
• байпас графт (34803, 34806, 34809-00, 34812 [735])

33548-03 Патч на вена от синтетичен материал
Патч графт на венозен байпас графт с използване на синтетичен материал

Други инцизионни процедури на артерия

34145-00 Декомпресия на поплитеална артерия

Възстановяване аневризма на шия, интра-абдоминална област или крайници

Възстановяване чрез:
• клипсиране
• ексцизия
• лигиране
• шев

Не включва: заместване с графт (виж блок [715])

33142-00 Възстановяване фалшива аневризма на феморална артерия

33070-00 Възстановяване аневризма на крайници
Не включва: възстановяване на фалшива аневризма на феморална артерия (33142-00 [714])

33175-00 Възстановяване руптурирала аневризма на крайници

Подмяна на аневризма с графт

Не включва: ендоваскуларно (ендолуменно) възстановяване (33116-00 [762])

33050-00 Подмяна на поплитеална аневризма с използване на вена

33055-00 Подмяна на поплитеална аневризма с използване на синтетичен графт

Други възстановителни процедури на вена

34818-00 Възстановяване на венозна клапа
Пликатура на венозна клапа
Валвулопластика

Други процедури за приложение, поставяне или премахване на други васкуларни места

35360-01 Отворено отстраняване на интраваскуларно чуждо тяло
Отворено изваждане на чуждо тяло в:
• аорта
• долна празна вена
• периферни:
  • артерия
  • вена
• пулмонална артерия
• дясно предсърдие

Включва: катетърни фрагменти
емболизиращи спирали
части от ендоваскуларни стентове
водачи

Не включва: перкутанно изваждане на филтър от вена кава инфериор (35331-00 [723])
изваждане на съдови катетри (34530-01 [694], 34530-04 [738])

Други процедури на артерии и вени

90223-01 Други съдови процедури

Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
- балон
- спирали
- етанол
- желатинова гъба
- лепило
- пластмасови частици

катетеризация
Транскатетерна емболизация на:
- илиачни }
- овариални }
- маточни } съдове
- вагинални }
- мехурни }

35321-07 Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове на крайници

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
- с атеректомия (виж блок [669])

35309-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-00 [754])

35309-07 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-01 [754])

35309-08 Отворена транслуменна балонна ангиопластика със стентиране, един стент

35309-09 Отворена транслуменна балонна ангиопластика със стентиране, много стентове

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21**.

При конструиране на постоянен съдов достъп за хрониохемодиализа с едновременно поставяне на трансплантат, клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура – 32763-03 или 32739-00 или 32742-00 или 32745-00 или 32748-00 или 32763-08 или 32763-00 или 32763-13 или 32763-14 или 32751-00 или 32751-01 или 32751-02 или 32751-03 или 32763-19 или 32754-00 или 32754-01 или 32754-02 или 32757-00 или 32718-00 или 32718-01 или 34806-01 или 34809-00 или 34812-00 или 34812-01 или 34175-00 или 34512-01 или 33551-00/ или 32760-00 или 34509-01 и минимум по една диагностична процедура от три различни групи (блока) кодове по КСМП, насочени към основната диагноза, посочени в **Приложение № 21.**

Оперативна процедура 35321-07 не се отнася за лечение на варикозни вени на долни крайници (за диагнози по МКБ-10 с кодове I83.0; I83.1; I83.2; I83.9).

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК. За структури (операционен блок/зали), изпълняващи ендоваскуларна съдова хирургия, се изисква наличието на апаратура за видеоконтрол.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Клиника/отделение по съдова хирургия или Клиника/отделение по хирургия
2. Операционен блок/зали
4. ОАИЛ/КАИЛ
5. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
6. Еходоплер - 1 бр.
6. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/съдова хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Ангиограф или КАТ или МРТ, разположени на територията на населеното място (като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност).
2. Структура по патоанатомия – на територията на населеното място.
3. Микробиологична лаборатория

При необходимост и по преценка на оператора, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти като НЗОК заплаща **до четири протезни материала едноактно и не повече от осем общо в рамките на една календарна година от група 3 „Съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове“ и от подгрупите 4.2 „Периферни стентове“ и 4.3 „Балони, излъчващи лекарство“.**

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

В структурата работят най-малко трима лекари, от които минимум двама с призната медицинска специалност по съдова хирургия или един с придобита специалност и един специализиращ; минимум двама с придобита квалификация за извършване на доплерова сонография.

За лекари със специалност „Съдова хирургия” не се изисква сертификат за доплерсонография.

- лекар със специалност по съдова хирургия, с извършени не по-малко от 50 оперативни процедури годишно, включени в тази пътека,

или

лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика

или

лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Инвазивна кардиология”;

или

лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по съдова хирургия, с извършени не по-малко от 50 оперативни процедури годишно, включени в тази пътека

или

- лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология” (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика

или

лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Инвазивна кардиология”;

или

лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по детски болести/детска кардиология.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

А. Оперативно лечение на пациенти с хронична съдова недостатъчност във феморо-поплитеалния и аксило-брахиалния сегмент и необходимост от оперативно лечение при:

- установена аневризма във феморалния или поплитеален сегмент;
- болни, имащи нощна болка и/или гангрена или незаздравяваща рана;
- болни, при които са изчерпани стандартните възможности за конструиране на постоянен съдов достъп за хрониохемодиализа, и се налага извършване на шънт с имплантиране на съдова протеза;
- болни с ХАНК и клаудикацио до 100 м. без постоянна болка и рана (гангрена).

Б. Оперативно лечение в неспешен порядък на пациенти със:

- ХАНК с болка при ходене (клаудикационна), нощна или постоянна, в мускулите, стъпалото и/или пръстите на болния крайник;
- вродени и придобити съдови малформации без функционални нарушения

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Принципи на болничното изследване и лечение.

За пълно диагностично уточняване са необходими:

- доплерово изследване (с измерване на ПАН и запис при нужда);
- аортоартериография - ангиография или компютър- ангиография или магнитнорезонансна ангиография (с контраст);
- при данни за рана е задължителна посявка с антибиограма, а при пациентите със септичен фебрилитет – хемокултура.

Активното болнично лечение на феморални и феморо- поплитеални стенози, оклузии и дилатации включва извършването на **оперативна реваскуларизация – артериална реконструкция –** байпас: феморо-феморален, феморо-поплитеален, феморо-перонеален, феморо-тибиален, поплитеален, тромбендартеректомия, феморо-феморален кросовър байпас, ПАЧ пластика със синтетичен или тъканен трансплантант. Резекции на аневризми на а. феморалис, а.поплитеа и тибиални артерии. При посочените реконструкции необходимостта от минимум 2 катетъра тип Фогарти, както и синтетични пачове е изискване за правилно провеждане на оперативното лечение. Активното болнично лечение на аксило-брахиални стенози, оклузии и дилатации включва извършването на **оперативна реваскуларизация – артериална реконструкция:** байпас с трансплантат - аксило – брахиален, аксило - феморален (аксило-бифеморален, суперфициален), брахиален, пач на артериите на горния крайник. **Алтернатива** на оперативното лечение е минимално инвазивна перкутанна транслуменна ангиопластика на артерията (ПТА), която може да включва балонна ангиопластика с или без прилагане на тромболитичен агент (фибрин – неспецифичен тромболитик) и да бъде съчетана с или без имплантиране на стент.

Медикаментозното лечение включва вазоактивни препарати, антикоагуланти и/или антиагреганти за активиране на колатералите, подобряване на реологията и метаболизма, и се провежда задължително пред- и следоперативно, следоперативна реанимация, антибиотична профилактика.

Болничното лечение включва наред с реваскуларизацията и активно локално лечение на атоничните рани, с ежедневни превръзки с антисептични (според антибиограмата) и/или епителотонични препарати.

При невъзможност за създаване на директна AV (артерио-венозна) фистула за хрониохемодиализа се налага използване на трансплантат, най-често съдова протеза - на бедро, брахиум или на трупа, в права или дъговидна форма. Стремежът е да се осигури удобна за канюлиране дължина на трансплантата. Операторът трябва да се съобрази със запазване на възможности за бъдещ съдов достъп. При избор на място за създаване на съдов достъп с имплантиране на трансплантат (протеза) се препоръчва:

Имплантация на брахиума.

Имплантация на бедрото.

Друга локализация.

Медикаментозното лечение в пред– и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

Катетеризационният протокол от извършените инвазивни и/или интервенционални процедури се подписва от специалист по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към клиника/отделение по образна диагностика или лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология; или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се оформя след проведените диагностични изследвания и оперативно лечение, при изпращане на оперативен материал за хистологично изследване при необходимост.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- зараснала оперативна рана, или зарастваща първично;
- липса на фебрилитет;
- раздвижен активно пациент;
- дадени препоръки за хигиенно-диетичен режим (ХДР).

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Уважаеми господине /госпожо,

Интервенцията, която се налага да бъде извършена, може да се осъществи само ако Вие предварително се съгласите да се подложите на нея.

За да дадете съгласието си, Вие вероятно се нуждаете от разяснение както по отношение на Вашето заболяване, така и по отношение на операцията – какво точно ще Ви бъде направено, колко време ще продължи, колко време ще останете в клиниката на лечение, какви усложнения биха могли да настъпят, ще има ли тази интервенция някакви последствия и т.н.

Необходимо е да Ви се направи артериална реконструктивна операция, която е популярна още под името байпас – операция. Оперативното лечение се налага поради наличието на запушване на артериалните съдове на определено ниво – от аортата до артериите на подбедрицата. Това запушване намалява притока на кръв към мускулите на крайниците и при преминаване на определено разстояние се появява стягаща болка, която преминава след кратка почивка.

Причините за запушване на артериите са много: атеросклероза, диабет, болест на Бюргер, прекарани травми или възпалителни процеси на съдовете. Ако лечението не се предприеме навреме, разстоянието което ще преминавате все повече ще намалява, ще се появи постоянна болка и съществува опасност от появата на гангрена. За да се подобри кръвообращението на крайника се прави т.нар. байпас – с изкуствен кръвоносен съд или с ваша вена се “заобикаля” мястото на запушването и кръвта се насочва към артериите под него, като по този начин се подобрява снабдяването на тъканите с артериална кръв.

Точният вид на операцията зависи от мястото и характера на запушването и това ще бъде дискутирано с вашия лекуващ лекар. Оперативната интервенция трае различно дълго време понякога и до 4 часа и тъй като операциите са различни, то и следоперативният период протича с различна тежест, в някои случаи се налага престой в клиниката по реанимация за 1 – 2 денонощия. Следоперативният период трае около 10 – 12 дни. Режимът, който ще спазвате е индивидуален и ще Ви бъде обяснен от Вашия лекуващ лекар или сестрата. Възможни са усложнения: кръвотечение от оперативната рана или запушване на обходния път на кръвта, при което крайникът става хладен и побледнява. За тези инциденти Вие трябва веднага да сигнализирате.

Ако имате допълнителни въпроси, не се колебайте да се обърнете към лекуващия Ви лекар и медицинска сестра.

След изписването от болницата личният лекар може да проследява Вашето състояние и да изписва лекарства съгласно указанията на съдовия хирург, като периодично Ви консултира с него.

КП № 125 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА КЛОНОВЕ НА АОРТНАТА ДЪГА

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Артериална емболектомия или тромбектомия

Не включва: емболектомия или тромбектомия на артериален байпас графт:
- крайници (33806-12 [703])
- тяло (33803-02 [703])

33800-00 Емболектомия или тромбектомия на каротидна артерия

33803-00 Емболектомия или тромбектомия на субклавна артерия

33803-01 Емболектомия или тромбектомия на иноминантна артерия

33806-00 Емболектомия или тромбектомия на аксиларна артерия

Включва: инфузия на тромболитик или друг медикамент

Експлорация на артерия

Не включва: изпълнена с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

34103-00 Ревизия на субклавна артерия

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев

Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

33500-00 Каротидна ендартериектомия

Не включва: с резекция и реанастомоза (32703-00 [718])

763 Реоперативни процедури на други съдови места

Не включва: реоперации на:
- коронарна артерия (38637-00 [680])
- варикозни вени (32514-00 [737])

35202-00 Достъп при реоперация на артерии или вени на шия, корем или крайник

Кодирай също:
- изпълнена хирургична процедура(и)

777 Други процедури на артерии и вени

30058-01 Контрол на постоперативна хеморагия, некласифицирани другаде

30059-01 Тромбфрагментация и аспирация с аспирационен катетър

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев

Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

33506-00 Иноминантна ендартериектомия

Ендартериектомия на брахицефална артерия

33506-01 Субклавна ендартериектомия

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

33827-00 Възстановяване на каротидна артерия чрез директна анастомоза

90210-00 Възстановяване на субклавна артерия чрез директна анастомоза

90210-01 Възстановяване на иноминантна артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

33830-00 Възстановяване на каротидна артерия чрез интерпозиционен графт

90213-03 Възстановяване на друга артерия чрез интерпозиционен графт
югуларна вена (външна) (вътрешна)

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-00 Възстановяване на субклавна артерия чрез интерпозиционен графт

33821-00 Възстановяване на аксиларна артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-00 Възстановяване на субклавна артерия чрез интерпозиционен графт

90213-02 Възстановяване на аортата чрез интерпозиционен графт

Артериален байпас графт с използване на вена

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])
• патч графт (33548 [707])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт– пропусни кода
Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32700-04 Аорто-субклавно-каротиден байпас с използване на вена

730 Доставка на вена

33551-00 Доставяне на вена от крайник за патч графт
Не включва: такава, изпълнени със същия оперативен разрез – пропусни кода

32760-00 Доставяне на вена от крайник за байпас или подмяна на графт
Не включва: такава за коронарен байпас графт – пропусни кода
когато вената е доставена от същата ръка или крак, на които е изпълнен байпас или графт – пропусни кода

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])

такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика
Корекция } стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

35303-07 Отворена транслуменна балонна ангиопластика
Корекция } на стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез отворена транслуменна балонна ангиопластика

Други процедури за приложение, поставяне или премахване на други васкуларни места

45027-01 Прилагане на агент в съдова аномалия
Деструкция на съдови аномалии чрез инжекция
Включва: ангиом
хемангиом
лимфангиом
съдови малформации

Ексцизия на артериовенозна фистула на шия

Кодирай също когато е направена:
• прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])

34115-00 Ексцизия или лигиране на обикновена артериовенозна фистула на шия

34115-01 Ексцизия или лигиране на сложна артериовенозна фистула на шия

Възстановяване артериовенозна фистула на шията

Кодирай също когато е направено:
• прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])

34124-00 Възстановяване на обикновена артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта

34124-01 Възстановяване на сложна артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта

Патч графт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последователен, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])
Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-01 Патч графт на артерия с използване на синететичен материал
Патч графт за артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Патч графт на вена

Кодирай също когато е направен:
• байпас графт (34803, 34806, 34809-00, 34812 [735])

33548-03 Патч на вена от синтетичен материал
Патч графт на венозен байпас графт с използване на синтетичен материал

Патч графт на артерия

Кодирай също когато е направен:

• артериален байпас с използване на:
• смесен, последователен, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])

Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-00 Патч графт на артерия с използване на автоложен материал

Патч графт за артериален байпас графт с използване на автоложен материал
Патч графт от:
• артерия
• вена

Артериална катетеризация

34524-00 Катетеризация/канюлизация на друга артерия

Не включва: такава:
• свързани с устройства, доставящи медикамент (външна инфузионна помпа) (34530-05 [766])
• за вземане кръв за газов анализ (13842-00 [1858])
• с поставяне на устройство за съдов достъп (34528-02 [766])

Други процедури за приложение, поставяне или премахване на други васкуларни места

35360-00 Перкутанно отстраняване на интраваскуларно чуждо тяло

Перкутанно отстраняване на чуждо тяло от:
• аорта
• долна празна вена
• периферни:
  • артерия
  • вена
• пулмонална артерия
• дясно предсърдие

Включва: катетърни фрагменти
емболизиращи спирали
части от ендоваскуларни стентове
водачи

Не включва: перкутанно изваждане на филтър от вена кава инфериор (35331-00 [723])
изваждане на съдови катетри (34530-01 [694], 34530-04 [738])

Други възстановителни процедури на съдови места

33116-00 Ендоваскуларно възстановяване на аневризма

Включва: протези (бифуркация) (ендографт) (тръба)

Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
• балон
• спирали
• етанол
• желатинова гъба
• лепило
• пластмасови частици
катетеризация

35321-03 Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове, лице и шия

Резекция на лезия на каротидна артерия

Резекция на:

• лезия на каротидно тяло
• шваном
Включва: възстановяване на каротидни артерии
Не включва: резекция на повтаряща се лезия на каротидна артерия (виж блок [706])

34148-00 Резекция лезия на каротидна артерия ≤ 4 см. в диаметър

34151-00 Резекция лезия на каротидна артерия > 4 см. в диаметър

Резекция на рецидивираща лезия на каротидна артерия

Резекция на рецидивираща:
• лезия на каротидното тяло
• шваном
Включва: възстановяване на каротидни артерии

34154-00 Резекция на рецидивираща лезия на каротидна артерия

Други деструктивни процедури на васкуларни места

33848-00 Контрол на следоперативна хеморагия или тромбоза на крайник след съдова процедура

Биопсия на кръвоносен съд

30075-20 Биопсия на кръвоносен съд
Не включва: биопсия на темпорална артерия (34109-00 [699])

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35309-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-00 [754])

35309-07 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-01 [754])

35307-00 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, един стент
Включва: използване на устройство за емболна протекция

35307-01 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, много стентове
Включва: използване на устройство за емболна протекция

35309-08 Отворена транслуменна балонна ангиопластика със стентиране, един стент

35309-09 Отворена транслуменна балонна ангиопластика със стентиране, много стентове

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21**.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Кардиохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност съгласно медицински стандарт "Кардиохирургия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК. За структури (операционен блок/зали), изпълняващи ендоваскуларна съдова хирургия, се изисква наличието на апаратура за видеоконтрол.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Клиника/отделение по съдова хирургия или клиника/отделение/ кардиохирургия
2.Клиника/отделение по вътрешни болести или кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология/детски болести
3. Операционен блок/зали
4. ОАИЛ/КАИЛ
5. Клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност
6. . Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
7. Ангиограф - 1 бр.
8. Еходоплер - 1 бр.

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по съдова хирургия/кардиохирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. КАТ и/или МРТ на територията на населеното място (като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност).
2. Вирусологична лаборатория
3. Патоморфологична лаборатория – на територията на населеното място.
4. Микробиологична лаборатория

При необходимост и по преценка на оператора, на един пациент могат да бъдат поставени един или повече импланти като НЗОК заплаща **до четири протезни материала едноактно и не повече от осем общо в рамките на една календарна година от група 3 „Съдова протеза за коремна аорта и дистални съдове“ и от подгрупите 4.2 „Периферни стентове“ и 4.3 „Балони, излъчващи лекарство“.**

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- В структурата работят най-малко петима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия. Лечебното заведение разполага най-малко с двама лекари с придобита квалификация за доплерова сонография

или

кардиохирург с опит в лечението на оклузивни заболявания на екстракраниални и мозъчни съдове;

За лекари със специалност „Съдова хирургия” не се изисква сертификат за доплерсонография.

- лекар със специалност по кардиология или вътрешни болести;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология”, (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към клиника/отделение по образна диагностика

или

лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Инвазивна кардиология”;

или

лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по “Ендоваскуларна съдова хирургия”, издадено от Ректор на медицински университет;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по съдова хирургия или кардиохирургия с опит в лечението на оклузивни заболявания на екстракраниални и мозъчни съдове;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към отделение/клиника по образна диагностика

или

лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология";

или

лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

–лекар със специалност по детски болести/детска кардиология.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Спешна диагностика и оперативно лечение при:

- **остро настъпила оклузия или руптура на клоновете на аортната дъга;**
- **запушване и стеноза на предмозъчните артерии;**
- **преходна мозъчна исхемия.**

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

- локализацията – топична диагноза;
- етиологията – етиологична диагноза, рисковите фактори и тежестта на ОРМК;
- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- оценка на степента на стенозата/стенозите на екстракраниалните мозъчни артерии.

В хода на мозъчно-съдовото заболяване (в случая ТИА) даден пациент може да премине от една към друга степен на тежест и съответно на това се променят видът на лечебното отделение/клиника и времето за болничен престой.

При наличието на допълнително соматично заболяване състоянието на всеки пациент с ТИА може допълнително да се утежни.

След завършване на всички диагностични процедури се взема окончателно решение за оперативно лечение, като се имат предвид следните фактори:

ЗА	ПРОТИВ
Чести/зачестяващи ТИА	Завършен/инвалидизиращ инсулт с траен дефицит
Стабилни соматично и неврологично състояние	
Лек фиксиран невродефицит	Мултиинфарктна деменция
Нормален КТ или малки хиподенсни зони	
Образно потвърдена каротисна стеноза над 70%	Редки ТИА без високостепенна стеноза
Ангиографски/Дуплекс визуализирана улцерирана плака	
Наличие на мултифокална атеросклероза	

Най - голямо значение в крайното решение имат следните индикации:

- симптоматична каротидна стеноза (високостепенна >70%) със церебрални/ретинални ТИА или лек/обратим исхемичен инсулт през последните няколко месеца;

- симптоматична каротидна стеноза (умерена 50%-70%) със или без улцерации, резистентна на медикаментозно лечение;

- асимптомни каротидни стенози >70% при нискорискови пациенти, от 70 - 90% при налична контралатерална каротидна тромбоза или предстояща коронарна или периферно - съдова реконструктивна операция (мултифокална атеросклероза);

- асимптомни каротидни стенози >90%;

- при наличие на една от горните индикации за оперативно лечение е необходимо да бъде преценено и общото състояние и съпътстващите заболявания с оглед избор на оптимално поведение.

Вземане на решение за оперативно лечение

Ползата от каротидна ендартеректомия (КЕ) и каротиден байпас е силно зависима от комбинирания периоперативен риск, включващ ангиографско изследване, анестезия, операция. Според метаанализа и световните стандарти КЕ следва да се извърши от опитен екип, чиито процент на периоперативна морбидност/смъртност не надвишава 6% при симптоматичните и под 3% при асимптомните каротидни стенози.

В случаите на невъзможност за оперативно лечение поради анатомични особености, тежки съпътстващи заболявания или предхождащи оперативни интервенции в шийната област, се извършва ангиопластика и стентиране. Индикациите в общите случаи за дилатация и стентиране остават както за оперативното лечение.

Срокове за оперативно лечение:

- стандарт – поне 6 седмици след инсулта;

- насоки – ранна КЕ (1-2 седмици след инсулта) при подбрани стабилни пациенти и при такива с високостепенна стеноза, носеща висок риск за рецидивен инсулт.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Активното болнично лечение на остро настъпили артериални оклузии включва извършването на спешна оперативна реваскуларизация – емболектомия или тромбектомия или възстановяване целостта на съд без артериална реконструкция. Медикаментозното лечение включва вазоактивни препарати за активиране на колатералите, подобряване на реологията и метаболизма, и се провежда задължително пред- и следоперативно. Прилагат се също така антикоагуланти и/или антиагреганти или фибринолитик, антибиотици, антидиабетно лечение при диабетици и терапията от кардиологичната консултация. След постъпването, предоперативно се поставят антикоагуланти и обезболяващи.

Специфичното лечение при болните с оклузивни заболявания на артерия каротис включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи, които са насочени за профилактика от развитие на исхемични мозъчни инсулти.

Извършване на каротидна ендартеректомия с или без пач–ангиопластика и интралуменно шънтиране с или без използване на интралуменен стент, препоръчително с микрохирургична техника (операционни лупи, операционен микроскоп) .

При извършване на байпас операции (каротидо–субклавиа, аорто–каротиден байпас) се изисква обезпечаване с Фогарти катетър.

Медикаментозно лечение в следоперативния период - ранен следоперативен период – в реанимационно отделение под наблюдение на анестезиолог-интензивен терапевт, мониториране на артериалното налягане, сърдечната дейност и белодробни функции и своевременно коригиране на отклоненията в първите 24 часа, ако е необходимо и след това, борба с мозъчния едем, реологични и вазоактивни медикаменти.

При ретромбоза – спешна реоперация.

- период до изписването от клиниката – при неусложнен ход - в стационара, поддържаща терапия с реологично активен медикамент, хепарин – 0,3мл/24ч. за профилактика на дълбоки венозни тромбози и каротидна ретромбоза; изваждане на конците от раната;

- катамнезно проследяване – изписване с поддържаща терапия с антиагреганти.

Медикаментозно лечение при ендоваскуларна перкутанна ангиопластика:

Антиагреганти по утвърдена схема; интрапроцедурно се прилагат антикоагуланти; профилактика на хипертонията и брадикардията.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

Катетеризационният протокол от извършените инвазивни и/или интервенционални процедури се подписва от специалист по образна диагностика, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по „Инвазивна образна диагностика и интервенционална рентгенология" (издадено от Ректор на медицински университет), работещ в ангиографско звено към клиника/отделение по образна диагностика или лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Инвазивна кардиология; или лекар със специалност по съдова хирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация с призната правоспособност по "Ендоваскуларна съдова хирургия", издадено от Ректор на медицински университет; остава неразделна част от ИЗ и подлежи на проверка от контролните органи на НЗОК. Извършените ангиографски, инвазивни и/или интервенционални процедури се записват на електронен носител, който се съхранява в лечебното заведение и подлежи на контрол.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се оформя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания и операция (хистологично изследване - по преценка на оператора и при определени нозологии).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- гладък следоперативен период след КЕ или перкутанна транслуменна ангиопластика (ПТА) без прояви на централномозъчен дефицит;
- първично заздравяваща неусложнена оперативна рана;
- ранно раздвижване на пациента с оглед профилактика на следоперативни усложнения;
- доплер-сонографски данни за ефективна реваскуларизация на каротидните съдове.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане . .

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. .

Амбулаторна процедура ..... №. .

Клинична процедура ..... №. .

Диагноза: .....МКБ10 . .

дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година Пациент: ..... (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки, асимптомни исхемични нарушения на мозъчното кръвообращение, исхемични мозъчни инсулти, мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите, широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико - социално значение е резултат както от високата заболеваемост и смъртност, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни. Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония, генерализираната атеросклероза, диабет, сърдечни пороци, сърдечни аритмии, кръвни заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Транзиторните исхемични атаки се характеризират с остро настъпване и бързо отзвучаване (за няколко минути до половин час и никога не надвишава 24 часа), огнищен неврологичен дефицит - парези на крак и ръка, увреда на черепно - мозъчни нерви (ЧМН), речеви нарушения и др. Атеросклерозата на аортата, извънчерепните и вътречерепните мозъчни артерии е най-честата причина, която води до ТИА. Каротисната бифуркация е обичайното място на предизвиканите от атеросклерозата съдови лезии (стенози, обтурации). На това място най - често се образуват и атероматозни плаки, които се разязвяват и стават източник на емболи. На второ място са сърдечните заболявания (пороци, нарушения в сърдечния ритъм и проводимостта, исхемична болест на сърцето и др.). ТИА при тях са резултат на хемодинамични нарушения или емболизация. Артериалната хипертония и диабетът при съчетание със съдови малформации (патологични извитости, хипоплазии) и шийна остеохондроза са също причина за възникване на ТИА.

Вашият общопрактикуващ лекар може да Ви даде най - добър съвет по отношение на тази профилактика, а при необходимост ще бъдете консултиран с невролог.

ТИА изисква незабавен преглед от Вашия домашен лекар или лекар - специалист и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение, вкл. и хирургично, ако се наложи.

При установена каротидна стеноза над 60 – 70% световният опит показва, че хирургичното лечение снижава риска от възникване на нови ТИА и исхемичен мозъчен инфаркт (ИМИ).

Показани за оперативно лечение са болни със:

1. Симптоматична каротидна стеноза (високостепенна >70%) със церебрални/ретинални ТИА или лек/обратим исхемичен инсулт през последните няколко месеца;

2. Симптоматична каротидна стеноза (умерена 50%-70%) със или без улцерации, резистентна на медикаментозно лечение;

3. Асимптомни каротидни стенози >70% при нискорискови пациенти, от 70 до 90% при налична контралатерална каротидна тромбоза или предстояща коронарна или периферно-съдова реконструктивна операция (мултифокална атеросклероза);

4. Асимптомни каротидни стенози >90%.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и коментирате информацията с Вашия ОПЛ, с невролога от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

КП № 126 СПЕШНИ ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ БЕЗ СЪДОВА РЕКОНСТРУКЦИЯ ПРИ БОЛНИ СЪС СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ (ТРОМБЕКТОМИИ, ЕМБОЛЕКТОМИИ, АМПУТАЦИИ И СИМПАТЕКТОМИИ)

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Хирургична симпатектомия

Разделяне }
Невректомия } насимпатиковнерв

Невключва: реоперацияприпредишнахирургическасимпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])

35000-00 Лумбална хирургична симпатектомия

Хирургична симпатектомия

Разделяне }
Невректомия } насимпатиковнерв

Невключва: реоперацияприпредишнахирургическасимпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])

90014-00 Друга хирургична симпатектомия
Периатериалнахирургичнасимпатектомия
Хирургичнаганглионектомия:
• сфенопалатиненвъзел
• симпатиков БДУ

Експлорация на артерия

Не включва: изпълнена с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

34100-00 Ревизия на каротидна артерия

34103-00 Ревизия на субклавна артерия

34103-01 Ревизия на аксиларна артерия

34106-00 Ревизия на брахиална артерия

34106-01 Ревизия на радиална артерия

34106-02 Ревизия на улнарна артерия

746 Други деструктивни процедури на васкуларни места

∇ 0039

33848-00 Контрол на следоперативна хеморагия или тромбоза на крайник след съдова процедура

763 Реоперативни процедури на други съдови места

Не включва: реоперации на:
• коронарна артерия (38637-00 [680])
• варикозни вени (32514-00 [737])

35202-00 Достъп при реоперация на артерии или вени на шия, корем или крайник

Кодирай също:
• изпълнена хирургична процедура(и)

Експлорация на артерия

Не включва: изпълнена с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

34103-03 Ревизия на феморална артерия

34103-04 Ревизия на поплитеална артерия

34106-03 Ревизия на тибиална артерия

34106-04 Ревизия на друга артерия

Прекъсване на артерия

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране

Не включва: такава при висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

34103-13 Прекъсване на феморална артерия

34103-14 Прекъсване на поплитеална артерия

34106-13 Прекъсване на тибиална артерия

34106-14 Прекъсване на друга артерия

Артериална емболектомия или тромбектомия

Не включва: емболектомия или тромбектомия на артериален байпас графт:
• крайници (33806-12 [703])
• тяло (33803-02 [703])

33806-09 Емболектомия или тромбектомия на феморална артерия
Включва: инфузия на тромболитик или друг медикамент

33806-10 Емболектомия или тромбектомия на поплитеална артерия
Включва: инфузия на тромболитик или друг медикамент

33806-11 Емболектомия или тромбектомия на тибиална артерия
Включва: инфузия на тромболитик или друг медикамент

90230-00 Емболектомия или тромбектомия на друга артерия
Включва: инфузия на тромболитик или друг медикамент

Директно затваряне на артерия

Шев на артериална рана:
• директна
• латерална

33815-04 Директно затваряне на феморална артерия

33815-05 Директно затваряне на поплитеална артерия

33815-06 Директно затваряне на тибиална артерия

33815-07 Директно затваряне на перонеална артерия

90209-03 Директно затваряне на друга артерия

763 Реоперативни процедури на други съдови места

Не включва: реоперации на:

• коронарна артерия (38637-00 [680])
• варикозни вени (32514-00 [737])

35202-00 Достъп при реоперация на артерии или вени на шия, корем или крайник

Кодирай също:
• изпълнена хирургична процедура(и)

746 Други деструктивни процедури на васкуларни места

∇ 0039

33848-00 Контрол на следоперативна хеморагия или тромбоза на крайник след съдова процедура

Експлорация на вена

Не включва: изпълнена с някаква друга съдова процедура – пропусни кода

34103-08 Ревизия на феморална вена

34103-09 Ревизия на поплитеална вена

34106-08 Ревизия на тибиална вена

34106-09 Ревизия на друга вена

Други инцизионни процедури на вени

13757-00 Терапевтична венесекция

Прекъсване на вена

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране

Не включва: такава за:
• перфориращи вени (виж блокове [727] и [728])
• висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някаква друга съдова процедура – пропусни кода

34103-18 Прекъсване на феморална вена

34103-19 Прекъсване на поплитеална вена

34106-18 Прекъсване на тибиална вена

34106-19 Прекъсване на друга вена

Прекъсване варикозни вени на сафено-феморално или сафено-поплитеално разклонение

Включва: разделяне
ексцизия } перфориращи вени (недостатъчност), трибутарни, вени
инжекция }
лигиране }
стрипинг }

Не включва: привързване (банд) или прерязване на вена сафена (34824-00 [721])
реоперация на варикозни вени (32514-00 [737])

32508-00 Прекъсване на сафено-феморално разклонение при варикозни вени

Прекъсване } на варикозни вени БДУ
Лигиране и стрипинг }

Директно затваряне на вена

Шев на венозно нараняване:

• директно
• латерално

33815-11 Директно затваряне на феморална вена

33815-12 Директно затваряне на поплитеална вена

33815-13 Директно затваряне на друга вена на долен крайник

Резекция на ребро

48406-12 Тотална екстирпация на ребро

Други ексцизионни процедури на лакът

44328-01 Ампутация през мишницата

Ампутация на китка, ръка или пръст

46465-00 Ампутация на пръст

Не включва: ампутация на върха на пръст (според азбучния Индекс за извършени специфични процедури, например Остектомия; Ексцизия, меки тъкани)

46480-00 Ампутация на пръст, включваща метакарпалната кост

Ампутация на китка, ръка или пръст

44328-02 Дизартикулация през китката

Ексцизионни процедури на предмишница

44328-00 Ампутация през предмишница

Други ексцизионни процедури на лакът

90535-00 Дизартикулация на лакът

Други ексцизионни процедури на лакът

44328-01 Ампутация през мишницата

Ампутация на рамо

44331-00 Дезартикулация на рамо

Ампутация на рамо

44334-00 Интерскапулоторакална ампутация
Интерторакоскапуларнаампутация

Ампутация на таз или тазобедрена става

44367-00 Ампутация над коляното
Ампутация над коляното

Ампутация на глезен или стъпало

44338-00 Ампутация на пръст

44358-00	Ампутация на пръст, включително метатарзална кост
90557-00	Дизартикулация през пръст
44361-00	Дизартикулация през глезен
44364-00	Мидтарзална ампутация
44364-01	Трансметатарзална ампутация

АМПУТАЦИЯ НА ГЛЕЗЕН ИЛИ СТЪПАЛО

44361-00 Дезартикулация през глезен

Други ексцизионни процедури на коляно или крак

44367-02	Ампутация под коляното

Ампутация на глезен или стъпало

44361-01	Ампутация на глезен през малеоли на тибия и фибула

Други ексцизионни процедури на коляно или крак

44367-01	Дизартикулация през коляното

Ампутация на таз или тазобедрена става

44367-00	Ампутация над коляното

Ампутация над коляното

1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Симпатектомия се извършва чрез хирургически способ, а не чрез невролиза.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ,ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Клиника/отделение по съдова хирургия или Клиника/отделение по хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
5. Еходоплер - 1 бр.
6. Образна диагностика - рентгенов апаратза скопия и графия

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/съдова хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Ангиограф или КАТ или МРТ, разположени на територията на населеното място (като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност).
2.Структура по патоанатомия– на територията на населеното място.
3. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- В структурата работят най-малко трима лекари, от които минимум двама с призната медицинска специалност по съдова хирургия или един с придобита специалност и един специализиращ; минимум двама с придобита квалификация за извършване на доплерова сонография.

За лекари със специалност „Съдова хирургия" не се изисква сертификат за доплерсонография.

- лекар със специалност по кардиология или вътрешни болести;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по съдова хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по детски болести/ детска кардиология.

При анамнеза от странана пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Спешна диагностика и оперативно лечение при пациенти със съдови заболявания при:

- **Остро настъпила оклузия на артериален съд на горните и долните крайници в резултат на емболия от сърдечен, аортен или друг произход.**
- **Остро настъпила тромбоза на артериален съд или на съдова протеза.**
- **Травматична лезия, ятрогенналезия или компресия от хематом или др.**
- **Проследяване на резултата от проведената интервенция и необходимостта от ампутация на крайника при негативен резултат на проведеното лечение.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 24 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Принципи на болничното изследване и лечение:

За пълно диагностично уточняване са необходими:

- доплерово изследване с измерване на ПАН;

- аортоартериография - ангиография (с контраст) само при строго показани случаи;

- изследване на хемостазата;

- при данни за рана е задължителна посявка с антибиограма, а при пациентите със септичен фебрилитет – хемокултура.

Активното болнично лечение на остро настъпили артериални оклузии включва извършването на спешна оперативна реваскуларизация – емболектомия или тромбектомия или възстановяване целостта на съд без артериална реконструкция.

Медикаментозното лечение включва вазоактивни препарати за активиране на колатералите, подобряване на реологията и метаболизма, и се провежда задължително пред- и следоперативно. Прилагат се също така антикоагуланти и/или антиагреганти или фибринолитик, антибиотици, антидиабетно лечение при диабетици и терапията от кардиологичната консултация. След постъпването, предоперативно се поставят антикоагуланти и обезболяващи.

След извършена съдова реконструкция и последващаретромбоза, преценена като непозволяваща нова съдова интервенция и/или при декомпенсирана исхемия на крайника пациентът подлежи на ампутация.

При пациенти с остра или хронична артериална оклузия, неподлежащи на артериална реконструкция, преценено от съдов хирург, подлежат на първична ампутация в ортопедично отделение/клиника, с оглед на адекватно протезиране.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се оформя след проведените диагностични изследвания и оперативно лечение.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- първично заздравяваща неусложнена оперативна рана;
- ранно раздвижване на пациента с оглед профилактика на следоперативни усложнения;
- резултати от контролен доплер.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА седокументира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Периферното съдово заболяване се изразява в нарушаване на нормалното преминаване на кръвния поток през артериите на крайниците, осигуряващи кислород за тъканите, в резултат на стесняване или запушване.

Основните причини са:

- остро запушване на артерия на някой крайник, вследствие придвижване на тромб от сърцето или аортата;

- усложнение на атеросклерозата;

- травма на артерия.

Във всички тези случаи съдовите стени се увреждат и се стига до стесняване и остро запушване.

Основният признак на заболяването е болката, която настъпва внезапно, след раздвижване, в покой или след травма. Болката е силна, нетърпима и непрекъсната. Крайникът побледнява, изстива, загубва силата си и способността да се движи. Това се дължи на недостига на кислород под мястото на запушването, поради влошеното кръвоснабдяване, и е сериозен признак за опасността от близки усложнения – некрози или гангрени, както и тежка инфекция. Тези усложнения често налагат ампутация на крака, превръщаща болния в инвалид.

Компетентният специалист, който трябва да реши хода на лечението, така че да се избегнат тези усложнения и ампутацията, е опитният съдов хирург. Той определя вида на лечението, необходимостта от постъпването на пациента в болница и определя времето за това; преценява спешността за извършване на операция или нуждата от снимка на артериалните съдове, както и специфичното медикаментозно лечение, в зависимост от болестните изменения.

За да бъде резултатът благоприятен, е препоръчително операцията да се извършва в първите 6 часа след настъпване на оплакванията. Операцията се нарича тромбектомия или емболектомия, и цели отпушването на засегнатата артерия и пълното възстановяване на кръвния ток.

Следоперативният период трае около 7 дни.

В зависимост от основното заболяване, довело до запушването са необходими консултации със специалисти, към които ще Ви насочи съдовият хирург (напр. кардиолог или ендокринолог). Трябва да провеждате редовно антикоагулантна или антиагрегантна терапия, ако Ви бъде предписана.

След изписването от болницата личният лекар може да проследява Вашето състояние и да изписва лекарства, съгласно указанията на съдовия хирург, като Ви консултира периодично с него.

КП № 127 КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА СЪДОВА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

1. Минимален болничен престой – 5 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Захарен диабет, неуточнен

Включва: диабет БДУ

Не включва: захарен диабет (при):
- инсулинозависим (E10.—)
- свързан с недоимъчно хранене (E12.—)
- неонатален (P70.2)
- неинсулинозависим (E11.—)
- бременност, раждане и послеродов период (O24.—)

глюкозурия:
- БДУ (R81)
- бъбречна (E74.8)

нарушен глюкозен толеранс
следхирургична хипоинсулинемия (E89.1)

E14.5 Захарен диабет, неуточнен с периферни съдови усложнения
Диабетна:
- гангрена
- периферна ангиопатия† (I79.2*)
- язва

Атеросклероза

Включва: артериолосклероза
артериосклероза
артериосклеротична съдова болест
атером
дегенерация:
- артериална
- артериоваскуларна
- съдова

деформиращ или облитериращ ендартериит
сенилен:
- артериит
- ендартериит

Не включва: мозъчна (I67.2)
коронарна (I25.1)
мезентериална (K55.1)
белодробна (I27.0)

I70.0 Атеросклероза на аортата

I70.2 Атеросклероза на артерии на крайниците
Атеросклеротична гангрена
(Медиална) склероза на Mönckeberg

I70.8 Атеросклероза на други артерии

Други болести на периферните съдове

Не включва: локални студови реакции (T69.1)
измръзване (T33—T35)
окопна длан и окопно стъпало (T69.0)
спазъм на мозъчна артерия (G45.9)

I73.1 Облитериращ тромбангиит [болест на Buerger]

Артериална емболия и тромбоза

Включва: инфаркт:
- емболичен
- тромботичен

оклузия:
- емболична
- тромботична

Не включва: емболия и тромбоза:
- базиларна (I63.0—I63.2, I65.1)
- каротидна (I63.0—I63.2, I65.2)
- мозъчна (I63.3—I63.5, I66.9)
- коронарна (I21—I25)
- мезентериална (K55.0)
- прецеребрална (I63.0—I63.2, I65.9)
- белодробна (I26.—)
- бъбречна (N28.0)
- на ретината (H34.—)
- вертебрална (I63.0—I63.2, I65.0)
- усложняваща:
  - аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.2)
  - бременност, раждане и послеродов период (O88.—)

I74.0 Емболия и тромбоза на абдоминалната аорта
Синдром на аортната бифуркация
Синдром на Leriche

I74.1 Емболия и тромбоза на други и неуточнени части на аортата

I74.2 Емболия и тромбоза на артерии на горните крайници

I74.3 Емболия и тромбоза на артерии на долните крайници

I74.5 Емболия и тромбоза на илиачна артерия

Флебит и тромбофлебит

Включва: ендофлебит
възпаление на вените
перифлебит
гноен флебит

Не включва: флебит и тромбофлебит:
- усложняващи:
  - аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.7)
  - бременност, раждане и послеродов период (O22.—, O87.—)
- интракраниален и интраспинален, септичен или БДУ (G08)
- интракраниален, непиогенен (I67.6)
- интраспинален, непиогенен (G95.1)
- портален (портална вена) (K75.1)

постфлебитен синдром (I87.0)
мигриращ тромбофлебит (I82.1)

I80.2 Флебит и тромбофлебит на други дълбоки съдове на долните крайници
Дълбока венозна тромбоза БДУ

I80.8 Флебит и тромбофлебит с друга локализация

Емболия и тромбоза на други вени

Не включва: венозна емболия и тромбоза:
- мозъчна (I63.6, I67.6)
- коронарна (I21—I25)
- интракраниална и интраспинална, септична или БДУ (G08)
- интракраниална, непиогенна (I67.6)
- интраспинална, непиогенна (G95.1)

- долни крайници (I80.—)
- мезентериална (K55.0)
- портална (I81)
- белодробна (I26.—)
- усложняваща:
  - аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.8)
  - бременност, раждане и послеродов период (O22.—, O87.—)

I82.1 Мигриращ тромбофлебит

I82.2 Емболия и тромбоза на празна вена

I82.3 Емболия и тромбоза на бъбречна вена

I82.8 Емболия и тромбоза на други уточнени вени

Други увреждания на вените

I87.0 Постфлебитен синдром

I87.1 Притискане на вена
Стриктура на вена
Синдром на празна вена (долна)(горна)
Не включва: белодробна (I28.8)

Други некротизиращи васкулопатии

M31.4 Синдром на аортната дъга [Takayasu]

Усложнения, свързани със сърдечни и съдови протезни устройства, имплантати и трансплантати

T82.8 Други усложнения, свързани със сърдечни и съдови протези, имплантати и трансплантати
Усложнение
Емболия
Фиброза
Хеморагия
Болка
Стеноза
Тромбоза
} дължащи се на сърдечни и съдови протези, имплантати и трансплантати

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга ангиография

59903-03 Аортография
Не включва: тази с дигитална субтракционна ангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Артериография

59970-03 Периферна артериография

Друга ангиография

59754-00 Лимфангиография
Включва: последваща радиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Друга ангиография

59754-00 Лимфангиография
Включва: последваща радиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Друга ангиография

59754-00 Лимфангиография
Включва: последваща радиография

59718-00 Флебография
Венография
Не включва: такава с нуклеарна медицинска техника (61465-00 [2005])

Артериография

59970-04 Друга артериография
Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])
такава на:
• аорта (59903-03 [1990])
• мозъчен съд (59970-02 [1990])
• коронарна артерия (38218 [668])
• периферна артерия (59970-03 [1989])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена кава инферио и илиачни вени
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове
Включва: дуплекс ултразвук на:
• аорта
• илиачни съдове
• вена кава инферио
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1948 Дуплекс ултразвук на други съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места
Дуплекс ултразвук на съдове БДУ
Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

55294-00 Дуплекс ултразвук при мапиране на артерии за байпас кондуит

55294-01 Дуплекс ултразвук при мапиране на вени за байпас кондуит

55294-02 Дуплекс ултразвук при мапиране на артерии и вени за байпас кондуит

1940 Ултразвук на глава или шия

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

1944 Дуплекс ултразвук на черепни, каротидни или гръбначни съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава при мапиране на кондюит (55294 [1948])

55274-00 Дуплекс ултразвук на екстракраниални, каротидни и вертебрални съдове

Включва: дуплекс ултразвук при:
• безименни съдове
• субклавни съдове
окулоплетизмография
периорбитално Доплерово изследване

1946 Дуплекс ултразвук на крайник

Включва: такава включващи B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кръвоносни съдове при байпас (55294 [1948])

55248-01 Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в горен крайник, двустранно

55252-00 Дуплекс ултразвук на вени в горен крайник, едностранно

Не включва: дуплекс ултразвук на венозен байпас графт в горен крайник (55248-00 [1946])

55252-01 Дуплекс ултразвук на вени в горен крайник, двустранно

Не включва: дуплекс ултразвук на венозен байпас графт в горен крайник (55248-01 [1946])

55238-00 Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в долен крайник, едностранно

55238-01 Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в долен крайник, двустранно

55244-00 Дуплекс ултразвук на вени в долен крайник, едностранно

Не включва: дуплекс ултразвук на венозен байпас графт в долен крайник (55238-00 [1946])

55244-01 Дуплекс ултразвук на вени в долен крайник, двустранно

Не включва: дуплекс ултразвук на венозен байпас графт в долен крайник (55238-01 [1946])

55292-00 Дуплекс ултразвук на хирургически създадена артериовенозна фистула или графт за достъп на горен крайник

55292-01 Дуплекс ултразвук на хирургически създадена артериовенозна фистула или графт за достъп на долен крайник

1947 Дуплекс ултразвук на артерия или кавернозна тъкан на пениса

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294-00 [1948])

55282-00 Дуплекс ултразвук на артерия на пенис

Включва: кавернозна артерия
дорзална артерия

Включва:
биохимични;

хематологични;
хемокоагулационни изследвания

1923	Хематологични изследвания
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924	Биохимична изследвания
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за билирубин – общ
91910-16	Клинично-химични изследвания за билирубин – директен
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Креатинкиназа (КК)
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath

• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Приложение на фармакотерапия

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени две основни диагностични процедури и една основна терапевтична процедура**, посочени в таблица Кодове на основни процедури**. Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания и 1924 – Биохимични изследвания, се извършват и кодират необходимите кодове от блока за завършване и отчитане на тази КП. Минималният брой отчетени кодове от блокове 1923 и 1924 за завършване на клиничната пътека е 5 броя.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При **артериална съдова недостатъчност и хронична венозна недостатъчност** клиничната пътека се счита за завършена само, ако е изпълнена от лекар със специалност съдова хирургия.

В случаите когато ЛЗБП не разполага със съдова клиника/отделение или съдов хирург, **при пациенти с код на заболяване I80.2 и I82.1,** клиничната пътека се счита за завършена само при извършена и документирана писмена консултация със съдов хирург до края на болничния престой и след назначена от него терапия.

ЛЗБП, което не разполага с ангиографска зала, може да отчита само случаи на остра венозна недостатъчност.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия" и от обхвата на медицинската специалност „Ангиология“

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по съдова хирургия или Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по ангиология
2. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
3. Еходоплер - 1 бр.
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/съдова хирургия.

В случаите, когато ЛЗБМП не разполага със съдова клиника/отделение или съдов хирург, **при пациенти с код на диагноза I80.2 и I82.1**, клиничната пътека се счита за завършена само при извършена и документирана писмена консултация със съдов хирург до края на болничния престой и след назначена от него терапия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- най-малко трима лекари, от които минимум двама с призната медицинска специалност по съдова хирургия или един с придобита специалност и един специализиращ; минимум двама с придобита квалификация за извършване на доплерова сонография

или

лекари със специалност по хирургия - само за лечение на остра венозна недостатъчност (с код на заболяване I80.2) и мигриращ тромбофлебит (с код на заболяване I82.1)

или

лекар със специалност по ангиология.

За лекари със специалност „Съдова хирургия” не се изисква сертификат за доплерсонография.

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по съдова хирургия

или

лекар със специалност по ангиология;

- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

1. Консервативно лечение на пациенти с артериална съдова недостатъчност на крайниците, подлежащи на основно неоперативно лечение при:

- **ХАН на горни крайници - II - IV ст. (редукция на систоличното налягане и индекс на исхемична умора < 0,5, до некрози и разязвявания).**
- **ХАНК - IV ст. с некрози и разязвявания, ASBI < 0,5, хоспитализацията се извършва от 24 часа до 10 дни след консултация със съдов хирург според състоянието на пациента и необходимостта от болкоуспокояващи.**
- **ХАНК - III ст. при болни с постоянна болка, ASBI < 0,5, хоспитализацията се извършва от 24 часа до 10 дни след консултацията на съдов хирург според състоянието на пациента и необходимостта от постоянни болкоуспокояващи.**
- **ХАНК - IIБ ст., клаудикацио под 100 м, ASBI < 0,5, хоспитализацията се извърша до 30 дни след консултацията на съдов хирург.**

2. Консервативно лечение на пациенти с венозна недостатъчност на крайниците:

- **остра венозна недостатъчност - ДВТ;**
- **усложнена ДВТ (проксимална, с висок ембологенен риск, флегмазия церулея, алба доленс); при пациенти с необходимост за фибринолиза или извършване на диагностична флебография, КТ или МРТ, бременни или пациенти с висок хеморагичен риск;**
- **хронична венозна недостатъчност с клинични симптоми в IV, V и VI клиничен стадий: с постоянен оток на крайника, прекарана или активна в момента венозна улцерация.**

3. Консервативно лечение на пациенти със:

- **Хронична венозна недостатъчност с незадоволителен ефект от провежданото лечение в амбулаторни условия.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Медикаментозно лечение с вазоактивни препарати, антикоагуланти, антиагреганти, антибиотици, реологични средства - съгласно утвърдената медицинска практика.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се оформя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Извършва се след овладяване на симптоматиката, оптимизиране на терапията и уточняване на последващото лечение - хирургично или неоперативно.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Периферното съдово заболяване се изразява в нарушаване на нормалното преминаване на кръвния поток през артериалните съдове - артериите на долни и горни крайници (осигуряващи кислород на тъканите), в резултат на тяхното стесняване, запушване или ненормално разширение (аневризма).

Основните причини са атеросклерозата, захарната болест (диабет), болестта на Бюргер или предхождащи травми, при които се увреждат съдовите стени и се стига до стесняване, запушване или разширение на главните артериални съдове.

Основният признак на заболяването е болката при движение, или при напреднал стадий на болестта – болката в покой. Тя се дължи на недостиг на кислород в тъканите поради влошеното кръвоснабдяване и е сериозен признак за опасност от близки усложнения – незаздравяващи рани, повърхностни некрози или дълбоки гангрени, както и тежка инфекция.

Прогресирането на болката, гангрените и/или раните, неизбежно водят до възпаление в дълбоките тъкани на засегнатия крайник, с развитие на неовладяема инфекция. Тези усложнения често налагат ампутация на крайника и превръщат болния в инвалид.

Компетентният специалист, който трябва да реши хода на лечението, така че да се избегнат тези усложнения и ампутацията, е опитният съдов хирург. Той определя вида на лечението, необходимостта от постъпването в болница и определя времето за това. Преценява нуждата от снимка на артериалните съдове и от съдова операция или специфично медикаментозно лечение, в зависимост от болестните изменения.

Заболяването дълбока венозна тромбоза представлява запушване на дълбоките вени на крайниците, на таза, на празните вени (голяма гръдна и коремна вена) и/или на техните клонове. Заболяването се развива в три стадия: остър – първите 5-7 дни, подостър – до 30-ден, и хроничен – 6-12 месец.

Рисковите фактори за ДВТ са: травми (счупвания на кости и гипсова имобилизация), оперативни интервенции, продължително обездвижване, бременност, повишена съсирваемост на кръвта при някои заболявания, неоплазми и др.

Едно от най-тежките ранни усложнения е белодробната тромбоемболия – откъсване на парче от тромба, образувано във вената и попадането в белодробен съд. За предпазване от това животозастрашаващо усложнение е необходимо строго спазване на легловия режим в острия стадий, а при показания за заплашваща емболия – извършване на изследване с контраст (флебография), с цел разтопяване на тромба на мястото му посредством лекарство, или евентуално поставяне на филтър на пътя на тромба.

Късни усложнения при недостатъчно или закъсняло проведено лечение на хроничната венозна недостатъчност – посттромбозният синдром (до 90%), което може да се получи и при правилно проведено лечение, но в много по-малък процент (до 25-30%), поради увреждане на клапния апарат от фиброзиралия тромб.

КП № 128 КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ С ПРОСТАГЛАНДИНОВИ /ПРОСТАЦИКЛИНОВИ ДЕРИВАТИ ПРИ СЪДОВА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

1. Минимален болничен престой – 5дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Захарен диабет, неуточнен

Включва: диабет БДУ

Не включва: захарен диабет (при):
- инсулинозависим (E10.—)
- свързан с недоимъчнохранене (E12.—)
- неонатален (P70.2)
- неинсулинозависим (E11.—)
- бременност, раждане и послеродов период (O24.—)

глюкозурия:
- БДУ (R81)
- бъбречна (E74.8)

нарушен глюкозентолеранс
следхирургичнахипоинсулинемия (E89.1)

E14.5 Захарен диабет, неуточнен с периферни съдови усложнения

Диабетна:
- гангрена
- перифернаангиопатия† (I79.2*)
- язва

Атеросклероза

Включва: артериолосклероза
артериосклероза
артериосклеротичнасъдоваболест
атером
дегенерация:
- артериална
- артериоваскуларна
- съдова

деформиращ или облитериращендартериит
сенилен:
- артериит
- ендартериит

Не включва: мозъчна (I67.2)
коронарна (I25.1)
мезентериална (K55.1)
белодробна (I27.0)

I70.0 Атеросклероза на аортата

I70.2 Атеросклероза на артерии на крайниците

Атеросклеротична гангрена
(Медиална) склероза на Mönckeberg

I70.8 Атеросклероза на други артерии

Други болести на периферните съдове

Не включва: локалнистудови реакции (T69.1)
измръзване (T33—T35)
окопнадлан иокопностъпало (T69.0)
спазъм на мозъчна артерия (G45.9)

I73.1 Облитериращ тромбангиит [болест на Buerger]

Артериална емболия и тромбоза

Включва: инфаркт:
- емболичен
- тромботичен

оклузия:
- емболична
- тромботична

Не включва: емболия и тромбоза:
- базиларна (I63.0—I63.2, I65.1)
- каротидна (I63.0—I63.2, I65.2)
- мозъчна (I63.3—I63.5, I66.9)
- коронарна (I21—I25)
- мезентериална (K55.0)
- прецеребрална (I63.0—I63.2, I65.9)
- белодробна (I26.—)
- бъбречна (N28.0)
- на ретината (H34.—)
- вертебрална (I63.0—I63.2, I65.0)
- усложняваща:
  - аборт, извънматочна или гроздовиднабременност (O00—O07, O08.2)
  - бременност, раждане и послеродов период (O88.—)

I74.0 Емболия и тромбоза на абдоминалната аорта
Синдром на аортната бифуркация
Синдром на Leriche

I74.1 Емболия и тромбоза на други и неуточнени части на аортата

I74.2 Емболия и тромбоза на артерии на горните крайници

I74.3 Емболия и тромбоза на артерии на долните крайници

I74.5 Емболия и тромбоза на илиачна артерия

Други некротизиращи васкулопатии

M31.4 Синдром на аортната дъга [Takayasu]

Усложнения, свързани със сърдечни и съдови протезни устройства, имплантати и трансплантати

T82.8 Други усложнения, свързани със сърдечни и съдови протези, имплантати и трансплантати

Усложнение
Емболия
Фиброза
Хеморагия
Болка
Стеноза
Тромбоза
} дължащи се на сърдечни и съдови протези, имплантати и трансплантати

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга ангиография

59903-03 Аортография

Не включва: тази с дигитална субтракционнаангиография (виж блокове [1992], [1994] и [1997])

Артериография

59970-03 Периферна артериография

Артериография

59970-04 Друга артериография

Не включва: такава с магнитен резонанс (90902 [1991])
такава на:
- аорта (59903-03 [1990])
- мозъчен съд (59970-02 [1990])
- коронарна артерия (38218 [668])
- периферна артерия (59970-03 [1989])

Дуплексултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55276-00 Дуплекс ултразвук на интра-абдоминални, аорта и илиачни артерии и/или вена каваинфериор и илиачни вени

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55278-00 Дуплекс ултразвук на ренални и/или висцерални съдове

Включва: дуплекс ултразвук на:
- аорта
- илиачни съдове
- вена каваинфериор

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Ултразвук на глава или шия

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Дуплексултразвук на черепни, каротидни или гръбначни съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава при мапиране на кондюит (55294 [1948])

55274-00 Дуплекс ултразвук на екстракраниални, каротидни и вертебрални съдове

Включва: дуплекс ултразвук при:
- безименни съдове
- субклавни съдове

окулоплетизмография
периорбиталноДоплерово изследване

55280-00 Дуплекс ултразвук на интракраниални съдове

Дуплексултразвук на крайник

Включва: такава включващи B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кръвоносни съдове при байпас (55294 [1948])

55248-01 Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в горен крайник, двустранно

55252-00 Дуплекс ултразвук на вени в горен крайник, едностранно

Не включва: дуплекс ултразвук на венозен байпас графт в горен крайник (55248-00 [1946])

55252-01 Дуплекс ултразвук на вени в горен крайник, двустранно

Не включва: дуплекс ултразвук на венозен байпас графт в горен крайник (55248-01 [1946])

55238-00 Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в долен крайник, едностранно

55238-01 Дуплекс ултразвук на артерии или байпас графтове в долен крайник, двустранно

55244-00 Дуплекс ултразвук на вени в долен крайник, едностранно

Не включва: дуплекс ултразвук на венозен байпас графт в долен крайник (55238-00 [1946])

55244-01 Дуплекс ултразвук на вени в долен крайник, двустранно

Не включва: дуплекс ултразвук на венозен байпас графт в долен крайник (55238-01 [1946])

55292-00 Дуплекс ултразвук на хирургически създадена артериовенозна фистула или графт за достъп на горен крайник

55292-01 Дуплекс ултразвук на хирургически създадена артериовенозна фистула или графт за достъп на долен крайник

Дуплексултразвук на артерия или кавернозна тъкан на пениса

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294-00 [1948])

55282-00 Дуплекс ултразвук на артерия на пенис

Включва: кавернозна артерия
дорзална артерия

Дуплексултразвук на други съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места
Дуплекс ултразвук на съдове БДУ

Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

55294-00 Дуплекс ултразвук при мапиране на артерии за байпас кондуит

55294-01 Дуплекс ултразвук при мапиране на вени за байпас кондуит

55294-02 Дуплекс ултразвук при мапиране на артерии и вени за байпас кондуит

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

∇ 0042

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

-00 Антинеопластичен агент

∇ 0044

Агенти, използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

-01 Тромболитичен агент

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на тромболитичен агент (виж блок [741])

-02 Противоинфекциозен агент

∇ 1615

Антибактериален
Антибиотик
Противогъбен
Антипротозоен
Противовирусен

Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

-03 Стероид

Кортикостероиди

Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

-04 Антидот

∇ 1923

Ацетилцистеин
Фрагменти на антитела
Противоотрова
Дигоксин
Антагонисти на тежки метали

-06 Инсулин

-07 Хранително вещество

∇ 1615

-08 Електролит

∇ 1615

-09 Друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт

	• Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент *Виж допълнителни знаци* *Кодирай също когато е направена:* • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

НЗОК не заплаща в рамките на тази клинична пътека прилаганите простагландини/простациклини.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ,ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Клиника/отделение по съдова хирургия
2. Клиника/отделение по вътрешниболести или кардиология или Клиника/отделение по детска кардиология/детски болести
3. Клинична лабораторияс II или III ниво на компетентност
4. Образна диагностика - рентгенов апарат заскопия и графия
5. Ангиограф - 1 бр.
6. Еходоплер - 1 бр.

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по съдова хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. КАТ и/или МРТ на територията на населеното място (като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност).
2. Вирусологична лаборатория
3. Патоморфологична лаборатория– на територията на населеното място.
4. Микробиологична лаборатория

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама с придобита медицинска специалност по съдова хирургия;
- лекари със специалност по вътрешни болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;

5I. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Консервативно лечение с простагландинови /простациклинови деривати на пациенти със съдова недостатъчност при:

- ХАНК III степен - болни с постоянна болка, ABI < 0,5;
- ХАНК IV степен с некрози и разязвявания, ABI < 0,5;
- ХАНК на горни крайници III – IV степен (редукция на систоличното налягане и индекс на исхемична умора < 0,5 до некрози и разязвявания);
- ХАНК на горни крайници – II – IV степен (редукция на систоличното налягане и индекс на исхемична умора < 0,5 до некрози и разязвявания).

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Медикаментозно лечение с простагландинови или простациклинови деривати - съгласно утвърдените медицински стандарти(пълен курс на лечение е 28 дни).Минимален срок за отговор на лечението е 5 дни.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се оформя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването, извършените специализирани изследвания и проведеното лечение.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Извършва се след овладяване на симптоматиката, оптимизиране на терапията и уточняване на последващото лечение - хирургично или неоперативно.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1.ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Периферно-съдовото заболяване се изразява в нарушение на нормалното преминаване на кръвния поток през артериалните съдове - артериите на долни и горни крайници (осигуряващи кислород на тъканите), в резултат на тяхното стесняване, запушване или ненормално разширение (аневризма).

Основни причини са атеросклерозата, захарната болест, болестта на Бюргер или предхождащи травми, при които се увреждат съдовите стени и се стигна до стесняване, запушване или разширение на главните артериални съдове.

Основният признак на заболяването е болката при движение, или при напреднал стадий на болестта - болката в покой. Тя се дължи на недостиг на кислород в тъканите, поради влошеното кръвоснабдяване и е сериозен признак за опасност от близки усложнения - незаздравяващи рани, повърхностни некрози или дълбоки гангрени, както и тежка инфекция.

Прогресирането на болката, гангрените и раните неизбежно водят до възпаление в дълбоките тъкани на засегнатия крайник, с развитие на неовладяема инфекция. Тези усложнения често налагат ампутация на крайника и превръщат болния в инвалид.

Компетентния специалист, който трябва да реши хода на лечението така, че да се избегнат тези усложнения и ампутацията, е опитния съдов хирург. Той определя вида на лечението, необходимостта от постъпване в болница и определя времето за това. Преценява нуждата от снимка на артериалните съдове и от съдова операция или специфично медикаментозно лечение, в зависимост от болестните изменения.

Оперативното лечение на съдовите заболявания не винаги е възможно, а в редица случаи се приема като крайна мярка. Неговата алтернатива е консервативното лечение, което се провежда с комбинация от няколко медикамента. Установено е добро повлияване на симптомите от прилагането на простагландинови/простациклинови препарати. Те са вещества, които нормално се отделят в организма и имат свойството да защитават повърхността на кръвоносните съдове от неблагоприятните фактори, разрушаващи артериите.

Простагландините/простациклините се прилагат интравенозно, при необходимост интраартериално, най-добре чрез специален уред, наречен перфузор, позволяващ на медикамента да се въвежда постоянно. Обичайната доза в зависимост от вида медикамент е от 1 до 3 ампули на ден, приложими съответно за 2 до 6 часа, като целият курс на лечение е 4 седмици. Подобрение на симптомите се очаква в първите 10 дни на лечението; ако не се установи такова, то се преустановява.

Важно е да се знаят нежеланите действия на тези препарати, като: зачервяване на лицето, главоболие, гадене, поява на мускулни болки, промени в кръвното налягане, нарушение на сърдечния ритъм или алергични реакции. Обикновено при слаба до умерена проява на подобни оплаквания, дозата на препарата се намалява. При тежки нежелани реакции, лечението следва да се прекрати. Простагландиновите/простациклинови препарати не се прилагат в случаите на бременност, кърмене, свръхчувствителност към медикамента, мозъчни кръвоизливи и тежки сърдечни заболявания

КП № 129 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВАРИКОЗНА БОЛЕСТ И УСЛОЖНЕНИЯТА Ѝ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Болести на вените, лимфните съдове и лимфните възли, некласифицирани другаде (I80–I89)

Флебит и тромбофлебит

Включва: ендофлебит
възпаление на вените
перифлебит
гноенфлебит

Невключва: флебит и тромбофлебит:
- усложняващи:
  - аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.7)
  - бременност, раждане и послеродов период (O22.—, O87.—)
- интракраниален и интраспинален, септиченили БДУ (G08)
- интракраниален, непиогенен (I67.6)
- интраспинален, непиогенен (G95.1)
- портален (порталнавена) (K75.1)

постфлебитен синдром (I87.0)
мигриращ тромбофлебит (I82.1)

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, ако е предизвикало увреждане, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

I80.0 **Флебит и тромбофлебит на повърхностни съдове на долните крайници**

I80.1 **Флебит и тромбофлебит на феморална вена**

I80.2 **Флебит и тромбофлебит на други дълбоки съдове на долните крайници**
Дълбока венозна тромбоза БДУ

I80.3 **Флебит и тромбофлебит на долните крайници, неуточнен**
Емболия или тромбоза на долните крайници БДУ

I80.8 **Флебит и тромбофлебит с друга локализация**

I80.9 **Флебит и тромбофлебит с неуточнена локализация**

I 81 Тромбоза на порталната вена
Портална (венозна) обструкция
Невключва: флебитна порталната вена (K75.1)

Варикозни вени на долните крайници

Невключва: усложняващи:
- бременността (O22.0)
- послеродовия период (O87.8)

I83.0 **Варикозни вени на долните крайници с язва**
Всяко състояние, включено в рубриката I83.9, с язва или уточнено като язвено
Варикозна язва (долен крайник, всякачаст)

I83.1 **Варикозни вени на долните крайници с възпаление**
Всяко състояние, включено в рубриката I83.9, с възпаление или уточнено като възпалително
Застоен дерматит БДУ

I83.2 **Варикозни вени на долните крайници с язва и възпаление**

Всяко състояние, включено в рубриката I83.9, с язва и възпаление

I83.9 **Варикозни вени на долните крайници без язва или възпаление**
Флебектазия
Варикозни вени на долен крайник [всяка част]
Варикозен възел или с неуточнена локализация

Други увреждания на вените

I87.0 **Постфлебитен синдром**

I87.1 **Притискане на вена**
Стриктура на вена
Синдром на празна вена (долна)(горна)
Не включва: белодробна (I28.8)

I87.2 **Венозна инсуфициенция (хронична)(периферна)**

I87.8 **Други уточнени увреждания на вените**

I87.9 **Венозно увреждане, неуточнено**

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Прекъсване варикозни вени на сафено-феморално или сафено-поплитеално разклонение

Включва: разделяне, ексцизия, инжекция, лигиране, стрипинг } перфориращи вени (недостатъчност), трибутарни, вени
Не включва: привързване (банд) или прерязване на вена сафена (34824-00 [721])
реоперация на варикозни вени (32514-00 [737])

32508-00 Прекъсване на сафено-феморално разклонение при варикозни вени
Прекъсване, Лигиране и стрипинг } на варикозни вени БДУ

32508-01 Прекъсване на сафено-поплитеалнио разклонение при варикозни вени

32511-00 Прекъсване на сафено-феморално и сафено-поплитеално разклонение при варикозни вени

Прекъсване варикозни вени на сафено-феморално или сафено-поплитеално разклонение

Включва: разделяне, ексцизия, инжекция, лигиране, стрипинг } перфориращи вени (недостатъчност), трибутарни, вени
Не включва: привързване (банд) или прерязване на вена сафена (34824-00 [721])
реоперация на варикозни вени (32514-00 [737])

32508-00 Прекъсване на сафено-феморално разклонение при варикозни вени
Прекъсване, Лигиране и стрипинг } на варикозни вени БДУ

Други деструктивни процедури на вени

Включва: разделяне, лигиране
Не включва: такава от сафено-феморално или сафено-поплитеално разклонение (виж блок

[727])

32504-01 Прекъсване на множество трибутарии на варикозни вени

Включва: прекъсване на непроходими префоративниварикозни вени

32507-00 Субфасциално прекъсване на 1 или повече перфориращи варикозни вени

Субфасциално прекъсване на непроходими префоративни вени

Включва: клипсиране

Реоперативни процедури на вена

32514-00 Реоперация на разширена вена

Прекъсване на рецидивираща варикозна вена:

• сафено-феморална

• сафено-поплитеална

Ексцизия на съдова аномалия

Включва: ангиом
хемангиом
лимфангиом

Не включва: ексцизия на артериовенознамалформация (45039-00, 45042-00, 45045-00 [1693])

45033-06 Ексцизия на съдова аномалия на друго място

Включва: обхващащи:
• кости
• мускули
• нерви

728 Други деструктивни процедури на вени

Включва: разделяне
лигиране

Не включва: такава от сафено-феморално или сафено-поплитеално разклонение (виж блок [727])

32509-00 Лазертерапия при варикозни вени

32509-01 Радиофреквентна аблация на варикозни вени

32509-02 Криотерапия при варикозни вени

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Съдова хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Съдова хирургия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ,ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Клиника/отделение по съдова хирургия или Клиника/отделение по хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
5. Еходоплер - 1 бр.
6. Образна диагностика - рентгенов апаратза скопия и графия

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по съдова хирургия/ хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Ангиограф или КАТ или МРТ, разположени на територията на населеното място (като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност).
2. Структура по патоанатомия
3. Микробиологична лаборатория

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Катетри/влакна за лазерна и радиофреквентнааблация	НЗОК не заплаща посочените изделия

Пациентите трябва да бъдат информирани, че по тази КП се осигуряват дейности които служат за решаване на определен здравен проблем. Ползването на катетри/влакна за лазерна и радиофреквентна аблация е алтернатива на осигуреното по тази пътека базисно лечение.

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- минимум двама с призната медицинска специалност по съдова хирургия или един с придобита специалност и един специализиращ;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по кардиология или вътрешни болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по съдова хирургия, работещ в ЛЗБП на основен трудов договор;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по детски болести/ детска кардиология.

При анамнеза от странана пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

А. Оперативно лечение на пациенти с:

- **асцендиращ повърхностен тромбофлебит на вена сафена магна или вена сафена парва;**
- **тромбофлебит на перфорантни вени;**
- **повърхностен тромбофлебит с друга локализация.**

Б. Оперативно лечение на пациенти с хронична венозна недостатъчност II – VI степен по класификацията CEAP.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

За пълно диагностично уточняване са необходими:

- клиничен преглед с проби за венозен рефлукс и проходимост на дълбоките вени;
- оценка на венозния рефлукс на повърхностни вени с Доплер и проходимост но дълбоката венозна система;

- прецизиране на индикациите за операция при вродените малформации на венозната система;

- при наличие на рана е задължителна посявка с антибиограма, а при данни за сепсис - хемокултура.

Активното болнично лечение на варикозната болест включва извършването на: **лигатури и стрипинг на варикозни вени; премахване на разширени вени – варикозни пакети; надфасциална лигатура на перфорантни вени; субфасциална лигатура на перфорантни вени по Линтън или Фелдер – с фасциопластика.**

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Оформя се след проведените диагностични изследвания и оперативно лечение.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- зараснала оперативна рана или зарастваща;
- липса на фебрилитет;
- раздвижване и насочена рехабилитационна програма.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА седокументира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативнаанестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативнаепикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Какво е Варикозна болест и Хронична Венозна Недостатъчност?

"Варикозната болест", наричана "хронична венозна недостатъчност" (ХВН), е хронично прогресиращо заболяване на вените, изразяващо се в тяхното разширяване и удължаване (змиевидно нагъване). То е съпроводено от застояване на кръвта в разширените вени и повишено венозно налягане в тъканите. Това заболяване причинява различни усложнения, като тромбофлебит (възпаление на кожата около вената), дълбока венозна тромбоза (образуване на тромби в дълбоките вени), заплашваща с белодробна емболия (може да причини смърт), кръвотечение от разширените вени и др. С напредване на страданието се появява хронично възпаление на кожата около разширените вени, образуват се екземи и/или венозни язви около глезените, които се лекуват много трудно. В по-леките си форми варикозната болест (ХВН) причинява редица оплаквания, като чувство на "оловна" тежест и тъпа болка в долните крайници, сърбеж, болки с характер на "парене" или "убождане", мускулни спазми (крампи), оток около глезена, "неспокойни крака" и др. Характерно е засилването на оплакванията след дълго стоене прав или седнал.

Защо трябва да се извърша оперативно лечение?

Оперативната намеса се състои в премахване на разширените вени, за да се предотвратят усложненията. Разширените вени дренират голяма част от кръвта на долния крайник и след премахването им функцията се поема от останалата венозна система, която има значителни резерви. Оперативното отстраняване на варикозните вени, съпроводено при необходимост с прекъсване на венозният кръвоток по техните връзки с дълбоката венозна система (т.нар. "перфорантни вени), води до премахване повишеното венозно налягане и нормализиране на венозното кръвообращение в тъканите.

Може ли да се избегне операцията?

Показанията за операция се поставят от специалист - съдов хирург, въз основа на клиничния преглед и функционалните проби, доказващи невъзвратимо увредени вени, които не функционират нормално. При нужда се използва доплеров апарат. Ефектът от операцията (при точни показания и прецизно извършване) не може да бъде заменен със скъпоструващото медикаментозно лечение.

Здрав/а ли съм след операцията?

След операцията се правят превръзки, последната от които със сваляне на конци, при подкожни кръвоизливи се използват мазила и един месец се носи еластична превръзка. Контролен преглед от съдов хирург и ОПЛ осигуряват наблюдението в този период. При леките форми на заболяването операцията води до практическо оздравяване, а в по-тежките случаи - до значително подобрение с намаляване на оплакванията, заздравяване на раните и/или предпазване от образуване на нови рани и от други усложнения на варикозната болест (ХВН). В такива случаи е необходимо последващо амбулаторно лечение с еластични чорапи, венотонизиращи таблетки и мазила, както и спазване на определен режим, включително трудоустрояване, съгласно консултация от съдов хирург.

Има ли опасност от усложнения и поява на нови разширени вени?

При планиране и извършване на оперативната намеса от опитен специалист - съдов хирург и спазване на указанията му, в следоперативния период поява на нови разширени вени има в 5% от случаите.

Препоръчва се операцията да се извърши след последната планирана бременност, за да не се повиши риска от рецидив.

КП № 130 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ПРИДАТЪЦИТЕ НА ОКОТО С ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1.Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1677	**Възстановяване на блафароптоза**
	Не включва: реоперация за корекция на предишно възстановяване на блефароптоза (виж блок [1688]) ревизия на шевове на мускул леватор след предишна корекция на блефароптоза ([1687])
45623-00	Корекция птоза на клепач чрез техника с шев на мускул фронталис
45623-02	Корекция птоза на клепач чрез резекция или подобряване на мускул леватор
45623-03	Корекция птоза на клепач чрез друга техника на мускул леватор
45623-04	Корекция птоза на клепач чрез тарзална техника
1688	**Реоперация за корекция на предишно възстановяване птоза на клепач**
	Реоперация за блефароптоза *Не включва*: ревизия на шевове на мускул леватор след предишна корекция на блефароптоза (45625-00 [1687])
45624-05	Реоперативна корекция на предишна възстановителна процедура при птоза на клепач, чрез други техники Реоперативна корекция на предишна възстановителна процедура при блефароптоза БДУ
239	**Процедури за ектропион или ентропион**
42866-00	Възстановяване на ектропион или ентропион чрез опъване или скъсяване на долни ретрактори Репозиция на задна ламела на клепача чрез опъване или скъсяване на долни ретрактори
42866-01	Възстановяване на ектропион или ентропион чрез друго възстановяване на долните ретрактори Репозиция на задна ламела на клепача чрез друго възстановяване на долни ретрактори
45626-01	Корекция на ектропион или ентропион с клиновидна резекция Тарзоконюнктивално диамантно възстановяване на ектропион
1669	**Смесен графт**
	Хондрокутанен Хондромукозен } графт
45656-02	Смесен графт на клепач Септохондромукозен графт на клепач *Не включва*: графт при симблефарон (45629-00 [1676])
237	**Реконструктивни процедури на клепач**
90095-00	Реконструкция на клепач с графт от космени фоликули пренасяне на тарзоконюнктивален ръб от противоположното око
1684	**Реконструкция на клепач и ухо**

45671-01 Реконструкция на клепач с ламбо, единствен или първи етап
Abbe ламбо на клепач, първи етап
Frické (чело) ламбо
Tripier (горен клепач) ламбо
Кодирай също когато е направена:
• септохондромукозен графт на клепач (45656-02 [1669])

45614-00 Реконструкция на клепач
Реконструкция на клепач, БДУ
Не включва: такава с:
• ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
• графт:
• космени фоликули (90095-00 [237])
• мукозен (45656-02 [1669])
• кожен (45400-01, 45403-01 [1641], 45400-00 [1642], 45485-00 [1643], 45448-00 [1645], 45451-10 [1648], 45451-00 [1649])

246 Ексцизионни процедури на слъзна система

42593-00 Ексцизия на слъзна жлеза
Ексцизия лезия на слъзна жлеза
Дакриоаденектомия
Включва: инцизия на клепачен лоб

250 Други процедури на слъзната система

90088-00 Други процедури на слъзната система

246 Ексцизионни процедури на слъзна система

42596-01 Ексцизия на слъзен сак
Биопсия на слъзен сак
Ексцизия на лезия на слъзен сак

247 Възстановителни процедури на слъзна система

90092-00 Възстановяване на слъзен отвор, некласифицирано другаде

42605-00 Възстановяване на слъзни каналчета

42623-00 Дакриоцисториностомия [DCR]
Фистулизация на слъзен сак към носна кухина
Кодирай също когато е направена:
• създаване проходимост на слъзен канал (42599, 42602 [249])
• поставяне на назолакримална тръба/стент (42608 [242])
Не включва: реоперация, вторична или последваща процедура (42626-00 [248])
такава с оформяне на конюнктивално платно (42629-00 [247])

42629-00 Конюнктиводакриоцисториностомия [КДЦРС]
Дакриоцисториностомия с оформяне на конюнктивално платно
Кодирай също когато е направена:
• създаване на слъзна проходимост (42599-00, 42599-01, 42602-00, 42602-01 [249])
• поставяне на назолакримална тръба/стент (42608-00, 42608-01 [242])

255 Възстановителни процедури на конюнктива

90093-00 Конюнктивопластика

256 Други процедури на конюнктива

90089-00 Други процедури на конюнктива

216 Корекция на страбизъм

Корекция на страбизъм:
- изтегляне
- удължаване
- вдлъбване
- резекция
- скъсяване

42833-00 Процедура при страбизъм включваща 1 или 2 мускула, 1 око

42839-00 Процедура при страбизъм включваща □ 3 мускула, 1 око

42839-01 Процедура при страбизъм включваща □ 3 мускула, 2 очи

217 Друго възстановяване на екстраокуларен мускул

42854-00 Възстановяване на руптурирал екстраокуларен мускул
Освобождаване на прободен } екстраокуларен мускул
Лизиране на адхезии }
Възстановяване разкъсване на:
- екстра-окуларен мускул или сухожилие
- капсула на Tenon

220 Други процедури на екстраокуларен мускул

90081-00 Други процедури на екстраокуларен мускул или сухожилие

222 Орбитотомия

42534-00 Орбитотомия с инсерция на орбитален имплантант

42533-00 Експлоративна орбитотомия
Орбитотомия БДУ
Включва: дренаж
Не включва: такава с:
- биопсия (42533-01 [224])
- ексцизия на лезия (42542-00 [224])
- отстраняване на чуждо тяло (42542-01 [224])

164 Вторични процедури след отстраняване на очната ябълка

Включва: процедури на анофталмична орбита или сак
Не включва: такава с:
- енуклеация на очна ябълка (42506-01, 42509-00, 42510-00 [161])
- евисцерация на очна ябълка (42515-00 [161])

42528-00 Вторична трансплантация в екзентерационна кухина
42518-01 Поставяне на изкуствен имплант към анофталмична орбита
Не включва: интегриран имплант (42521-01 [164])

остеоинтегриран имплант (45794-02 [1698], 45797-02 [1697])

42527-00 Ревизия на анофталмична орбита
Подготовка на контрахирана орбита
Реконструкция контрахирана орбита
Включва: вграждане на:
• калъп
• стент
мукозен мембранен графт
Кодирай също когато е направено:
• вграждане в анофталмична орбита:
• изкуствен имплант (42518-01, 42521-01 [164])
• съгласувател преди временна\постоянна\протеза (42521-00 [164])

221 Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху орбита

90606-02 Премахване на орбитален имплант
Включва: алопластичен } имплант (патч)
Силиконов }
синтетичен (изкуствен) }
Не включва: този от анофталмична орбита (42518-04 [164])

228 Други възстановителни процедури на орбита

42530-02 Възстановяване рана на орбитата

224 Орбитотомия с биопсия или ексцизия

Не включва: отстраняване и замяна на кост (виж блок [227])

42542-00 Експлоративна орбитотомия, преден аспект, с ексцизия на лезия

1835 Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11207-01 Светлинна биомикроскопия

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури **от различни блокове**, посочени в **Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

<u>При диагнози:</u> С43.1;С 44.1; С49.0, една от диагностичните процедури, за завършване на клиничната пътека задължително е КТ/МРТ с кодове по КСМП – 56013-00/56013-01/56013-02/56013-03/90901-01.

Основна процедура **92191-00 или 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Стикер за вложените импланти само при алогенна трансплантация - алографт при отчитане на кодове 45671-01, 45656-02, 90095-00 и 42528-00 задължително се залепва в ИЗ.

При липса на залепен в ИЗ стикер за вложен алографт, пътеката не се счита за завършена.

4. <u>УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Очни болести”. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Очни болести”.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по очни болести*
2. Операционен блок/зали, с операционен микроскоп
3. Клинична лаборатория I ниво
4. Апарат за А ехография на око и орбита

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то по изключение може да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по очни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия

2. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Еднопътни и двупътни канюли и тръбички за траен терапевтичен ефект	НЗОК не заплаща посочените изделия
Импланти	НЗОК не заплаща посочените изделия
Трансплантати	НЗОК не заплаща посочените изделия
Вискосубстанция; оцветители	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по очни болести – двама, за структури от II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести";
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по очни болести – двама, за структури от II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести";
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Оперативните процедури при деца на възраст до 16 години се извършват препоръчително под обща анестезия.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Лаборатория по клинична патология – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Апарат за Б ехография – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Лекарят със специалност по очни болести следва да има една година хирургически стаж след придобиване на специалността (удостоверено чрез декларация от управителя на ЛЗ).

Допълнителна квалификация на специалиста – наличие на сертификат за проведено обучение по ехография на око и придатъци; сертификат за допълнителна квалификация по страбология (допълнителна квалификация по страбология се изисква само за специалисти, които отчитат дейности по кодове както следва: **42833-00; 42833-00; 42833-00; 42833-00; 42833-00; 42833-00; 42833-00; 42839-00, 42839-01; 42839-00, 42839-01; 42833-00; 90081-00.**

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Оперативно лечение на придатъците на окото с голям обем и сложност при пациенти с:

- остро възпаление на слъзна жлеза, слъзна торбичка и каналикули;
- остро гнойно възпаление на клепачите (абсцес, флегмон, фурункул);
- остро и хронично възпаление на орбита;

- лацеро-контузни рани на клепачи и орбита с или без наличие на чуждо тяло в придатъците;
- травматична дезинсерция на очедвигателен мускул;
- тежки термични и химически изгаряния на придатъците от III и IV степен.
- тумори на орбитата или придатъците;
- невъзможност за носене на протеза след енуклеация на очна ябълка;
- вродени и придобити аномалии на слъзната система, изискващи оперативно лечение;
- калкулоза на слъзното каналче или торбичка;
- ектазия и хидпрос на слъзната торбичка;
- хроничен каналикулит и дакриоцистит;
- хронични възпалителни заболявания на клепачите;
- гранулом на орбита;
- деформации и промени в положението на клепачите
- анофталмична орбита;
- страбизъм подлежащ на оперативно лечение.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични процедури.

Общ офталмологичен статус – задължително изследване на:

зрителна острота, офталмоскопия, светлинна биомикроскопия;

тонометрия – по показания

По индикации:

- ширмер-тест при „сух синдром";

- ортоптичен статус, изследване на фиксация, изследване на рефракция, кератометрия, координиметрия;

- екзофталмометрия;

- образна диагностика на око и придатъци (рьо графия на глава – орбита, синуси, каналис нерви оптици и села турцика; бял дроб, сърце, кости и стави; ехография на око, орбита и др. локализации, черен дроб; КТ и МРТ).

- вземане на кръв за извършване на клинико-химични и хематологични изследвания;

- вземане на кръв и/или материал от око за извършване на серологично, микробиологично, паразитологично, вирусологично, имунологично, патохистологично изследване;

- консултации с други специалисти (ревматолог, фтизиатър, УНГ, стоматолог, невролог, неврохирург, дерматолог, АГ, уролог, гастроентеролог и др.)

При операции за тумори патологичният материал задължително се изпраща за патоморфологично изследване.

Медикаментозно лечение - по показания:

- мидриатици и миотици;
- циклоплегици;
- антибиотици - локално и/или общо;
- НСПВС - локално и/или общо;
- кортикостероиди - локално и/или общо;
- противовирусни средства;

- туберкулостатици;
- антипаразитни средства;
- антимикотични средства;
- цитостатици, антиметаболити, имуносупресори;
- антихистамини;
- витаминотерапия;
- аминостимулатори;
- лубриканти;
- антиглаукомна терапия;
- локални анестетични колири.

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СТРАБИЗЪМ

Предоперативни и следоперативни консултативни прегледи от анестезиолог - интензивен терапевт, по показания - детски алерголог.

Хирургичното лечение цели успоредяване на очните оси, което е абсолютно необходимо условие за създаване или възстановяване на бинокуларното зрение. Операцията се състои в достъп до външен очен мускул и прилагане върху него на отслабващи /усилващи или пластични оперативни техники.

ОПЕРАТИВНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ

на окото и придатъците му има за цел отстраняване на туморната формация в здрава тъкан и възстановяване целостта на тъканите. Диагностичните процедури за доказване наличие на тумор и параметрите на лезията (тумора), освен изброените, които се включват в обстойното офталмологично изследване, са: екзофталмометрия, ехография на око и орбита, КТ на глава и МРТ.

При диагнози: С43.1;С 44.1; С49.0, диагностичните процедури - КТ/МРТ са задължителни.

В зависимост от вида и локализацията на тумора оперативното лечение включва: ексцизия (диатермоексцизия) със или без последваща пластика, евисцерация или енуклеация на очната ябълка и екзентерация на орбитното съдържимо - частична или тотална.

При доброкачествени тумори видовете оперативни процедури могат да бъдат: ексцизия или деструкция на тумори на око и придатъци, със или без пластика.

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧЕН ДАКРИОЦИСТИТ

1. Външна дакриоцисториностомия (ВДЦРС).

Представлява оперативно съустие между кухината на слъзната торбичка и средния носов ход, заместващо увреденото от дакриоцистита естествено съустие на дуктус назолакрималис в долния носов ход. Няма възрастови противопоказания за осъществяване на ВДЦРС.

Прилага се местна или обща анестезия (при деца). Прави се разрез в областта на вътрешния орбитен ръб дълъг 3.0 см (1 см над и 2 см под лиг. палп. мед.) със срязване на лигамента. Открива се медиалната стена на торбичката, назална и лакримална кости, както и процесус фронтолис на максилата. Извършва се трепанация в тази област с длето или фрези (с диаметър 11 mm) за формиране на костен отвор - с една изрезка при деца, две застъпващи се при възрастни (16 mm хоризонтално). Н образен разрез на носната лигавица с оформяне на задно и предно ламбо. Такъв разрез се извършва и на насрещната медиална стена на торбичката. Зашиват се задните ламба. Интубират се слъзните каналчета със силиконови, или венокатни тръбички, краищата на които се поставят в лумена на дренажна тръбичка в анастомозата и се извеждат през съответната ноздра навън. Зашиват се и предните ламба. Шев на кожа и подкожие с копринен конец 4/0. Поставя се умерено - компресивна риванолова превръзка за 2 - 4 дни, когато се сменя дренажната тръбичка. Назначава се парантерално широкоспектърен антибиотик. Интубационните тръбички се снемат след 1 до 3 м.

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ИНФЕКЦИИ И ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Инцизията на клепачен или орбитен абсцес е манипулация, целяща евакуиране на гнойното съдържимо и осигуряване на постоянен дренаж.

Диагностичните инвазивни процедури представляват получаване на аспират от предна камера и стъкловидно тяло или биопсия от вътреочни структури, придатъци или орбита с цел етиологично или хистологично изясняване на заболяването. При индикации е възможно диагностичната парацентеза да премине в терапевтична.

Субконюнктивни, субтенонови, пара-, ретробулбарни и интравитреални инжекции целят вкарване на медикамент и постигане на максимален терапевтичен ефект, преодолявайки кръвно-очната бариера. Честотата и вида на приложението се определят в зависимост от заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След рутинните офталмологични изследвания, консултации, проведени допълнителни образни и други изследвания и на база проведеното оперативно лечение.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

Пациентът се дехоспитализира след:

- етиологично уточняване;
- добре адаптиран оперативен разрез;
- липса на прояви на възпаление или умерено репаративно възпаление (при тумори);
- възстановена проходимост на слъзни пътища;
- без признаци за отхвърлянена авто-/алотъкани.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Очни болести".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарт "Очни болести").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

СТРАБИЗЪМ

Какво представлява страбизмът (кривогледство)?

Страбизъм представлява заболяване, при което очните оси на двете очи не са успоредни. Изкривяването на окото може да е постоянно или непостоянно и отклонението да е навътре, навън, нагоре или надолу. Може да се изкривява само едното око или и двете посменно.

Страбизмът е с честота до 4% сред децата, и засяга еднакво двата пола. Може да е вродено състояние или да се появи в по – късна възраст.

Често в семействата на деца със страбизъм има родственици с кривогледство, "мързеливо" око или рефракционни отклонения.

Как двете очи работят заедно?

За да се вижда нормално, двете очи трябва да гледат в един и същи обект едновременно, като всяко око наблюдава обекта под леко различен ъгъл и до мозъка достигат две отделни изображения. Способността на мозъка да ги слее в единично триизмерно възприятие, се нарича фузия. Мозъкът контролира и очедвигателните мускули (шест мускула във всяко око), които трябва да функционират в координация и синхрон.

Коя е причината за страбизма?

Точната причина за появата на кривогледството не е напълно ясна.

Какво става, когато очите не работят заедно?

Когато действията на очедвигателните мускули не са координирани, едното око се изкривява, двете очи не гледат един и същ обект едновременно и мозъкът не може да слее двете изображения – появява се двойно виждане. Пластичността на нервната система у децата довежда до бързото подтискане на втория по – неясен образ на изкривеното око. Ако това подтискане остане трайно, окото става мързеливо от неупотреба.

Кога може да се изследва едно дете за страбизъм?

Никога не е твърде рано за изследване на дете със съмнение за страбизъм.

Как се поставя диагнозата при кривогледство?

Диагнозата се поставя от специалист по очни болести след щателно изследване.Има състояния,които създават съмнение за страбизъм при наличие на нормално двуочно зрение и обратното – наличие на кривогледство, което остава неразпознато. Веднъж поставена диагнозата, трябва незабавно да започне лечение – истинското кривогледство никога не минава от само себе си.

Как се лекува страбизмът?

Лечението не е еднократен акт, а е процес, който се състои от :

а) консервативно – очила, призми, оклузия (закриване на здравото око) и др.;

б) оперативно – хирургия на очедвигателните мускули, с което се засилва или отслабва действието им.

При някои видове кривогледство предписването на адекватни очила изправя очните оси и не се стига до хирургично лечение. При други видове операцията е наложителна. В повечето случаи консервативното лечение предшества и последва хирургичното. Понякога са необходими повече от една операция, за да се постигне изправяне на очите.

Каква упойка се използва при операцията за страбизъм?

Може да се използва обща; местна с Лидокаин – 2%; капелна.

Какво трябва да се направи в ранния следоперативен период?

Оперираното око трябва да се почиства с памук и преварена вода, а да не се мие 2 седмици. В него се поставят антибиотични капки и мехлем в комбинация с кортикостероид за 7 – 10 дни.

Какви усложнения могат да възникнат по време или след операцията?

Като всяка хирургическа интервенция, операцията на очедвигателните мускули съдържа известни рискове, като кръвозагуба, инфекция, изпускане на мускул, формиране на сраствания от ръбцова тъкан; много рядко усложнения, свързани със загуба на зрението.

ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ НА ОКОТО И ПРИДАТЪЦИТЕ МУ

Какво представляват злокачествените тумори с очна локализация?

Това са група заболявания, които неоткрити и нелекувани своевременно могат да доведат до тежки последици дори с риск за живота.

Може ли да се постави ранна диагноза?

Възможна е ранна диагноза. Част от туморите на клепачите, конюнктивата и роговицата са видими. Туморите, локализирани в орбитата протичат с избутване на очната ябълка напред или встрани, двойно виждане, понякога и със смущения в зрението. Вътреочните тумори могат да се проявят с намаляване на зрението, отпадания в зрителното поле, повишено очно налягане, “бяла, котешка зеница” при деца, кривогледство.

Лечими ли са?

Малките и средно големи тумори, локализирани по клепачите, конюнктивата и роговицата, имат местен растеж. Оперативно отстранени навреме, те са с добра прогноза.

При вътреочните тумори в зависимост от локализацията и големината им, се предвиждат два вида лечение – оперативно отстраняване на очната ябълка заедно с тумора или лечение със съхраняване на окото.

В зависимост от локализацията на туморите на орбитата, оперативното лечение се извършва от офталмолог или от неврохирург.

Някои от злокачествените тумори са обект на комбинирано лечение – оперативно, лъче-, химио- и имунолечение.

Какво представляват доброкачествените тумори с очна локализация?

Това са образувания, които имат местен растеж, не дават разсейки и не представляват опасност за живота на болния.

Защо е необходимо лечението им?

Част от доброкачествените тумори могат да ангажират голяма повърхност от клепачите, конюнктивата или орбитата, като предизвикват козметичен и функционален дефект. Някои имат тенденция да се израждат злокачествено.

Лечими ли са?

Напълно са лечими, най-често по оперативен път.

Кои са видовете оперативно лечение при доброкачествените и злокачествени тумори с очна локализация?

Ексцизия на тумора – оперативно отстраняване на тумора в здрава тъкан. За покриване на получените дефекти се налага пластична хирургия.

Енуклеация - оперативно отстраняване на очната ябълка.

Екзентерация – оперативно отстраняване на орбитното съдържимо, очната ябълка и клепачите.

Каква упойка се използва?

Прилагат се местна или обща упойка.

Какви усложнения могат да възникнат?

По време на операцията може да се получи по-изразена кръвозагуба и да се наложи кръвопреливане.

Енуклеацията и екзентерацията предизвикват козметичен и функционален дефект. Уместно е извършването на протезиране.

ПРОНИКВАЩИ И ПЕРФОРАТИВНИ НАРАНЯВАНИЯ НА ОЧНАТА ЯБЪЛКА

Определение:

- при *проникващите наранявания* на очната ябълка, вследствие на травма с тъп или остър предмет се установява нарушаване на целостта на булба (очната ябълка), с или без пролапс на тъкани; с или без вътреочно чуждо тяло.

- при *перфоративните наранявания* имаме нарушаване целостта и на срещуположната очна стена.

Тези пациенти се преглеждат по спешност от офталмолозите и по спешност се насочват към специализирани лечебни заведения за хоспитализация и хирургична обработка.

Задължително в извънболничната или болничната помощ се прави противотетанична профилактика.

В приемно-консултативния кабинет се извършват рутинните офталмологични изследвания, рентгенография или КАТ на орбитата, по показания ултразвукова диагностика за изключване на интрабулбарно чуждо тяло, хемофталм или отлепване на ретината и хороидеята. Рутинни лабораторни изследвания, консултация с кардиолог или анестезиолог

с оглед предстоящо оперативно лечение. При пациенти с алергия се извършва съответната консултация.

План за лечение: при тези травми с нарушаване целостта на булба лечението е оперативно, което се състои в ревизия на раната, преценка за отстраняване на нежизнеспособни тъкани и реконструкция на запазените тъкани, с цел максимално възстановяване на анатомичната, функционалната и естетичната стойност на зрителния анализатор. При наличие на чуждо тяло в очните придатъци или очната ябълка, се извършва екстракция на същото в рамките на 24часа (по преценка на лекуващите лекари може и по-късно).

Посттравматичните състояния се приемат в планов порядък и се провеждат горепосочените изследвания. Прави се оценка на посттравматичния синдром, изготвя се план за реконструктивни интервенции на очните тъкани с цел максимална анатомична, функционална и естетична ефективност.

ИЗГАРЯНИЯ НА ОКОТО И ПРИДАТЪЦИТЕ МУ

Определение: Увреждане на окото и придатъците му вследствие термични, химични или лъчеви агенти.

Термичните изгаряния се получават от предмети с висока или ниска температура.

Химичните изгаряния се получават от заливане с киселини или основи (избухнали акумулатори, гасена или негасена вар, различни химични вещества от промишлеността с киселинен или основен характер и др.)

Лъчевите изгаряния се получават най-вече в йонизиращи радиационни лъчения (α, β и x - лъчите), както и при пряко излагане на слънчева радиация (UV-лъчение и др).

Всички пациенти с изгаряне се приемат по спешност в извънболничната или болничната помощ. Незабавно се извършва промивка с обикновена вода или физиологичен разтвор. Промивката продължава до неутрализиране на лакмуса при химичните изгаряния, както и отстраняване на повърхностни чужди тела. Поставят се епителотонични капки и гелове и без превръзка пациентите се хоспитализират.

При по тежките изгаряния III или IV степен се налага спешна оперативна интервенция - изрязване на некротичните материи, автопластика на конюнктива, пластика на амнион, кератопластика на топло, блефарорафия. Всички тези оперативни интервенции по преценка на оперативния екип могат да бъдат самостоятелни или комбинирани.

При плановата хоспитализация на посткомбусционните синдроми се извършват рутинните офталмологични изследвания, по показания диагностичен ултразвук и/или ERG.

Изход от лечението:

При изгаряния I, II степен прогнозата е добра с почти пълно възстановяване на функциите. При тежките степени на изгаряне III, IV степен много често имаме частична или пълна загуба на функциите с поетапни реконструктивни операции.

КП № 131 ДРУГИ ОПЕРАЦИИ НА ОЧНАТА ЯБЪЛКА С ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1.Минимален болничен престой - 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1676	**Графт при симблефарон**
45629-00	Графт за симблефарон
255	**Възстановителни процедури на конюнктива**
42633-00	Реконструкция на конюнктивална отворена кухинка (CUL-DE-SAC) със свободен трансплантат
42633-01	Друга реконструкция на конюнктивална отворена кухинка (CUL-DE-SAC)
90093-01	Свободна трансплантация на конюнктива
90093-00	Конюнктивопластика
162	**Възстановяване на перфоративна рана на очна ябълка**
42551-00	Възстановяване на перфоративна рана на очна ябълка с шев на разкъсана роговица *Не включва*: възстановяване на пробивна рана, включваща вътреочни структури (42554-00, 42557-00 [162])
174	**Други процедури за възстановяване на роговица**
42632-00	Възстановяване лацерация на роговица чрез конюнктивално платно
90066-00	Друго възстановяване на роговица *Не включва*: реоперация кератопластика (42656-00, 42656-01 [175])
170	**Кератектомия**
42810-00	Фототерапевтична кератектомия [ПТК] *Не включва*: деструкция на роговица чрез лазер (42797-02 [168])
185	**Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху ирис, цилиарно тяло или предна камера**
42560-00	Магнитно отстраняване на вътреочно чуждо тяло от предния сегмент *Не включва*: такава чрез инцизия (42563-00 [187]) такава от склера (30061-03 [177], 42644-02 [178])
187	**Други инцизионни процедури на ирис, цилиарно тяло или предна камера**
42563-00	Немагнитно отстраняване на вътреочно чуждо тяло от предния сегмент *Включва*: такава чрез инцизия *Не включва*: такава от склера (30061-03 [177], 42644-02 [178])
42764-00	Иридотомия Дисцизия на ириса Иридотомия със трансфиксация *Не включва*: такава чрез лазер (42785-00 [188])
189	**Ексцизионни процедури на ирис, цилиарно тяло или предна камера**

42764-04 Иридектомия
Коректомия
Ексцизия лезия на ириса БДУ
Не включва: деструкция лезия на ириса чрез лазер (42806-00 [188])
ексцизия лезия на цилиарно тяло (42767-00 [189])
иридектомия чрез лазер(42785-00 [188])
такава с:
• фистулизация на склера (42746-05 [191])
• ресутура на оперативна рана след предишна вътреочна процедура (42857-01 [163])
• термокаутеризация на склера (42746-03 [191])
• трепанация на склера (42746-02 [191])

90074-00 Ексцизия на друга лезия на предна камера
Ексцизия на лезия на предна камера БДУ

188 Деструктивни процедури на ирис, цилиарно тяло или предна камера

42806-00 Деструкция на лезия на ириса чрез лазер
Деструкция на лезия на цилиарно тяло чрез лазер
42818-01 Криотерапия на цилиарно тяло с външна сонда
Деструкция на лезия на цилиарно тяло чрез криотерапия

192 Други процедури на ирис, цилиарно тяло или предна камера

90076-00 Други процедури при ирис

90076-01 Други процедури при цилиарно тяло

189 Ексцизионни процедури на ирис, цилиарно тяло или предна камера

42767-00 Ексцизия на лезия на цилиарно тяло
Ексцизия на лезия на ирис и цилиарно тяло
Не включва: деструкция чрез:
• криотерапия (42818-01 [188])
• лазер (42806-00 [188])

162 Възстановяване на перфоративна рана на очна ябълка

42551-01 Възстановяване на прободна рана на очната ябълка с шев на разкъсана склера
Не включва: възстановяване на прободна рана, включваща вътреочни структури (42554-00, 42557-00 [162])

184 Други процедури на склера

90072-00 Други процедури на склера

181 Други ексцизни процедури на склера

90070-00 Ексцизия лезия на склера
Не включва: чрез деструкция (90068-00 [179])

179 Деструктивни процедури на склера

90068-00 Деструкция лезия на склера
Включва: чрез лазер

182	**Възстановителни процедури на склера**
42662-00	Трансплантация на склерата с цяла дебелина Склерален патч графт с цяла дебелина *Включва*: събиране на донорски материал
161	**Ексцизионни процедури на очната ябълка**
42515-00	Евисцерация на очна ябълка с поставяне на интрасклерално топче или хрущялен имплант
42512-00	Евисцерация на очна ябълка без имплант Евисцерация на очна ябълка БДУ
42509-00	Енуклеация на очната ябълка с интегриран имплант Енуклеация на очна ябълка с вграден имплант в Тенонова капсула с прикрепяне на мускули
42506-01	Енуклеация на очната ябълка със сферичен имплант
42506-00	Енуклеация на очна ябълка без имплант Енуклеация на очна ябълка БДУ
225	**Екзентерация на орбита**
	Евисцерация на орбита
42536-04	Екзентерация на орбита с отстраняване на прилежащите структури
42536-05	Екзентерация на орбита с терапевтично отстраняване на орбитална кост
42536-00	Екзентерация на орбита
162	**Възстановяване на перфоративна рана на очна ябълка**
42551-02	Възстановяване на прободна рана на очна ябълка с шев на разкъсана роговица и склера *Не включва*: възстановяване на прободна рана, включваща вътреочни структури (42554-00, 42557-00 [162])
163	**Други процедури за възстановяване на очна ябълка**
90060-00	Друго възстановяване на очна ябълка
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури **от различни блокове, посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

<u>При диагнози:</u> С43.1;С 44.1; С49.0, една от диагностичните процедури, за завършване на клиничната пътека задължително е КТ/МРТ с кодове по КСМП – 56013-00/56013-01/56013-02/56013-03/90901-01.

Основна процедура **92191-00 или 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Стикер за вложените импланти само при алогенна трансплантация алографт при отчитане на кодове **45629-00, 42633-00, 90093-01 и 42662-00**, задължително се залепва в ИЗ.

При липса на залепен в ИЗ стикер за вложен алографт, пътеката не се счита за завършена.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Очни болести". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Очни болести".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Очна клиника/отделение*
2. Операционен блок/зали, с операционен микроскоп
3. Клинична лаборатория I ниво
4. Апарат за А ехография на око и орбита

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то по изключение може да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по очни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
2. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Орбитни и клепачни импланти	НЗОК не заплаща посочените изделия
Вискосубстанции	НЗОК не заплаща посочените изделия

Рибофлавин	НЗОК не заплаща посоченото изделие

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност очни болести – двама, за структури от II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести";

- лекар със специалност по анестезиология и интензивна терапия.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност очни болести – двама, за структури от II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести";

- лекар със специалност по анестезиология и интензивна терапия.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Операционният блок/зали в лечебното заведение следва да бъдат специализирани само за очна хирургия (в тях да се извършва само очна хирургия).

Апарат за Б ехография на око и придатъци – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Допълнителна квалификация на специалиста – сертификат за проведено обучение по ехография на око и придатъци.

КТ/МРТ – допускат се договорни отношения с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

Отделение/лаборатория по клинична патология - допускат се договорни отношения с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

За изпълнение на процедура с **код 42810-00** се изисква едновременното наличие на следната стационарна медицинска апаратура:

- корнеален топограф и/или предно сегментна оптична кохерентна томография (ОСТ);

- апарат за извършване на крос-линкинг и/или ексимерен лазер.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Оперативно лечение на очната ябълка с голям обем и сложност при пациенти с:

- всички пациенти с тежки лацеро-контузни рани на клепачите и орбитата, както и с открити очни травми, с чужди тела в придатъците и интрабулбарно разположени, се хоспитализират по спешност;
- всички пациенти с тежки термични изгаряния III и IV степен, при които се налага оперативни интервенции като некректомия, трансплантация на мукоза, амнион, донорна роговица, склера, свободна кожна пластика, се приемат по спешност;

- хифема и хипопион;
- гноен иридоциклит;
- тумори с очна локализация;
- посттравматични синдроми, като адхеретни васкуларизирани левкоми, епителна инвазия в предна камера, травматични дефекти на ириса, травматични стафиломи на склерата и неекстрахирани чужди тела в очни придатъци и очни ябълки;
- посткомбуционни синдроми, при които се установи симблефарон, частичен или тотален, анкилоблефарон, адхеретна васкуларизирана левкома, апланирана роговица;
- хронични възпаления на вътреочното съдържимо, налагащи евисцерация.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Задължителни диагностични процедури, които се извършват в болничното лечебно заведение: определяне на зрителна острота, вътреочно налягане, биомикроскопия; офталмоскопия (при възможност от страна на окото).

Открити травми – спешен прием

При постъпване в диагностично-приемния кабинет се извършват рутинни офталмологични изследвания, а при необходимост рентгенография и/или КТ, МРТ. При показания ултразвукова диагностика, лабораторни изследвания, консултация с анестезиолог и кардиолог, при анамнестични данни за алергия – консултация с алерголог.

При травми е необходимо да се извърши в извънболничната или болничната помощ противотетанична профилактика, проби за антибиотици, кръвоспиращи средства при необходимост.

Оперативните интервенции се състоят в ревизия на очната травма, преценка за отстраняване на нежизнеспособни тъкани и реконструкция на запазените тъкани, с цел максимално възстановяване на анатомичната, функционалната и естетична стойност на зрителния анализатор. При наличие на чуждо тяло в очните придатъци или очната ябълка, се извършва екстракция на същото в рамките на 24 часа (по преценка на лекуващите лекари може и по-късно).

Посттравматични състояния

Пациентите се приемат в планов порядък и се провеждат горепосочените изследвания.

Оценка на посттравматичния синдром, изготвяне на план за реконструктивни интервенции на очните тъкани с цел максимална анатомична, функционална и естетична ефективност.

Изгаряния

Всички тежки термични и химични изгаряния III и IV степен се приемат по спешност. При химичните изгаряния се извършва промивка на окото/очите с вода, физиологичен разтвор или с дестилирана вода до неутрализиране на лакмуса. Поставят се антибиотични или антисептични капки. Епителотонични капки или гелове, и без превръзка пациентите се хоспитализират. Необходимо е извършването на рутинни офталмологични изследвания, лабораторни изследвания, консултация с алерголог при анамнеза за алергия, с анестезиолог, кардиолог.

При спешните случаи се налага некректомия, автопластика на конюнктива, пластика на конюнктива от труп на око, пластика на амнион, кератопластика на топло, блефарорафия. Всички тези оперативни интервенции по преценка на хирургичния екип могат да бъдат самостоятелни или комбинирани.

При планова хоспитализация на посткомбусционни състояния се извършват рутинните офталмологични изследвания, лабораторни изследвания, консултация с кардиолог, анестезиолог и алерголог при анамнеза за алергия.

Клинична оценка на посткомбусционния синдром, съставяне на план за отстраняване на патологичните процеси чрез хирургични процедури, като: симблефаронотомия, пластика с мукоза орис, пластика с конюнктива от трупно око, кератопластика, склерокератопластика, склеропластика, блефарорафия, анкилоблефаротомия. Тези процедури по преценка на хирургичния екип могат да бъдат самостоятелни или комбинирани.

Тумори

Оперативните интервенции при тумори на очните структури са два типа: органосъхраняващи, при които се ексцизира само тумора, и енуклеация, при която се отстранява очната ябълка. Диагностицирането на вида, локализацията и размера на тумора, което води до решаването на обема на операцията изисква специализирани изследвания като ехография, ФА, ЯМР и др.

<u>При диагнози:</u> С43.1;С 44.1; С49.0, диагностичните процедури - КТ/МРТ са задължителни.

Медикаменти:

Антибиотици – общо и локално.

Нестероидни противовъзпалителни средства – общо и локално.

Стероиди – общо и локално.

Антиглаукомни средства.

Изкуствени сълзи.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след рутинните офталмологични изследвания, при необходимост – допълнителни високоспециализирани офталмологични изследвания, рентгенография, КТ или МРТ при необходимост.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- стабилизиране на посттравматичния възпалителен процес при спешни травматични увреди, добре епитализирала травматична рана, стабилизиране на вътреочно налягане, резорбция на кръв в предна камера и стабилизиране на зрителната острота (която може да не е 1);

- стабилизиране на постоперативния възпалителен процес при плановите посттравматични състояния, добре адаптирана рана, стабилизиране на вътреочното налягане, стабилизиране на зрителната острота (която може да не е 1);
- стихване на посткомбусционния възпалителен процес при спешните химични и термични изгаряния на очите, епителизирала корнея и конюнктива, стабилизиране на въотреочното налягане, стабилизиране на зрителната острота (която може да не е 1);
- стихване на постоперативния възпалителен процес при плановите посткумбусционни състояния, добре епителизирала оперативна рана, стабилизиране на вътреочното налягане, стабилизиране на зрителната острота (която може да не е 1);
- добре адаптирана оперативна рана и липса на постоперативна възпалителна реакция при оперативни интервенции по повод тумори с очна локализация.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Очни болести".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарт "Очни болести").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ПРОНИКВАЩИ И ПЕРФОРАТИВНИ НАРАНЯВАНИЯ НА ОЧНАТА ЯБЪЛКА

Определение:

- при *проникващите наранявания* на очната ябълка, вследствие на травма с тъп или остър предмет се установява нарушаване на целостта на булба (очната ябълка), с или без пролапс на тъкани; с или без вътреочно чуждо тяло.

- при *перфоративните наранявания* имаме нарушаване целостта и на срещуположната очна стена.

Тези пациенти се преглеждат по спешност от офталмолозите и по спешност се насочват към специализирани лечебни заведения за хоспитализация и хирургична обработка.

Задължително в извънболничната или болничната помощ се прави противотетанична профилактика.

В приемно-консултативния кабинет се извършват рутинните офталмологични изследвания, рентгенография или КАТ на орбитата, по показания ултразвукова диагностика за изключване на интрабулбарно чуждо тяло, хемофталм или отлепване на ретината и хороидеята. Рутинни лабораторни изследвания, консултация с кардиолог или анестезиолог с оглед предстоящо оперативно лечение. При пациенти с алергия се извършва съответната консултация.

План за лечение: при тези травми с нарушаване целостта на булба лечението е оперативно, което се състои в ревизия на раната, преценка за отстраняване на нежизнеспособни тъкани и реконструкция на запазените тъкани, с цел максимално възстановяване на анатомичната, функционалната и естетичната стойност на зрителния анализатор. При наличие на чуждо тяло в очните придатъци или очната ябълка, се извършва екстракция на същото в рамките на 24часа (по преценка на лекуващите лекари може и по-късно).

Посттравматичните състояния се приемат в планов порядък и се провеждат горепосочените изследвания. Прави се оценка на посттравматичния синдром, изготвя се план за реконструктивни интервенции на очните тъкани с цел максимална анатомична, функционална и естетична ефективност.

ИЗГАРЯНИЯ НА ОКОТО И ПРИДАТЪЦИТЕ МУ

Определение: Увреждане на окото и придатъците му вследствие термични, химични или лъчеви агенти.

Термичните изгаряния се получават от предмети с висока или ниска температура.

Химичните изгаряния се получават от заливане с киселини или основи (избухнали акумулатори, гасена или негасена вар, различни химични вещества от промишлеността с киселинен или основен характер и др.)

Лъчевите изгаряния се получават най-вече в йонизиращи радиационни лъчения (α, β и x - лъчите), както и при пряко излагане на слънчева радиация (UV-лъчение и др).

Всички пациенти с изгаряне се приемат по спешност в извънболничната или болничната помощ. Незабавно се извършва промивка с обикновена вода или физиологичен разтвор. Промивката продължава до неутрализиране на лакмуса при химичните изгаряния, както и отстраняване на повърхностни чужди тела. Поставят се епителотонични капки и гелове и без превръзка пациентите се хоспитализират.

При по тежките изгаряния III или IV степен се налага спешна оперативна интервенция - изрязване на некротичните материи, автопластика на конюнктива, пластика на амнион, кератопластика на топло, блефарорафия. Всички тези оперативни интервенции по преценка на оперативния екип могат да бъдат самостоятелни или комбинирани.

При плановата хоспитализация на посткомбусционните синдроми се извършват рутинните офталмологични изследвания, по показания диагностичен ултразвук и/или ERG.

Изход от лечението:

При изгаряния I, II степен прогнозата е добра с почти пълно възстановяване на функциите. При тежките степени на изгаряне III, IV степен много често имаме частична или пълна загуба на функциите с поетапни реконструктивни операции.

ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ НА ОКОТО И ПРИДАТЪЦИТЕ МУ

Какво представляват злокачествените тумори с очна локализация?

Това са група заболявания, които неоткрити и нелекувани своевременно могат да доведат до тежки последици дори с риск за живота.

Може ли да се постави ранна диагноза?

Възможна е ранна диагноза. Част от туморите на клепачите, конюнктивата и роговицата са видими. Туморите, локализирани в орбитата протичат с избутване на очната ябълка напред или встрани, двойно виждане, понякога и със смущения в зрението. Вътреочните тумори могат да се проявят с намаляване на зрението, отпадания в зрителното поле, повишено очно налягане, "бяла, котешка зеница" при деца, кривогледство.

Лечими ли са?

Малките и средно големи тумори, локализирани по клепачите, конюнктивата и роговицата, имат местен растеж. Оперативно отстранени навреме, те са с добра прогноза.

При вътреочните тумори в зависимост от локализацията, големината и прогнозата им, се предвиждат два вида лечение – оперативно отстраняване на очната ябълка заедно с тумора или лечение със съхраняване на окото.

В зависимост от локализацията на туморите на орбитата, оперативното лечение се извършва от офталмолог или от неврохирург.

Някои от злокачествените тумори са обект на комбинирано лечение – оперативно, лъче-, химио- и имунолечение.

Какво представляват доброкачествените тумори с очна локализация?

Това са образувания, които имат местен растеж, не дават разсейки /метастази/ и не представляват опасност за живота на болния.

Защо е необходимо лечението им?

Част от доброкачествените тумори могат да ангажират голяма повърхност от клепачите, конюнктивата или орбитата, като предизвикват козметичен и функционален дефект. Някои имат тенденция да се израждат злокачествено.

Лечими ли са?

Напълно са лечими, най-често по оперативен път.

Кои са видовете оперативно лечение при доброкачествените и злокачествени тумори с очна локализация?

Ексцизия на тумора – оперативно отстраняване на тумора в здрава тъкан. За покриване на получените дефекти се налага пластична хирургия.

Енуклеация - оперативно отстраняване на очната ябълка.

Екзентерация – оперативно отстраняване на орбитното съдържимо, очната ябълка и клепачите.

Каква упойка се използва?

Прилагат се местна или обща упойка.

Какви усложнения могат да възникнат?

По време на операцията може да се получи по-изразена кръвозагуба и да се наложи кръвопреливане.

Енуклеацията и екзентерацията предизвикват козметичен и функционален дефект. За възстановяване качеството на живот се препоръчва извършването на протезиране.

ОПЕРАТИВНОТО ЛЕЧЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕНИТЕ И ДОБРОКАЧЕСТВЕНИТЕ ТУМОРИ на окото и придатъците му има за цел отстраняване на туморната формация в здрава тъкан и възстановяване целостта на тъканите. Диагностичните процедури за доказване наличие на тумор и характера на лезията (тумора), освен изброените, които се включват в обстойното офталмологично изследване, са: екзофталмометрия, А и В ехография на око и орбита, ултразвукова биомикроскопия на преден очен сегмент, флуоресцеинова ангиография на ирис и/или на заден полюс, КАТ или МРТ на орбити.

В зависимост от вида, локализацията и прогнозата на тумора оперативното лечение включва: ексцизия (диатермоексцизия) в здрава тъкан с или без последваща пластика, евисцерация или енуклеация на очната ябълка, екзентерация на орбитното съдържимо - частична или тотална.

КП № 132 КЕРАТОПЛАСТИКА

1.Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

172	**Други ексцизионни процедури на роговица**
42686-00	Ексцизия на птеригиум *Включва*: такава чрез лазер *Кодирай също когато е направена:* • конюнктивално платно (42641-01 [255])
173	**Кератопластика**
	Не включва: такава, където е извършена предишна кератопластика (42656-00, 42656-01 [175])
42659-00	Повърхностна трансплантация на роговица Ламеларна кератопластика
42653-00	Трансплантация на всички слоеве на роговица Кератопластика: • пълнослойна • проникваща • перфорираща
90064-00	Друга кератопластика Кератопластика БДУ
174	**Други процедури за възстановяване на роговица**
90120-00	Поставяне на кератопротеза Поставяне на Остео-одонто-кератопротези (ООК)
1835	***Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания***
11207-01	Светлинна биомикроскопия
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури **от различни блокове, посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Основна процедура **92191-00 или 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Стикер за вложените импланти само при алогенна трансплантация (алографт при отчитане на кодове **42659-00, 42653-00 и 90064-00** задължително се залепва в ИЗ.

При липса на залепен в ИЗ стикер за вложен алографт, пътеката не се счита за завършена.

В алгоритъма на клиничната пътека, **с код 42686-00 ексцизия на птеригиум** е заложено трансплантация на роговица от трупен донор и отчитането на пътеката с тази процедура следва да се извършва **само с представяне на протокол за трупен донорен роговичен материал** от Очна банка.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Очни болести". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Очни болести".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Очна клиника/отделение*
2. Операционен блок/зали, с операционен микроскоп
3. Клинична лаборатория II ниво

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то по изключение може да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по очни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено
1. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Трепан за донорска роговица	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Трепан за реципиентно ложе	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Импланти за траен терапевтичен и козметичен ефект	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по очни болести – трима за структури от III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести";
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по очни болести – трима за структури от III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести";
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Операционният блок/зали в лечебното заведение следва да бъдат специализирани само за очна хирургия (в тях да се извършва само очна хирургия).

Отделение/лаборатория по клинична патология – допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

Лекарят специалист по очни болести – да има минимален хирургически стаж пет години след придобиване на специалността и допълнителна квалификация по очна трансплантация, удостоверена чрез сертификат.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Кератопластика при пациенти с:

- пробив на роговица или склера;
- травма с липса на тъкан;
- опасност от пробив на очната ябълка;
- химични и термични изгаряния;
- болезнена кератопатия;
- булозна кератопатия.
- кератоконус, роговични дистрофии;
- липса или дефицит на стволови клетки;
- намелена роговична прозрачност;
- напреднал рецидивиращ птеригиум;
- роговична левкома;
- псевдофакична кератопатия.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Потвърждаване на диагнозата в болнични условия – офталмологичен статус:

- визус - задължително;
- тонометрия - задължително;
- светлинна биомикроскопия – задължително;
- офталмоскопия - по преценка (ако е възможно);
- ехография – по преценка;
- периметрия – по преценка.

Други изследвания:

- рентгенография на сърце и бял дроб - при необходимост;
- ЕКГ, консултация с интернист;
- КЗП, консултация от ендокринолог – при диабетици;
- консултации с други специалисти – вирусолог, имунолог – по преценка.

Медикаментозно лечение - периоперативно:

Антибиотици - локално, системно.

НСПВС - локално, системно.

Кортикостериоди – локално, парабулбарно, системно.

Имуносупресори – системно.

Противовирусни средства - локално, системно.

Лубриканти.

Средства, подобряващи епителизацията.

Хирургично лечение

Оперативното лечение при трансплантация на роговица има за цел да замени увредена или липсваща роговична тъкан с трансплантат от трупна роговица, предоставена от сертифицирана очна банка, за възстановяване на нормалната структура и физиологични свойства на засегнатото око. Оперативната техника е свързана с оформяне на реципиентно ложе и пришиване на аналогичен по размер донорски бутон.

Оперативното лечение при трансплантация на корнеосклера има за цел да покрие липсваща роговична или склерална тъкан с трансплантат от трупна корнеосклера, предоставена от сертифицирана очна банка, за възстановяване на нормалната структура и физиологични свойства на засегнатото око. Оперативната техника се състои в перитомия и пришиване на донорската тъкан периферно от лезията по цялата циркумференция с покриване на ръбовете с конюнктива.

Оперативното лечение при трансплантация на лимбални стволови клетки и конюнктива има за цел да замени увредени или липсващи стволови клетки и конюнктива с трансплантат от съседното здраво око, от роднина след HLA-типизиране или трупна тъкан предоставена от сертифицирана очна банка, за възстановяване на нормалната структура и физиологични свойства на засегнатото око. Оперативната техника е свързана с оформяне на реципиентно ложе и пришиване на аналогичена по размер здрава тъкан.

Трансплантация на амнион се извършва като самостоятелна операция или част от комбинирана операция с трансплантация на стволови клетки за лечение на заболявания на очната повърхност вследствие от възпаления, травми или системни заболявания. Оперативната техника се състои в покриване на засегнатия участък с един или два слоя амниотична мембрана предоставена от сертифицирана очна банка и зашиване за съседни здрави участъци на реципиента.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След пълен офталмологичен статус и евентуално хистопатологично изследване при индикации.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- добра херметизация на окото
- липса на кървене и възпаление
- наличие на добра следоперативна репарация.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Очни болести".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарт "Очни болести").

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Какво представлява роговицата на окото?

Роговицата е предната част на външната обвивка на окото. Тя е гладка, лъскава и през нея навлиза светлината в окото.

Какви са основните функции на роговицата?

Роговицата е основна част от диоптричния апарат на окото. Оновната функция на роговицата е пречупването на светлината, така че тя да се фокусира върху ретината.

От какво боледува роговицата?

Различни заболявания на роговицата могат да доведат до промяна във формата и и нарушение на прозрачността, в резултат на което зрението се увреждa и може да настъпи дори слепота.

Най-честите заболявания, при които се налага извършване на кератопластика са каратоконусът, увреждане на роговицата след операция за перде, след изгаряния и инфекции, както и наследствени дистрофии. При кератоконуса централната част на роговицата изпъква, силно изтънява, помътнява, като зрението се понижава.

Роговичните дистрофии се предават по наследство и водят до помътняване на роговицата. Други по-редки увреждания на роговицата, при които може да се наложи кератопластика са помътнявания след травми, изгаряния, възпаления.

Съществуват ли методи за профилактика на роговичните заболявания?

При кератокунуса профилактика не е възможна, тъй като причината за това заболяване не е известна. Роговицата е устойчива на инфекции, но при травми, изгаряния и неправилно носене на контактни лещи, се създават условия за инфектиране и развитие на последващи усложнения. Травмите и изгарянията могат да се предотвратят, като се спазват изискванията на трудовата хигиена, особено в при опасни производства.

Какви са симптомите при роговичните заболявания?

При начален кератоконус се развива късогледство с астигматизъм и бързо нарастване на диоптъра. С напредване на процеса корекцията с очила не е възможна и зрението силно намалява. При роговичните дистрофии зрението се увреждa постепенно, като се наблюдават периоди на възпаление. Инфекциите се проявяват със зачервяване на окото, сълзене и болка.

Как се лекуват роговичните заболявания?

При кератоконус първоначално се прилага оптична корекция с очила и контактни лещи. Когато роговицата изтъненее значително и се появи централна мътнина има опасност от сериозни усложнения. В такива случаи единствената възможност за спасяване на зрението или неговото подобрение е извършването на кератопластика. Наследствените дистрофии не се лекуват и се извършва операция при значително намаление на зрението. Инфекции, травми и изгаряния се лекуват консервативно и се пристъпва към кератопластика след излекуване на процеса за отстраняване на роговичните мътнини.

Какво представлява кератопластиката?

Кератопластиката е оперативна интервенция, при която се подменя помътнялата роговица на пациента с прозрачна роговица от трупен донор, т.е. представлява вид трансплантация. Има два основни вида кератопластика – пенетрираща, когато се подменя роговица в цялата дебелина и ламеларна кератопластика, при която се подменят само повърхностните слоеве на роговицата. Операцията е технически сложна, като се очаква възстановяване на зрението след продължителен период от време. В зависимост от възрастта и състоянието на пациента, интервенцията може да се извърши с местна упойка, но по-често става под пълна упойка.

Какви усложнения могат да възникнат по време и след операцията?

По време на операцията може да се засегнат други структури на окото като ирис и леща. В следоперативния период може да се повиши вътреочното налягане, да се образува перде, както и да се появи отново заболяването, довело до роговичното увреждане. Едно възможно късно, но сериозно усложнение е отхвърлянето на трансплантираната роговица, поради тъканна несъвместимост. При навременна диагноза и лечение, може да се запази прозрачността на трансплантата. Ако настъпи помътняване се извършва повторна кератопластика.

За профилактика на отхвърлянето на трансплантираната роговица е необходимо редовно и продължително поставяне на кортикостероидни капки в оперираното око и проследяване от лекуващия лекар. Ето защо сътрудничеството между пациент и лекар преди и след операцията е от изключително значение за успеха на роговичната трансплантация.

КП № 133 КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ГЛАУКОМА, СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОКОТО И НЕПЕРФОРАТИВНИ ТРАВМИ

1.Минимален болничен престой – 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Други болести на хориоидеята

H31.3 Руптура на хориоидеата

H31.4 Отлепване на хориоидеата

Оклузия на съдовете на ретината

Не включва: преходна слепота (G45.3)

H34.0 Преходна ретинална артериална оклузия

H34.1 Централна ретинална артериална оклузия

H34.2 Други ретинални артериални оклузии

Петно на Hollenhorst
Ретинална:
- артериална оклузия:
- клонова
- частична
- микроемболия

H34.8 Други ретинални съдови оклузии

Ретинална венозна оклузия:
- централна
- начална
- частична
- на венозен клон

Други болести на ретината

H35.6 Ретинена хеморагия

Глаукома

Не включва: абсолютна глаукома (H44.5)
вродена глаукома (Q15.0)
травматична глаукома при родова травма (P15.3)

H40.0 Суспектна глаукома
Очна хипертензия

H40.1 Първична глаукома с отворен ъгъл
Глаукома (първична) с повишено ВОН:
- капсулирана с псевдоексфолиация на лещата
- с ниско налягане
- пигментна

H40.2 Първична глаукома със затворен ъгъл
Глаукома със затворен ъгъл (първична)(резидуален стадий):
- остра
- хронична
- интермитентна

H40.3 Вторична глаукома, посттравматична
При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код.

H40.4 Вторична глаукома, дължаща се на възпалително заболяване на окото
При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код.

H40.5 Вторична глукома, дължаща се на други болести на окото
При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код.

H40.6 Вторична глаукома, предизвикана от лекарствени средства
При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало увреждане, се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Глаукома при болести, класифицирани другаде

H42.0* Глаукома при болести на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата
Глаукома при:
- амилоидоза (E85.—†)
- синдром на Lowe (E72.0 †)

H42.8* Глаукома при други болести, класифицирани другаде
Глаукома при онхоцеркоза (B73†)

Болести на очната ябълка

Включва: увреждания, обхващащи множество структури на окото

H44.5 Дегенеративни състояния на очната ябълка
Абсолютна глаукома
Атрофия на очната ябълка
Фтиза на булба

Други болести на зрителния [2-я] нерв и зрителните пътища

H47.0 Болести на зрителния нерв, некласифицирани другаде
Компресия на оптичния нерв
Кръвоизлив в обвивката на зрителния нерв
Исхемична невропатия на зрителния нерв

Други вродени аномалии на окото

Не включва: вроден нистагъм (H55)
очен албинизъм (E70.3)
пигментен ретинит (H35.5)

Q15.0 Вродена глаукома
Буфталм
Глаукома на новородено
Хидрофталм
Кератоглобус, вроден, с глаукома
Макрофталм при вродена глаукома
Макрокорнея с глаукома
Мегалокорнея с глаукома

Травма на черепномозъчните нерви

S04.1 Травма на околомоторния нерв
Трети черепномозъчен нерв

S04.2 Травма на нервус трохлеарис
Четвърти черепномозъчен нерв

S04.4 Травма на нервус абдуценс
Шести черепномозъчен нерв

Травма на окото и очната орбита

Не включва: травма на:
- нервус окуломоториус [трети] (S04.1)
- нервус оптикус [втори] (S04.0)

открита рана на клепача и околоочната област (S01.1)
счупване на кости на орбитата (S02.1, S02.3, S02.8)
повърхностна травма на клепача (S00.1—S00.2)

S05.0 Травми на конюнктивата и контузия на роговицата без споменаване на чуждо тяло
Не включва: чуждо тяло в:

- конюнктивалния сак (T15.1)
- роговицата (T15.0)

S05.1 Контузия на очната ябълка и околоочната област
Травматична хифема
Не включва: синина в областта на окото (S00.1)
контузия на клепача и околоочната област (S00.1)

Термични и химични изгаряния, ограничени в областта от окото и придатъците му

T26.0 Термично изгаряне на клепача и периокуларната област

T26.1 Термично изгаряне на корнеята и конюнктивалния сак

T26.5 Химично изгаряне на клепача и околоочната област

T26.6 Химично изгаряне на корнеята и конюнктивалния сак

Кодовете на диагнози към рубриката H42, обозначени със знака (*), не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1835	**Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания**
11202-00	Гониоскопия
11206-00	Пахиметрия
160	**Процедури за изследване на очна ябълка**
42503-00	Офталмологичен преглед *Включва*: слит лампа (биомикроскоп) *Не включва*: изследване на: • око, чрез импресионна цитология на корнея (11235-00 [1835]) • очни дъна (11212-00 [1835]) при всяка друга процедура на окото– пропусни кода
1990	**Друга ангиография**
96188-00	Друга фотография на око Фотография на преден очен сегмент *Включва*: интравенозно инжектиране на багрило множество експозиции едно или двете очи
204	**Аспирация на течно или стъкловидно тяло**
	Включва: такава чрез парацентеза
42740-01	Диагностична аспирация на стъкловидно тяло
1940	**Ултразвук на глава или шия**
55030-00	Ултразвук на орбитално съдържание Ултразвук на око (двупланово) (еднопланово)

1990 Друга ангиография

11215-00 Ретинална фотография на 1 око
Включва: интравенозно инжектиране на багрило
множество експозиции

11218-00 Ретинална фотография на двете очи
Включва: интравенозно инжектиране на багрило
множество експозиции

1835 Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно
Включва: венозно инжектиране на багрило
офталмоскопия

1952 Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

2015 Магнитно резонансен образ

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-01 Магнитно резонансна томография на глава
Включва: лице
орбита
синуси (етмоидален) (фронтален) (максиларен) (сфеноидален)
черепна кост
Не включва: такава на мозък:
• функционални (90901-09 [2015])
• БДУ (90901-00 [2015])

1835 Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

92016-00 Тонометрия
Измерване на вътреочно налягане

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] *Не включва*: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1910	***Мозъчна анестезия***
92514-19	Обща анестезия Соматично здрав пациент неспешно или не е известно
92514-10	Обща анестезия Соматично здрав пациент процедура, изпълнена по спешност
92514-29	Обща анестезия Пациент с леко системно нарушение неспешно или не е известно
92514-20	Обща анестезия Пациент с леко системно нарушение процедура, изпълнена по спешност
92514-39	Обща анестезия Пациент с тежко системно заболяване, ограничаващо активността му неспешно или не е известно
92514-30	Обща анестезия Пациент с тежко системно заболяване, ограничаващо активността му процедура, изпълнена по спешност

1832	**Периметрия**
	Изследване на зрително поле
11221-00	Пълна количествена компютризирана периметрия, двустранна
96040-00	Мануална периметрия, едностранно
96041-00	Мануална периметрия, двустранно
11224-00	Пълна количествена компютризирана периметрия, едностранна

1967	**Рентгенография на глава или шия**
	Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])
57924-00	Рентгенография на око *Не включва*: орбита (57912-00 [1967])

1835	**Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания**
96044-00	Измерване на очната подвижност и бинокулярна функция
11204-00	Електроретинография [ЕРГ] Не включва: схема на електроретинография (11210-00 [1835])
11205-00	Електроокулография [ЕОГ]
92015-00	Визуален евокиран потенциал [ВЕП]
11203-00	Тонография за глаукома *Включва*: използване на електрическа тонографска машина, даваща директен запис

1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

251 Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху конюнктива

42824-01 Субконюнктивално приложение на агент
Включва: инжекция на 5-FU [флуорорацил]
Не включва: локални средства – пропусни кода

221 Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху орбита

42824-00 Ретробулбарно приложение на алкохол или други лекарства

1876 Умения, придобити по време на движение

Двигателна терапия
Работа с нарастваща натовареност/трудни условия
Включва: оценка на прогреса
Забележка: Тренинг, включващ умения, изискващи асистиране или наблюдение на клиента при изпълнение на упражнения, с цел подобряване кондицията на тялото, подобряване на здравето или поддържане на форма или като средство за корекция на деформитет или възстановяване на органни и телесни функции до състояние на здраве.

96116-00 Терапия с упражнение, очни мускули

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагуланти

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагуланти

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди
Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Кортикостероиди *Не включва*: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00) 96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и минимум три диагностични процедури **от различни блокове**, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура **92191-00 или 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Очни болести". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Очни болести".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Очна клиника/отделение*
2. Клинична лаборатория I ниво

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то по изключение може да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по очни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по очни болести – двама за структури от II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести".

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по очни болести – двама за структури от II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести".

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Пахиметър – на територията на лечебното заведение, изпълнител на клиничната пътека.

Компютърен или кугел-периметър - на територията на лечебното заведение, изпълнител на клиничната пътека.

Апаратурата по т. 4.1. и 4.2. се изисква за ЛЗ, в които се отчита дейност по консервативно лечение на глаукома.

Апаратура за флуоресцеинова ангиография или ангиоскопия на око – допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

КТ/МРТ - допуска се договор с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

5. а <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Дейностите и услугите в обхвата по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Клинични симптоми:

При откритоъгълна глаукома: некомпенсирано вътреочно налягане, със или без глаукомни дефекти в зрителното поле и промени в диска на зрителния нерв (глаукомна екскавация), открит камерен ъгъл.

При закритоъгълна глаукома: тесен или закрит камерен ъгъл

- субакутна глаукома - преходен очен дискомфорт, замъгление на зрението при повишение на очното налягане, поради преходен зеничен блок и непълно блокиране на камерния ъгъл.

- при глаукомен пристъп – болки в окото и съответната половина на главата, гадене, повръщане, зачервяване на окото, намаление на зрението, силно повишено вътреочно налягане, поради зеничен блок и пълно блокиране на камерния ъгъл.

- при хронична закритоъгълна глаукома – постоянно повишено вътреочно налягане, на фона на което могат да се развива симптоматика на глаукомни пристъпи поради трайни промени, водещи до затваряне на камерния ъгъл.

При съдови заболявания:

Субективни:

- внезапно намаление на зрението или отпадане на част от зрителното поле.

Обективни:

- исхемичен оток в очното дъно (при артериална оклузия);
- обилни хеморагии в сектор или в цялото очно дъно (при венозните оклузии);
- едем на главата на зрителния нерв (при предна исхемична оптикопатия).

При неперфоративни травми:

- намаление или загуба на зрението;
- кръвоизлив в предната камера.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Консервативно лечение на пациенти с:

- **при глаукома:**

- глаукомен пристъп при първична или вторична закритоъгълна глаукома – за консервативно лечение.

- с глаукома инсуспектум, с наличие на три от следните рискови фактори: некомпенсирано ВОН, съмнителни за глаукома промени в ДЗН и зрителното поле, фамилна обремененост за глаукома;

- с некомпенсирана глаукома;

- **при съдови заболявания на окото:**

- пресни оклузии на артериален съд;
- оклузия на венозен съд;
- предна исхемична оптикопатия;
- ретинална хеморагия

- **руптура и отлепване на хориоидеята**
- **при неперфоративни очни травми:**

- контузионен синдром на зрителния анализатор;
- термични и химични изгаряния на зрителния анализатор.

- **болести на зрителния нерв**
- **травма на ЧМН**
- **консервативно лечение на пациенти след преживени неперфоративни очни травми при:**

-постконтузионни синдроми;
-състояния след термични и химични изгаряния.

Пациенти с глаукома постъпват за лечение по клиничната пътека еднократно – с оглед диагностично уточняване.

При изследване на деца под 14 години, при необходимост се прилага обща анестезия за извършване на необходимите изследвания и манипулации. Извършва се задължителна консултация със специалист по АИЛ и се попълва Документ № 2.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

ПРИ ГЛАУКОМНО БОЛНИ:

Диагностични методи:

- светлинна биомикроскопия;
- гониоскопия - задължително;
- офталмоскопия - задължително;
- тонометрия - задължително;
- автоматична или изоптерна периметрия - задължително;
- пахиметрия и изследване на неврофибрилерен слой – препоръчително;
- зрителна острота.

Медикаментозно лечение:

- парасимпатикомиметици (миотици) – директни, индиректни
- симпатикомиметици: адреналин, епинефрин;
- бета – блокери ;
- карбоанхидразни инхибитори: локални и общи;
- алфа-2-агонисти;
- простагландинови аналози;
- хиперосмотични средства: манитол, глицерин и др.
- медикаменти за обща анестезия (при деца);
- болкоуспокояващи средства.

ПРИ СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОКОТО:

Задължителни диагностични методи:

- зрителна острота;
- офталмоскопия;
- тонометрия.

Флуоресцеинова ангиография – по преценка и при възможност от страна на окото.

Медикаментозното лечение включва средства, подобряващи ретинната циркулация – съдоразширяващи, приложени системно; антикоагуланти, съчетани с перорален антиагрегант; съдоукрепващи средства, резорбтивна терапия при масивни хеморагии.

ПРИ НЕПЕРФОРАТИВНИ ОЧНИ ТРАВМИ:

Задължителни диагностични методи:

- зрителна острота;
- биомикроскопия;
- тонометрия – при възможност да се извърши изследването;
- офталмоскопия (при възможност от страна на окото).

Допълнителни изследвания – по преценка.

При контузии на очната ябълка, причинени от различни предмети и предизвикващи различни по клиничен характер синдроми, пациентите се приемат по спешност. Извършват се рутинните офталмологични изследвания, рентгенография или КТ на орбитата за изключване на чуждо интрабулбарно тяло; лабораторни изследвания; консултация с кардиолог и с анестезиолог, с оглед евентуално възникване на индикация за оперативно лечение.

При постконтузионни синдроми на зрителния анализатор пациентите се приемат в планов порядък. Освен рутинните офталмологични изследвания, може да се наложи допълнително изследване на зрително поле с автоматична периметрия, флуоресцеинова ангиография, електроретинография. Прави се план за лечение, съдържащ освен медикаментозно лечение, терапия с аргон или диоден лазер. Тежките химични и термични изгаряния на клепачите, конюнктивата, корнеята, склерата и други тъкани на окото, се приемат по спешност.

При химичните изгаряния на пациента се извършва спешна промивка с обикновена вода, дестилирана вода или физиологичен разтвор. Промивката продължава до неутрализиране на лакмуса. Поставят се антибиотични и/или антисептични капки, епителотонични капки/гелове и се приемат за болнично лечение.

В болнични условия промивките продължават и на следващия ден, ако лакмусът не показва неутралност. Добавят се и други допълнителни медикаменти, като кортикостероиди, нестероидни противовъзпалителни средства, витамини, по преценка на лекуващия лекар.

При пациенти с тежки химични и термични изгаряния, в продължение на една година може да възникнат три или четири посткомбустионни увеити или вторична глаукома, както и цикатрициални промени между клепачи и очна ябълка. В тези случаи пациентите се приемат за терапевтично повлияване с консервативни средства на гореизброените клинични форми.

При пациентите с данни за алергия се извършва консултация с алерголог или интензивен терапевт.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

При глаукома:

Не са необходими допълнителни изследвания за поставяне на диагнозата.

При съдови заболявания:

След получаване на резултатите от проведените изследвания.

При неперфоративни очни травми:

Окончателната диагноза се поставя след рутинните офталмологични изследвания, допълнителните високоспециализирани очни изследвания, ако се наложат такива.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

1. уточняване на диагнозата при болни с глаукома, уточняване на консервативното лечение и честотата на следболничното проследяване на състоянието на пациента, евентуално насочване за диспансеризация на болния или отхвърляне на диагнозата;
2. приключване на интравенозните вливания и преминаване на перорална терапия при съдови заболявания, а при усложнени случаи - уточняване на усложненията и лечебния процес;
3. стабилизиране на зрителната острота при неперфоративни очни травми (която не винаги може да остане 1), нормализиране на вътреочното налягане, резорбция на кръв в предна камера, затихване на посттравматичния възпалителен процес;
4. стабилизиране на зрителна острота при планови постконтузионни синдроми (която не винаги може да остане 1), нормализиране на вътреочното налягане, затихване на възпалителния процес;

5. след затихване на възпалителните процеси при спешните химични и термични изгаряния, нормализиране на вътреочното налягане, стабилизиране на зрителната острота (която не винаги може да остане 1);

6. затихване на възпалителния процес при планови посткомбустионни синдроми, нормализиране на вътреочното налягане, стабилизиране на зрителната острота (която не винаги може да остане 1) и стабилизиране на цикатриксиалните процеси.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

“Глаукома“ е термин употребяван за група невродегенеративни заболявания, причиняващи типични увреждания на зрителния нерв и зрителното поле. В 2/3 от случаите тези промени се дължат на повишено вътреочно налягане, а в 1/3 от случаите - на съдови промени.

Кое вътреочно налягане е нормално? За всеки пациент съществува индивидуална норма за вътреочно налягане (ВОН). Нормално е това налягане при което не съществува опасност от увреждане на зрителния нерв и зрителното поле. Счита се, че границите за нормално вътреочно налягане са между 10 и 21 мм.ж., но при някои състояния като напреднала глаукома с изразени увреждания на зрителния нерв и наличието на други фактори, като атеросклероза, диабет и др. понякога се налага ВОН да се понижи в границите на 10-15 мм ж., за да се спре прогресирането на глаукомните увреждания.

Какви видове глаукома има? Когато глаукомата се развива веднага или наскоро след раждането тя е”вродена“или “конгенитална”. В по-късна възраст различаваме “детска“ или “юношеска” глаукома. Най-разпространена е глаукомата след 40 годишна възраст, която не е свързана с други очни заболявания –т.н.”първична глаукома”. Ако заболяването се дължи на други очни заболявания като възпаления, промени в лещата, травми и др. тя се нарича – вторична глаукома.

Какви са глаукомните симптоми? В зависимост от вида глаукомата може да протече почти безсимптомно подобно на “старческото перде” (катаракта), без болки и други оплаквания освен намаление на зрението, дефекти и стеснение на зрителното поле или протича с пристъпи от силно повишение на вътреочното налягане. То се съпровожда с болки в съответното око, слепоочие и половината глава, притъмняване, намаление на зрението, цветни кръгове около лампата, гадене, повръщане. Ако заболяването не се лекува глаукомните увреждания на зрителния нерв и зрителното поле необратимо прогресират до пълна слепота.

Какви изследвания са необходими за диагностициране на заболяването? Това са: измерване на вътреочното налягане, оглед на зрителния нерв чрез офталмоскопия, изследване на зрителното поле (периметрия), оглеждане на предния очен сегмент и камерния ъгъл (гониоскопия).

Лечение. Основната му цел е чрез лекарства, лазерни интервенции или операции да се нормализира вътреочното налягане и да се спре прогресирането на глаукомните увреждания.

СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОКОТО

Оклузията на ретинна артерия представлява запушване на клон или на ствола на централната ретинна артерия, която храни ретината (очното дъно). Това запушване може да се причини от ембол, тромб или спазъм.

Заболяванията, които могат да доведат до артериална ретинна оклузия, са: високото кръвно налягане, артериосклерозата, диабета, някои анемии и други кръвни заболявания, които водят до повишена съсирваемост на кръвта, продължителното приемане на противозачатъчни средства, някои възпалителни заболявания, стрес и много други.

Заболяването протича без болка, обикновено сутрин на събуждане, със загуба на зрението, когато е запушен ствола на артерията, и с частично отпадане на зрителното поле - при клоновите оклузии.

В очното дъно се вижда жълтеникав исхемичен оток, който покрива цялото очно дъно при стволовите оклузии, или зоната, която се храни от оклузирания клон.

Това заболяване, което се нарича още и "инфаркт" на очното дъно, изисква спешна помощ от очен лекар, тъй като ретината е нервна тъкан и не може да остане продължително време без кръвоснабдяване.

Лечението е насочено към бързо разширяване на съдовете и медикаменти за улесняване на протичането на кръвта в съдовете. Подобрение се очаква в първите дни, въпреки че лечението продължава през целия живот. Периодично трябва да се измерва вътреочното налягане, тъй като това е едно от възможните усложнения.

Оклузията на ретинна вена представлява запушване на клон или на ствола на централната ретинна вена, която дренира кръвта от ретината (очното дъно). Това запушване се причинява най – често от тромб.

Заболяванията, които могат да доведат до венозна ретинна оклузия, са: високо кръвно налягане, артериосклероза, захарен диабет, някои анемии и други кръвни заболявания, водещи до повишена съсирваемост на кръвта, някои възпалителни заболявания, продължителното приемане на противозачатъчни средства и други. От очните заболявания глаукомата предразполага към венозни оклузии.

Венозните оклузии протичат без болка, със значително намаление на зрението (когато е запушен ствола на вената) и с частично отпадане на зрителното поле (при клоновите оклузии). През преходните дни понякога се усещат временни примъглявания.

При изследване в очното дъно се виждат множество кръвоизливи на мястото на запушената вена. Ако центърът на очното дъно (макулата) е покрита от кръвоизливи, зрението е силно намаляло, въпреки че е запушен само венозен клон.

Лечението е насочено към улесняване на протичането на кръвта в съдовете и разнасянето на кръвоизливите, и основно към предотвратяване на усложненията, които могат да доведат до развитие на нови слаби съдове, кръвоизлив в цялото око, повишение на вътреочното налягане с болки, и в най – лошия случай до загуба на окото. Тези усложнения се предотвратяват чрез проследяване на заболяването с контрастни снимки на очното дъно – флуоресцеинова ангиография, и при необходимост - провеждане на лазерно лечение. През цялото време е необходимо да се провежда медикаментозно лечение. В повечето случаи зрението остава намаляло, но при правилно проследяване и водене на лечението се избягват тежките усложнения.

След като веднъж се е получило запушване на венозен съд, трябва да се поддържа медикаментозно лечение през целия живот за улесняване на протичането на кръвта в съдовете и да се спазват стриктно назначените контролни прегледи.

Предната исхемична оптикопатия се причинява от запушване на съдове, които хранят главата на зрителния нерв.

Исхемичната оптикопатия може да се предизвика от редица системни заболявания: артериосклероза, повишено кръвно налягане, захарен диабет, темпорален артериит, кръвни заболявания и много други.

Заболяването засяга едното, по – рядко и двете очи. Обикновено сутрин на събуждане се установява намаление на зрението и тъмно петно, разположено обикновено долу към носа, което постепенно нараства и за няколко дни може да закрие цялото око.

Очният лекар констатира оток на главата на зрителния нерв с малки кръвоизливи. Изследването на зрителното поле очертава дефектите, а контрастното образно изследване (флуоресцеинова ангиография) поставя диагнозата и диференцира заболяването от други сходни засягания на зрителния нерв.

Лечението е само медикаментозно, но много продължително. За цял живот се предписват лекарства, които улесняват протичането на кръвта в съдовете. До шестия месец от началото на заболяването могат да се очакват подобрения, въпреки че те настъпват в още първите дни.

След три до шест месеца отокът на главата на зрителния нерв претърпява обратно развитие и заболяването преминава в атрофичния стадий, при който остават трайни петна в зрителното поле, а зрението може да варира от нормално до усещане само за светлина.

Налагат се редовни контролни прегледи при очен лекар и допълнителни изследвания, ако се появят смущения и във второто око.

ТРАВМИ, ТЕРМИЧНИ И ХИМИЧНИ ИЗГАРЯНИЯ НА ОКОТО И ПРИДАТЪЦИТЕ МУ

Неперфоративни травми

Определение: непенетриращи наранявания на очната ябълка – това са тези състояния на очната ябълка, при които вследствие на външни агенти (взривна вълна, удар с тъп предмет, юмрук, топка и др. агенти) не се получава разкъсване на очните структури и стената на булба, но се получава временно или трайно увреждане на функциите.

Тук се отнасят контузията на окото причинена вследствие на твърд предмет, както непенетриращите травмени увреждания на очната ябълка с или без чуждо тяло.

Може да бъде увредена роговицата с получаване на оток или гънки на десцеметовата мембрана, да се получат разкъсвания на ириса с кръвоизлив в предната камера (хифема), дислокация на лещата, кръвоизлив в стъкловидното тяло, разкъсвания на хороидеята и ретината, травматичен оток на ретината, откъсване на зрителния нерв от булба.

Тези пациенти се преглеждат по спешност от офталмолозите и по тяхна преценка се насочват към специализирани лечебни заведения за хоспитализация.

Постконтузионите синдроми се приемат в планов порядък.

Извършват се рутинните офталмологични изследвания, рентгенография или КАТ на орбитата за изключване на интрабулбарно чуждо тяло, рутинни лабораторни изследвания, консултация с кардиолог или анестезиолог с оглед евентуално възникване на индикация за оперативно лечение. При пациенти с алергия се извършва съответната консултация. Освен рутинните офталмологични изследвания, може да се наложи допълнителното изследване на зрителното поле с автоматична периметрия, флуоресцеинова ангиография, електроретонография.

План за лечение: антибиотици общо и локално, нестероидни противовъзпалителни средства (НПВС), кортикостероиди, антиглаукомни средства, изкуствени сълзи.

Изход от лечението: При повърхностни наранявания на окото и леки контузионни синдроми се очаква пълно възстановяване на функциите.

При по-тежките контузионни синдроми и непроникващи наранявания се очаква частична, понякога пълна загуба на функциите.

Изгаряния

Определение: Увреждане на окото и придатъците му вследствие термични, химични или лъчеви агенти.

Термичните изгаряния се получават от вещества с висока или ниска температура.

Химичните изгаряния се получават от заливане с киселини или основи (избухнали акумулатори, гасена или негасена вар, различни химични вещества от промишлеността с киселинен или основен характер и др.)

Лъчевите изгаряния се получават най-вече в йонизиращи радиационни лъчения (α, β и x - лъчите), както и при пряко излагане на слънчева радиация (UV-лъчение и др).

Всички пациенти с изгаряне се приемат по спешност в извънболничната или болничната помощ. Незабавно се извършва промивка с обикновена вода или физиологичен разтвор. Промивката продължава до неутрализиране на лакмуса при химичните изгаряния, както и отстраняване на повърхностни чужди тела. Поставят се епителотонични капки и гелове, без превръзка и тежко увредените пациенти се хоспитализират.

При по тежките изгаряния III или IV степен се налага спешна оперативна интервенция - изрязване на некротичните материи, автопластика на конюнктива, пластика на амнион, кератопластика на топло, блефарорафия. Всички тези оперативни интервенции по преценка на оперативния екип могат да бъдат самостоятелни или комбинирани.

При плановата хоспитализация на посткомбусционните синдроми се извършват рутинните офталмологични изследвания, по показания диагностичен ултразвук и/или ERG.

Изход от лечението:

При изгаряния I, II степен прогнозата е добра с почти пълно възстановяване на функциите. При тежките степени на изгаряне III, IV степен много често имаме частична или пълна загуба на функциите с поетапни реконструктивни операции.

КП № 134 КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ИНФЕКЦИИ И ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОКОТО И ПРИДАТЪЦИТЕ МУ

1.Минимален болничен престой – 2 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вроден сифилис

A50.3 Късно вродено сифилитично увреждане на очите
Късен вроден сифилитичен интерстициален кератит† (H19.2*)
Късна вродена сифилитична офталмопатия, НКД (H58.8*)
Не включва: триада на Hutchinson (A50.5)

Късен сифилис

A52.1 Невросифилис със симптоми
Късен(-на) сифилитичен(-на):
- атрофия на зрителния нерв† (H48.0*)
- ретробулбарен неврит† (H48.1*)

A52.7 Други симптоми на късен сифилис
Гума (сифилитична) } с всякакви локализации, освен класифицираните в рубриките A52.0—A52.3
Късен(-на)(-но) сифилитичен(-на)(-но):
•• хориоретинит† (H32.0*)
- еписклерит† (H19.0*)
- офталмопатия, НКД† (H58.8*)

Гонококова инфекция

A54.3 Гонококова инфекция на окото
Гонококов:
- конюнктивит† (H13.1*)
- иридоциклит† (H22.0*)

Гонококова офталмия при новородено

Херпес-вирусни [herpes simplex] инфекции

Не включва: аногенитална херпес-вирусна инфекция (A60.—)
вродена херпес-вирусна инфекция (P35.2)
гама-херпес-вирусна мононуклеоза (B27.0)
херпангина (B08.5)

B00.5 Херпес-вирусна болест на очите
Херпес симплекс-вирусен:
- дерматит на клепач (H03.1*)
- иридоциклит (H22.0*)
- ирит (H22.0*)
- кератит (H19.1*)
- кератоконюнктивит (H19.1*)
- преден увеит (H22.0*)

Херпес зостер [herpes zoster]

B02.3† Херпес зостер с очни усложнения
Херпес зостерен:
- блефарит (H03.1*)
- конюнктивит (H13.1*)
- иридоциклит (H22.0*)
- ирит (H22.0*)
- кератит (H19.2*)
- кератоконюнктивит (H19.2*)
- склерит (H19.0*)

Токсоплазмоза

B58.0† Токсоплазмозна окулопатия

Токсоплазмозен хориоретинит (H32.0*)

Саркоидоза

D86.8 Саркоидоза с други комбинирани локализации
Иридоциклит при саркоидоза† (H22.1*)

H00.0 Други дълбоки възпаления на клепача
Абсцес, Фурункул } на клепача

Болести на слъзния апарат

Не включва: вродени аномалии на слъзния апарат (Q10.4—Q10.6)

H04.0 Дакриоаденит
Хронична хипертрофия на слъзната жлеза

H04.3 Остро и неуточнено възпаление на слъзните пътища
Дакриоцистит (флегмонозен), Дакриоперицистит, Каналикулит } остър, подостър или неуточнен
Не включва: неонатален дакриоцистит (P39.1)

Болести на орбитата

Не включва: вродени аномалии на орбитата (Q10.7)

H05.0 Остро възпаление на орбитата
Абсцес, Целулит, Остеомиелит, Периостит, Тенонит } на орбитата

H05.1 Хронични възпалителни болести на орбитата
Гранулом на орбитата

Увреждания на слъзния апарат и орбитата при болести, класифицирани другаде

H06.2* Екзофталм при нарушение на функцията на щитовидната жлеза (E05.—†)

Увреждания на конюнктивата при болести, класифицирани другаде

H13.3* Очен пемфигоид (L12.—†)

Болести на склерата

H15.0 Склерит

H15.1 Еписклерит

Кератит

H16.0 Язва на роговицата
Язва:
- роговица:
- БДУ
- централна
- маргинална
- с перфорация
- ануларна
- с хипопион
- на Mooren

H16.1 Други повърхностни кератити без конюнктивит
Кератит:
- ареоларен
- филаментарен
- нумуларен (монетовиден)
- звездовиден
- лъчевиден (нишковиден)
- точковиден повърхностен

Фотокератит
Снежна слепота

H16.2 Кератоконюнктивит

Кератоконюнктивит:
- невротрофичен
- фликтенулозен

Офталмия нодоза
Повърхностен кератит с конюнктивит

H16.3 Интерстициален и дълбок кератит

Други болести на роговицата

H18.1 Булозна кератопатия
H18.2 Други корнеални едеми
H18.5 Наследствени дистрофии на роговицата
Дистрофия на:
- роговица:
- епителиална
- гранулозна
- мрежовидна
- петниста
- Fuchs

H18.6 Кератоконус

Иридоциклити

H20.0 Остър и подостър иридоциклит
Преден увеит
Циклит
Ирит
} остър, рецидивиращ или подостър

H20.1 Хроничен иридоциклит
H20.2 Иридоциклит, дължащ се на лещи

Други болести на ириса и цилиарното тяло

Не включва: симпатичен увеит (H44.1)

H21.4 Зенични мембрани
Бомбаж на ириса
Зенична:
- оклузия
- секлузия

H21.5 Други видове сраствания и отлепвания на ириса и цилиарното тяло
Гониосинехия
Иридодиализа
Задълбочаване (рецесия) на камерния ъгъл
Синехии на ириса:
- БДУ
- предни
- задни

Не включва: коректопия (Q13.2)

Увреждания на ириса и цилиарното тяло при болести, класифицирани другаде

H22.0* Иридоциклит при инфекциозни болести, класифицирани другаде
Иридоциклит при:
- гонококова инфекция (A54.3†)
- херпес-вирусна [herpes simplex] инфекция (B00.5†)
- сифилис (вторичен) (A51.4†)
- туберкулоза (A18.5†)
- herpes zoster (B02.3†)

H22.1* Иридоциклит при болести, класифицирани другаде
Иридоциклит при:
- анкилозиращ спондилит (M45†)
- саркоидоза (Д86.8†)

Хориоретинално възпаление

H30.0 Огнищно хориоретинално възпаление
Огнищен:
- хориоретинит
- хориоидит

- ретинит
- ретинохориоидит

H30.1 Дисеминирано хориоретинално възпаление
Дисеминиран:
- хориоретинит
- хориоидит
- ретинит
- ретинохориоидит

Не включва: ексудативна ретинопатия (H35.0)

H30.2 Заден циклит
Pars planitis

H30.8 Други хориоретинални възпаления
Болест на Harada

Хориоретинални нарушения при болести, класифицирани другаде

H32.0* Хориоретинално възпаление при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде
Хориоретинит при:
- късен сифилис (A52.7†)
- токсоплазмоза (B58.0†)
- туберкулоза (A18.5†)

Други болести на ретината

H35.0 Фонова ретинопатия и ретинални съдови изменения
Изменения в ретиналната съдова картина
Ретинални:
- микроаневризми
- неоваскуларизация
- периваскулит
- варици
- съдови обвивки
- васкулит

Болести на очната ябълка

H44.0 Гноен ендофталмит
Панофталмит
Абсцес на стъкловидното тяло

H44.1 Други ендофталмити
Паразитен ендофталмит БДУ
Симпатичен увеит

H46 Неврит на зрителния нерв
Оптичен(-на):
- невропатия, освен исхемична
- папилит

Ретробулбарен неврит БДУ

Не включва: исхемична невропатия на зрителния нерв (H47.0)
невромиелит на зрителния нерв[Devic](G36.0)

Други некротизиращи васкулопатии

M31.6 Други гигантоклетъчни артериити

Код- H06.2*- Винаги в комбинация с диагнози от рубрика E05.-†, не може да се използва самостоятелно.

Код- H13.3*- Винаги в комбинация с диагнози от рубрика L12.-†, не може да се използва самостоятелно.

Кодовете на диагнози към рубриката H22.0, H22.1, и H32.0, обозначени със знака (*), не могат да се използват самостоятелно, а изискват основен код за диагноза, посочен в скобите след тях и обозначен със знака (†).

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

172 Други ексцизионни процедури на роговица

42650-00 Епителен дебридмен на роговица
Хемокаутеризация на епителa на роговица
Отстраняване на епителa на роговица
Остъргване на роговица за намазка или култура
Забележка: Извършва се при язва на роговицата, ерозия на роговицата или лентова кератопатия

160 Процедури за изследване на очна ябълка

42503-00 Офталмологичен преглед
Включва: слит лампа (биомикроскоп)
Не включва: изследване на:
• око, чрез импресионна цитология на роговица (11235-00 [1835])
• очни дъна (11212-00 [1835])
при всяка друга процедура на окото– пропусни кода

1990 Друга ангиография

96188-00 Друга фотография на око
Фотография на преден очен сегмент
Включва: интравенозно инжектиране на багрило
множество експозиции
едно или двете очи

1835 Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания

11212-00 Изследване на очно дъно
Включва: венозно инжектиране на багрило
офталмоскопия

92016-00 Тонометрия
Измерване на вътреочно налягане

1926 Микробиологични изследвания

92185-02 Микроскопско изследване на проба от око за култура и чувствителност

91937-02 Микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1925 Паразитологични изследвания

92185-03 Микроскопско изследване на проба от око за паразитология

91937-03 Микроскопско изследване на кръв за паразитология
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на
Причинител

1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
1924	**Биохимични изследвания изследвания**
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
1910	**Мозъчна анестезия**
92514-19	Обща анестезия Соматично здрав пациент неспешно или не е известно
92514-10	Обща анестезия Соматично здрав пациент процедура, изпълнена по спешност
92514-29	Обща анестезия Пациент с леко системно нарушение неспешно или не е известно
92514-20	Обща анестезия Пациент с леко системно нарушение процедура, изпълнена по спешност
92514-39	Обща анестезия Пациент с тежко системно заболяване, ограничаващо активността му неспешно или не е известно
92514-30	Обща анестезия Пациент с тежко системно заболяване, ограничаващо активността му процедура, изпълнена по спешност
1990	**Друга ангиография**
11218-00	Ретинална фотография на двете очи Включва: интравенозно инжектиране на багрило множество експозиции
1940	**Ултразвук на глава или шия**
55030-00	Ултразвук на орбитално съдържание Ултразвук на око (двупланово) (еднопланово)
1835	***Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания***
11207-01	Светлинна биомикроскопия

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

251	**Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху конюнктива**

42824-01	Субконюнктивално приложение на агент Включва: инжекция на 5-FU [флуорорацил] Не включва: локални средства – пропусни кода
221	**Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху орбита**
42824-00	Ретробулбарно приложение на алкохол или други лекарства
165	**Други процедури върху очна ябълка**
90061-00	Други процедури на очна ябълка
1920	**Приложение на фармакотерапия**
	Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект Не включва: прилагане на: • кръв и кръвни продукти (виж блок [1893]) • фармакологичен агент за: • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741]) Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди *Не включва*: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди *Не включва*: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна терапевтична процедура и минимум три диагностични процедури **от различни блокове, посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Основна процедура **92191-00 или 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Диагностичните процедури трябва да са насочени към заболяването, което е основна диагноза.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Очни болести". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Очни болести".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по очни болести*
2. Клинична лаборатория I ниво
3. Периметър
4. Апарат за А - ехография на око и орбита

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то по изключение може да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по очни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
2. Микробиологична лаборатория на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по очни болести – двама, за структури от II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести".

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по очни болести – двама, за структури от II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести".

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Вирусологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Имунологична лаборатория – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Апаратура за флуоресцеинова ангиография или ангиоскопия на око – допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

Апарат за Б - ехография - допуска се осигуряване на дейността чрез договор с друго ЛЗ.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Консервативно лечение на пациенти с остри и обострени хронични възпалителни заболявания на окото и придатъците му, неповлияващи се от проведеното лечение в извънболничната помощ.

Консервативно лечение на пациенти с хронични, подостри и рецидивиращи възпалителни заболявания на окото и придатъците му, неповлияващи се от провежданото лечение в извънболнични условия.

- ендофталмит, панофталмит;
- остър или хроничен обострен увеит;
- кератит (тежък или трудно повлияващ се от лечението в извънболнични условия), язва или абсцес на роговицата;
- десцеметоцеле, кератомалация;
- остър кератоконус;
- еписклерит и склерит (неповлияващ се от амбулаторното лечение);
- васкулит на ретината;
- неврит на зрителния нерв;
- абсцес, флегмон, фурункул на клепача;
- дакриоаденит, дакриоцистит;
- остро и хронично възпаление на орбитата;
- гигантоклетъчен артериит.
- хронични увеити;
- подостри и рецидивиращи роговични ерозии;
- остър или хроничен обострен увеит;
- кератит (тежък или трудно повлияващ се от лечението в извънболнични условия), язва или абсцес на роговицата
- васкулит на ретината;
- неврит на зрителния нерв.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Потвърждаване на диагнозата в болничното лечебно заведение - офталмологичен статус:

- зрителна острота - задължително;
- тонометрия - задължително;
- светлинна биомикроскопия - задължително;
- гониоскопия - по индикации;
- офталмоскопия - задължително;
- оглед на ретинна периферия – по индикации;
- флуоресецинова ангиография (ФА) - по индикации;
- ехография - по индикации;
- периметрия - по индикации.

Други изследвания:

- рентгенография на бял дроб и сърце, на кости и стави – по преценка;

- вземане на кръв за извършване на клинико-химични и хематологични изследвания - по преценка;

- вземане на кръв и/или материал от око за извършване на серологично, микробиологично, паразитологично, вирусологично, имунологично, патохистологично изследване – по преценка;

- КТ или МРТ – по преценка;

- консултации с други специалисти (ревматолог, фтизиатър, УНГ, стоматолог, невролог, неврохирург, дерматолог, АГ, гастроентеролог и др.) – по преценка.

Медикаментозно лечение - по показания:

- мидриатици и миотици;
- циклоплегици;
- антибиотици - локално и/или общо;
- НСПВС - локално и/или общо;
- кортикостероиди - локално и/или общо;
- противовирусни средства;
- туберкулостатици;
- антипаразитни средства;
- антимикотични средства;
- цитостатици, антиметаболити, имуносупресори;
- антихистамини;
- витаминотерапия;
- имуностимулатори;
- лубриканти;
- антиглаукомна терапия;
- локални анестетични колири.5

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя възоснова на проведените изследвания, консултации и диагностични процедури.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Пациентът се дехоспитализира след овладяване (подтискане) на възпалителния процес и стабилизиране на състоянието.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Всяка част на окото и неговите придатъци могат да бъдат засегнати от възпалителен процес. Възпалителните заболявания на окото (кератит, увеит, неврит, ендофталмит, склерит) протичат с болка, сълзене, дразнене, зачервяване на окото, намаляване на зрението. Освен симптоматичното лечение за отстраняване на болката и възстановяване на зрителната острота, се налага и уточняване на причинителя на възпалението. Затова е необходимо извършването на допълнителни очни и други изследвания и консултации с други специалисти. В някои случаи е необходимо да се вземе материал от окото за микробиологично и хистологично изследване.

В зависимост от тежестта на заболяването, лечението може да се проведе с капки, очни и общи инжекции и таблетки. Продължителността на лечението е от няколко дни (болнично) до години (в домашни условия). При някои заболявания е необходимо спешно или на определен етап – хирургично или лазерно лечение. Прогнозата за изхода от заболяването може да се даде след пълното диагностично уточняване, резултата от започнатото лечение и дългосрочното проследяване.

При възпаление на орбитата или клепачите се появява оток, зачервяване, болка, ограничена подвижност и изпъкване на окото. При тези състояния се налага спешно лечение за овладяване на възпалителния процес и предотвратяване на евентуални усложнения. Освен лечението с антибиотици и противовъзпалителни средства понякога е необходимо и хирургично лечение. То се състои в евакуиране на гнойното съдържимо, промивка, дренаж и други допълнителни процедури (взимане на биопсичен материал за хистологично изследване).

В резултат на тежки възпаления на клепачите и конюнктивата могат да се получат сраствания, водещи до деформация на клепачите. Тези състояния се лекуват хирургично – отстранява се променената тъкан и понякога се извършва конюнктивна пластика за покриване на дефекта.

Роговицата е част от външната обвивка на окото и е прозрачна. Намаляването на нейната прозрачност влошава зрението и е индикация за оперативно лечение – присаждане на донорна роговица. Някои възпалителни заболявания могат да доведат да изтъняване или пробив на роговицата, което налага оперативно лечение по спешност (кератопластика или биологично покритие).

Някои тежки форми на увеити въпреки активното лечение могат да доведат до слепота. В много редки случаи на тежки очни възпаления, довели до слепота и състояния, застрашаващи здравото око (симпатична офталмия), се налага оперативно отстраняване на болното око или неговото съдържимо (енуклеация /евисцерация).

КП № 135 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА РЕТИНА, СТЪКЛОВИДНО ТЯЛО И ТРАВМИ, ЗАСЯГАЩИ ЗАДНИЯ ОЧЕН СЕГМЕНТ

1.Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

209	**Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху ретина, хороидеа или задна камера**
42566-00	Магнитно отстраняване на вътреочно чуждо тяло от задния сегмент *Не включва*: такава чрез инцизия (42569-00 [210])
210	**Инцизионни процедури на ретина, хориоидея или задна камера**
42569-00	Немагнитно отстраняване на вътреочно чуждо тяло от задния сегмент *Включва*: такава чрез инцизия
211	**Деструктивни процедури на ретина, хориоидея или задна камера**
отчита се само при ретинопатия при недоносени деца	
42809-00	Деструкция на ретина чрез фотокоагулация Деструкция на хориоретинална лезия чрез фотокоагулация
214	**Други процедури на ретина, хороидея или задна камера**
90080-00	Други процедури на ретина или хороидея
90080-01	Други процедури на задна камера
212	**Възстановяване при отлепване на ретина**
	Възстановяване при разкъсване на ретина *Не включва*: ревизия на предишна процедура при отлепване на ретината (42779-00 [213])
42773-01	Възстановяване на отлепване на ретина чрез криотерапия Пневматична ретинопексия *Не включва*: такава с: • склерално огъване (42776-00 [212]) • витректомия (42725-00 [207])
42776-00	Възстановяване отлепване на ретината чрез склерално огъване *Включва*: въздушна тампонада криотерапия диатермия течност/газ обмен имплант витректомия
90079-00	Друго възстановяване на ретинално отлепване Възстановяване на отлепване на ретина БДУ
209	**Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху ретина, хороидеа или задна камера**
42812-00	Отстраняване на хирургически имплантиран материал от задния очен сегмент Отстраняване на: • опасващ силикон: • лента • тръба

	• имплант: • заден очен сегмент • ретина • склера (извивка)
207	**Витректомия**
42719-01	Премахване на стъкловидно тяло, преден достъп Витректомия БДУ
42722-01	Премахване на стъкловидно тяло с освобождаване на витреални ленти Витректомия чрез склеротомия на задна камера (парс плана достъп) *Включва*: подмяна на стъкловидно тяло *Не включва*: такава с: • капсулектомия (42731-00 [201]) • екстракция на очна леща (42731-01 [200]) • отстраняване на преретинална мембрана (42725-00 [207])
208	**Други процедури на стъкловидно тяло**
90078-00	Други процедури на стъкловидно тяло
1835	***Други диагностични очни тестове, измервания или изследвания***
11207-01	Светлинна биомикроскопия
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури **от различни блокове**, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура **92191-00 или 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Очни болести”. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Очни болести”.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Очна клиника/отделение*
2. Операционен блок/зали - оборудвана с коаксиален микроскоп, апарат за парс плана витректомия, лазерна апаратура, операционен микроскоп
3. Клинична лаборатория II ниво
4. Апаратура за А и Б ехография на око и орбита

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то по изключение може да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по очни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено
1. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Имплант (силиконово масло и тежки течности)	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Експандиращи газове	НЗОК не заплаща посочените изделия
Импланти за еписклерално усилване	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по очни болести – трима, за структури от III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести";
- лекар със специалност по анестезиология и интензивна терапия.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по очни болести – трима, за структури от III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Очни болести";
- лекар със специалност по анестезиология и интензивна терапия.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Операционният блок/зали в лечебното заведение следва да бъдат специализирани само за очна хирургия (в тях да се извършва само очна хирургия).

Лекарят със специалност по очни болести следва да има минимум две години трудов стаж след придобиване на специалността в очна клиника/отделение, където се извършва хирургия на ретина и стъкловидно тяло (удостоверено с документ от управителя на лечебното заведение).

Допълнителна квалификация на специалиста – сертификат за проведено обучение по хирургия на стъкловидно тяло и ретина.

Допълнителна квалификация на специалиста – сертификат за проведено обучение по ехография на око и придатъци.

Допълнителна квалификация на специалиста – сертификат за проведено обучение за работа с лазерна апаратура.

КТ/МРТ - допускат се договорни отношения с друго ЛЗ за осигуряване на дейността.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Оперативно лечение чрез хирургични интервенции на задния очен сегмент при пациенти с:

- вътреочно чуждо тяло;
- горни отлепвания на ретината;
- отлепвания на ретината с давност до 1 седмица;
- всички пациенти с травми на задния очен сегмент със и без интрабулбарно чуждо тяло;
- ендофталмит;
- травматично отлепване на ретината, хемофталм, неекстрахирани интрабулбарни чужди тела;
- тракционно отлепване на ретината с/без разкъсване;
- диагностицирано от очен специалист отлепване на ретината, с дефект или ретинно разкъсване, както и без ретинно разкъсване (ексудат);
- фиброваскуларна пролиферация с тракция на ретината с/без отлепване (диабетна ретинопатия);
- пролиферативна витреоретинопатия в стадий С3-D3 (старо отлепване на ретината);
- дупки и фиброза на макулата;
- мътнини в стъкловидното тяло със или без отлепване;
- сублуксирани и луксирани лещи и остатъци от лещи или ИОЛ;
- ретиносхиза;
- кисти на ретината;
- епи - и субретинени мембрани;
- влажна форма на макулна дегенерация;
- неоваскуларна мембрана при миопия;
- стрие ангиойдес;
- очна хистоплазмоза;

- наличие на имплантиран материал с индикации за експлантация.
-

Индикации за оперативно лечение:

- пролиферативна диабетна ретинопатия, със или без хемофталм, със или без тракционно отлепване на ретината;

- диагностицирано от очен специалист отлепване на ретината, със или без дефект или ретинно разкъсване, със или без клинични белези на пролиферативна витреоретинопатия (ПВР);

- кръвоизливи в стъкловидното тяло или помътняване на същото;

- луксирана в стъкловидното тяло биологична или артефициална леща;

- исхемични зони в периферията на ретината при новородени деца;

- интрабулбарни чужди тела;

- епи- и субретинени мембрани;

- ретинопатия на недоносеното.

Контраиндикации за оперативно лечение:

- инфекция на орбитното съдържимо (флегмон на орбитата) и придатъците;

- некомпенсирани тежки общи заболявания;

- некомпенсиран диабет – след задължителна консултация на ендокринолог.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Потвърждаване на диагнозата в болнични условия – офталмологичен статус

- визус;
- офталмоскопия – директна или индиректна;
- тонометрия;
- светлинна биомикроскопия.

Забележка – задължително при:

- влажна форма на макулна дегенерация;
- неоваскуларна мембрана при миопия;
- стрие ангиойдес;
- очна хистоплазмоза;

се провежда флуоресцеинова ангиография. По преценка на лекуващия лекар се провежда и оптична кохерентна томография (ОСТ).

При постъпване в диагностично приемния кабинет се извършват рутинни офталмологични изследвания, а също рентгенография и/или КТ, при необходимост – МРТ. При показания ултразвукова диагностика, лабораторни изследвания, консултация с анестезиолог и кардиолог, при анамнестични данни за алергия – консултация с алерголог.

При травми е необходимо да се извърши в извънболничната или болничната помощ противотетанична профилактика, проби за антибиотици, кръвоспиращи средства при необходимост.

Допълнителни изследвания:

- периметрия;
- ехография;
- електроретинография.

Оперативното лечение се заключава във:

- механично изрязване на стъкловидното тяло през парс плана, почистване на епи- или субретинените мембрани, мембрана лимитанс интерна и заместването му с физиологичен разтвор, въздух, газ или силиконово масло. В някои случаи по показания се прави ендофотокоагулация, криокоагулация или ендодиатермия. Може да бъде съчетано с усилване на склерата чрез еписклерални импланти (пломба, серклаж, пломба и серклаж); комбиниране на факоемулсификация на лещата с парс плана витректомия при предна пролиферативна ретинопатия, травматична катаракта и предна пролиферативна ДР;

- екстракция на чуждо тяло през парс плана от стъкловидното тяло или ретината;

- екстракция на луксирана леща или луксирана изкуствена леща от стъкловидното тяло и ретината;

- възстановяване на ретинално отлепване със силиконова тампонада;

- тампониране с газ;

- евакуация на тампониращ течен силикон;

- ревизия на очната травма, преценка за отстраняване на нежизнеспособни тъкани и реконструкция на запазените тъкани, с цел максимално възстановяване на анатомичната, функционалната и естетична стойност на зрителния анализатор. При наличие на чуждо тяло в очните придатъци или очната ябълка, се извършва екстракция на същото в рамките на 24 часа (по преценка на лекуващите лекари може и по-късно).

В пред- и следоперативния период се използват следните групи лекарствени средства:

- мидриатици;

- антибиотици;

- нестероидни противовъзпалителни медикаменти;

- кортикостероидни препарати;

- миотици;

- локални анестетични колири.

По време на оперативната интервенция се използват локални лекарствени средства: мидриатици, анестетици, кортикостероиди, антибиотици и инфузионни разтвори.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След изследване на офталмологичен статус, допълнителни и високоспециализирани офталмологични изследвания – при необходимост.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- постоперативен пълен или частичен възможен анатомичен успех
- подобрение на постоперативния възпалителен процес.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Очни болести".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарт "Очни болести").

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4
ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)
ОТЛЕПВАНЕ И ДЕФЕКТИ НА РЕТИНАТА

Какво е ретина?

Ретината е най – вътрешната обвивка на окото, която произхожда от невроектодермата; по същество това е нервна тъкан, чрез която се осъществяват зрителните функции: абсолютна светлочувствителност, различителна светлочувствителност, цветно и формено зрение. Изградена е от два слоя: външен пигментен; вътрешен – сензорна ретина, в който се намират светлочувствителните клетки: пръчици и колбички.

Какво е отлепване на ретината?

Това е заболяване, при което се получава разделяне на двата слоя на ретината - сензорната ретина от ретинния пигментен епител. Различават се регматогенно отлепване, тракционно и ексудативно.

При регматогенното отлепване преминава течност от стъкловидното тяло през разкъсването на ретината и разделянето и на два слоя.

Какви са симптомите ?

- влошаване на зрението;
- метаморфопсии (деформация на образите);
- фотопсии (светкавици);
- ограничение на зрителното поле;

Съществува ли възможност за профилактика?

Болните много често преди отлепване на ретината съобщават за подвижни праховидни мътнини пред очите си, "летящи мухи" или "цигарен дим", "светкавици". Тези симптоми говорят за промени в стъкловидното тяло и за тракции на същото върху ретината. При тези симптоми е наложителен преглед от специалист офталмолог за откриване на рискови зони и дефекти в ретината, които могат да доведат до нейното отлепване.

Рискови фактори за отлепване на ретината

Причина за отлепване на ретината са периферни дегенерации на витреоретината, които ако не са обработени предварително с аргон - лазер коагулация или криопексия, могат при тежки физически усилия, миопия или травма да доведат до нейното отлепване.

Как се поставя диагнозата?

Тя се поставя единствено от специалист офталмолог. След разширяване на зеницата, чрез директна или индиректна офталмоскопия или светлинна биомикроскопия с триогледалното стъкло на Голдман се установява вида на отлепването, наличието и разположението на ретиненото разкъсване или дефект на ретината.

Как се лекуват дефектите на ретината с/без отлепване на ретината?

При установяване на дефекти на ретината без отлепване, същите се обработват чрез крио- или фотокоагулация, като се предизвиква ретинопексия около мястото на дефекта. Отлепването на ретината се лекува само оперативно, като се предизвиква еписклерално вгъване на склерата с пломбиращ материал на мястото на разкъсването и се усилва екватора на очната ябълка със серклажна лента.

Каква упойка се използва?

Болният се оперира чрез местна или обща анестезия със съответните локални и общи анестетици, прилагане общо на седативни медикаменти и обезболяващи.

Какви усложнения могат да възникнат след операция?

Непълен анатомичен резултат.

Хеморагия – субретинна, хороидна или в стъкловидното тяло.

Възпаление на очната ябълка или орбитното съдържимо.

В около 30% от случаите се налага повторна операция.

ДИАБЕТНА РЕТИНОПАТИЯ

Диабетът е заболяване, при което се увреждат съдовете в целия организъм, но най-тежките поражения са в ретината, периферните нерви и бъбреците (ретинопатия, полиневропатия и нефропатия).

Какво представлява диабетната ретинопатия?

Поради специфичното увреждане на съдовете в ретината съществуват зони, които не се перфузират и отделят фактори, водещи до образуването на нови съдове. Тези съдове първоначално растат на нивото на ретината и поради непълноценния си строеж лесно предизвикват кръвоизливи. На този етап може да се проведе ефективно лечение с лазерна фотокоагулация. Ако лазерното лечение не е проведено навреме или то е неефективно, развитието на съдовете продължава, те формират мембрани, навлизат в стъкловидното тяло, предизвикват кръвоизливи в него, придръпват и отлепват ретината.

Какви са симптомите?

- намаление на зрението;
- плуващи мътнини;
- деформация на образите;
- ограничение на зрителното поле.

Кога се налага хирургично лечение на диабетната ретинопатия?

При чести и нерезорбиращи се кръвоизливи в стъкловидното тяло и ретината, които препятстват ефективната лазерна фотокоагулация.

При частично или тотално отлепване на ретината с или без наличието на кръвоизлив в стъкловидното тяло.

При наличието на мембрани, които упражняват тракции върху централните зони на ретината и водят до намаление на зрението.

Други.

Какво представлява хирургичното лечение на диабетната ретинопатия?

При наличието на някое от посочените състояния се извършва отстраняване на стъкловидното тяло, освобождаване на ретината от мембрани и кръвоизливи, ендофотокоагулация и при необходимост – тампонада на ретината с въздух, газ, тежки течности или силиконово масло. Понякога се налага външна криокоагулация на ретината или цилиарното тяло.

Как се поставя диагнозата?

Диагнозата "диабетната ретинопатия" се поставя единствено от специалист офталмолог след снемане на пълен офталмологичен статус, директна или индиректна офталмоскопия или биомикроскопия с триогледалното стъкло на Голдман. В случаите, когато не е възможно да се огледа очното дъно, е наложително ултразвуково изследване. Преценката за оперативното лечение може да се направи от специалист офталмолог с опит във витроеретиналната хирургия.

Каква упойка се използва?

Използва се местна анестезия, обща анестезия, общо приложение на седативни и обезболяващи средства.

Какви усложнения могат да настъпят?

По време на операцията – кръвоизливи, нараняване на лещата, разкъсване на ретината, невъзможност за разгъване на ретината и др.

След операцията – нови кръвоизливи в ретината и стъкловидното тяло, ново отлепване на ретината, възпаление на очната ябълка и придатъците на окото, непълен анатомичен резултат, повишаване на очното налягане и др.

ПРОЛИФЕРАТИВНА ВИТРЕОРЕТИНОПАТИЯ

Какво трябва да знае пациента за тази диагноза?

Пролиферативната витреоретинопатия е състояние на ретината, при която тя е отлепена (надигната) над подлежащата тъкан (в случая хориоидеята) и по този начин тя не може да се изхранва. Причината, за да стои ретината надигната (отлепена), са пролиферации, като мембрани или разраствания, които са се получили над ретината или под нея и са срастнали за нея, като я придърпват по такъв начин, че тя се нагъва, подобно на кожа от "мачкан лак".

Диагнозата и начинът на оперативно лечение са строго индивидуални и са различни при всеки пациент.

Причините

Причините, за да се получи пролиферативна ретинопатия са:

- старо отлепване на ретината, което няколко месеца не е третирано оперативно;
- третирано вече оперативно отлепване, което не е довело до слягане (залепване) на ретината;
- третирано оперативно отлепване на ретината, което в последствие се е отлепило отново и вече не е възможно да се третира по конвенционалните оперативни методи;
- "гигантски" разкъсвания на ретината, които често водят до масивни разраствания в базата на стъкловидното тяло;
- дезинсерции на ретината (откъсване на ретината от нейната база), най-често вследствие на тъпи травми или други причини;
- травматични наранявания на очната ябълка, например: разкъсни или прободни наранявания, с изтичане на вътреочното съдържимо;
- травматични наранявания на очната ябълка с вътреочни чужди тела, които могат да се екстрахират (извадят) само чрез витректомия;
- наследствени заболявания, засягащи плътността на стъкловидното тяло, като синдром на Вагнер или синдром на Голдман-Фавър.

Не всички отлепвания на ретината, третирани (оперирани) по конвенционалния начин би трябвало да доведат до слягане (залепване) на ретината. Ако това не стане, се налага нова операция, която или е пак конвенционална или е витректомия през плоската част на цилиарното тяло.

Целта на витректомията е да се екстрахира (извади) стъкловидното тяло от кухината на окото, да се "почистят" и отлепят разрастванията и надретинените мембрани, така че ретината да не се придърпва повече. При голям брой от случаите, въпреки освобождаването на ретината от придърпванията на мембраните и пролифериациите, тя не сляга и е необходимо тампониране, т. е. разгъване на ретината. Тампонирането на ретината се осъществява, като в стъкловидната кухина се инжектира силиконово масло. Около 8 до 10 месеца след въвеждането на силиконовото масло в окото, ако то не се екстрахира (извади), е възможно да се получи вторична катаракта, която налага отделно оперативно лечение.

В по-редки случаи разгъването (тампонирането) на ретината може да се осъществи и чрез въвеждане на специален газ във вътрешността на окото, но това става по преценка на лекуващия лекар, според медицинските показания.

Витректомията през плоската част на цилиарното тяло е операция, която се прави само в специализирани очни клиники.

НЕОВАСКУЛАРНИ МЕМБРАНИ В МАКУЛНАТА ЗОНА /МАКУЛНА ДЕГЕНЕРАЦИЯ, ПАЦИЕНТИ С НЕОВАСКУЛАРНА МЕМБРАНА ПРИ МИОПИЯ, ПАЦИЕНТИ С ДИАГНОЗА СТРИЕ АНГИОИДЕС И ПАЦИЕНТИ С ОЧНА ХИСТОПЛАЗМОЗА/

Какво е макулна зона?

Макулната зона е най-централната част от ретината, с която човек чете, вижда част от пространството, което фиксира и е съставена от високо диференцирани клетки, наречени колбички. Тази част от ретината, освен изброените функции, отговаря за възприемането на цветовете в заобикалящия ни свят и качеството на зрение в светлата част на деня.

Какво е неоваскуларна мембрана в макулната зона?

Това е една мембрана с много новообразувани съдове, които унищожават постепенно високо диференцираните клетки колбички и се понижава зрението постененно до пълна загуба.

Какви са симптомите?

- влошаване на зрението и то в централната част, невъзможност да се чете и вижда в далечината;
- метаморфопсии (деформация на образите);
- фотопсии (светкавици);
- централен дефект на зрителното поле.

Съществува ли възможност за профилактика?

Ако диагнозата е поставена в началото на процеса, чрез антиоксиданти и специално подбран хранителен режим при част от пациентите може да не настъпи динамика на процеса.

Рискови фактори за неоваскуларната мембрана:

- Възраст
- Храни с високо съдържание на масти
- Диабет
- Хипертонична болест
- Атеросклероза
- Генетични фактори
- Стресови ситуации;
- Тютюнопушене
- Раса
- Пол

Как се поставя диагнозата?

Тя се поставя единствено от специалист – офталмолог. След разширяване на зеницата, чрез директна или индиректна офталмоскопия или биомикроскопия с триогледалното стъкло на Голдман се установява вида на патологичния процес в макулната зона. За точната диагноза е необходимо извършването на прецизна периметрия (изследване на зрителното поле) и ФА (флуоресцеинова ангиография).

Как се лекува неоваскуларната мембрана?

При установена диагноза на неоваскуларна мембрана в макулната зона лечението се извършва чрез антиангиогенни препарати, разрешени за употреба в Република България. Съвременните методи на лечение могат да бъдат комбинирани по преценка на лекуващия лекар.

Най-подходящият метод за лечение на пациента се избира от лекуващия лекар.

При част от лечебните процедури лечението се повтаря през различни периоди (трикратно).

Каква упойка се използва?

Повърхностна анестезия с пропаракаин хидрохлорид (Proxymetacaine).

Какви усложнения могат да възникнат след операция?

Непълен анатомичан субстрат, рядко влошаване.

Хеморагия – субретинна, хороидна или в стъкловидното тяло.

Възпаление на очната ябълка или орбитното съдържимо.

Повишено вътреочно налягане.

Засягане на лещата – развитие на „перде".

Отлепване на ретината.

КП № 136 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ В ОБЛАСТТА НА УШИТЕ, НОСА И ГЪРЛОТО С МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

300 Процедури за изследване на външно ухо

90119-00 Отоскопия

370 Процедури за изследване на нос

41764-00 Ендоскопия на носни кухини
Риноскопия
Кодирай също когато е направена:
Биопсия на назофаринкс (41761-00 [375])

450 Стоматологичен преглед

97011-00 Цялостен преглед на устна кухина

416 Процедури за изследване на фаринкс

41764-02 Фиброоптично изследване на фаринкс
Фиброоптична фарингоскопия
Включва: назофаринкс
Кодирай също когато е направена:
• биопсия на интраназално пространство (41761-00 [375])

520 Процедури за изследване на ларинкса

Включва: биопсия
трахеоскопия

41849-00 Ларингоскопия
Директна ларингоскопия

41849-01 Индиректна ларингоскопия

41764-03 Фиброоптична ларингоскопия
Фиброоптична ларингоскопия

41855-00 Микроларингоскопия
Не включва: микроларингоскопия с изваждане на тумор или лезия (41864-00, 41861-00 [523])

1954 Компютърна томография на орбита (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56013-00 Компютърна томография на орбита

56013-01 Компютърна томография на орбита с интравенозна контрастна материя

56013-02 Компютърна томография на орбита и мозък

56013-03 Компютърна томография на орбита и мозък с интравенозна контрастна материя

1955 Компютърна томография на средно ухо и слепоочна кост (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350) [1966]

56016-00 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост,едностранно

56016-01 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-02 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, едностранно

56016-03 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-04 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост, двустранно

56016-05 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, двустранно

56016-06 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, двустранно
56016-07 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, двустранно

1956 Компютърна томография на лицева кост и/или параназален синус (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
56022-00 Компютърна томография на лицева кост
56028-00 Компютърна томография на лицева кост с интравенознаконтрастна материя
Компютърна томография на лицева кост без, след това с венозен контраст
56022-01 Компютърна томография на параназален синус
56028-01 Компютърна томография на параназален синус с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на околоносен синус без, след това с венозен контраст
56030-00 Компютърна томография на лицева кост, параназален синус и мозък
56036-00 Компютърна томография на лицеви кости, параназален синус и мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на лицева кост, околоносен синус и мозък без, след това с венозен контраст
56022-02 Компютърна томография на лицева кост и параназален синус
56028-02 Компютърна томография на лицева кост и параназален синус с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на лицева кост и околоносен синус без, след това с венозен контраст

1958 Компютърна томография на шия

Включва: ларинкс
фаринкс
слюнчена жлеза
горен хранопровод
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
тази за шиен гръбнак (виж блок [1959])
тази при сканиране на глава, корем и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
56101-00 Компютърна томография меки тъкани на шия
56107-00 Компютърна томография меки тъкани на шия с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография меки тъкани на шия без, след това с венозен контраст

1951 Томография

60100-00 Томография
Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966])
такава с:
• холецистография (58924-00 [1976])
• венозна пиелография (58706-00 [1978])

1990 Друга ангиография

59754-00 Лимфангиография
Включва: последваща радиография

1967 Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])
57902-00 Цефалометрия
Не включва: ортодонтска цефалометрия (57930-00, 57933-00 [1967])
57915-00 Рентгенография на мандибула
Не включва: тази при ортопантомография (57960-00 [1967])
тази на темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])
57921-00 Рентгенография на нос
57930-00 Рентгенография на зъби
Зъбна радиография
Ортодонтска:
• цефалография
• цефалометрия
Не включва: тази на цяла уста (57933-00 [1967])
57933-00 Рентгенография на зъби, цяла уста

Не включва: ортопантомография (57960-00 [1967])

57960-00 Ортопантомография

57918-00 Рентгенография на слюнчена жлеза
Радиография на камък на слюнчена жлеза
Сиалография

57942-00 Палатофарингеално изследване

57939-00 Палатофарингеално изследване с флуороскопски скрининг

57945-00 Рентгенография на ларинкс
Включва: меки тъкани на врата

57927-00 Рентгенография на темпоромандибуларна става
Не включва: артрография (59751-00 [1985])

57903-00 Рентгенография на параназален синус

57906-00 Рентгенография на мастоидна кост

57909-00 Рентгенография на петрозна темпорална кост

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
тази на:
• мастоидна кост (57906-00 [1967])
• околоносен синус (57903-00 [1967])
• петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

57912-00 Рентгенография на друга лицева кост
Включва: маларна
максила
орбита
Не включва: тази на:
• мандибула (57915-00 [1967])
• нос (57921-00 [1967])
• темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])

1988 Друга рентгенография

90903-00 Рентгенография на мека тъкан, некласифицирана другаде

1985 Артрография

59751-00 Артрография
Включва: контрастно изследване
предварителен общ план (обзорна графия)

1968 Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални посоки

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

1974 Рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: Бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: тези на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

1940 Ултразвук на глава или шия

55030-00 Ултразвук на орбитално съдържание
Ултразвук на око (двупланово) (еднопланово)

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
този за орбитално съдържание (55030-00 [1940])
55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

2015 Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
90901-09 Функционален магнитен резонансен образ на мозък
90901-01 Магнитно резонансна томография на глава
Включва: лице
орбита
синуси (етмоидален) (фронтален) (максиларен) (сфеноидален)
черепна кост
Не включва: такъв на мозък:
• функционални (90901-09 [2015])
• БДУ (90901-00 [2015])
90901-02 Магнитно резонансна томография на шия
Не включва: такъв на шиен гръбнак (90901-03 [2015])

1846 Други диагностични тестове на ухо, нос, уста и гърло, измервания или изследвания

92026-00 Назални функционални изследвания
Риноманометрия

1825 Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

1827 Изследване евокирани отговори на централна нервна система

Включва: тези чрез компютризирано усреднени техники
Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка
Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране
Не включва: тези, включващи аудиометрия (виж блок [1839])
11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания
11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1849 Друго измерване на дихателна функция

11512-00 Непрекъснато измерване на връзка между въздушен поток и белодробен обем по време на вдишване и издишване
Спирометрия 11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест
Спирометрия
БДУ

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларенстрес тест (11712-00 [1857])
11713-00 ЕКГ запис с осреднен сигнал
Включва: анализ, интерпретация и доклад за записа
този, включващ не повече от 300 удара, използвайки поне 3 отвеждания с придобиване на данни на не по-малко от 1000 Hz на поне 100 QRS комплекса
11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни

	органи
13842-01	Измерване на артериални кръвни газове
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв
1926	**Микробиологични изследвания**
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91929-06	Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за хистология
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
1825 Невромускулна електродиагностика	
	ЕМГ [електромиография]: • на ≥ 1 мускул(и) • използвайки кръгови иглени електроди
	Изследване на невромускулна проводимост
11012-00	Електромиография (ЕМГ)
	Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])
Слухови евокирани потенциали	
11300-00	Аудиометрия на евокирани потенциали на мозъчен ствол
96173-00	Електрична слухова аудиометрия на стволов отговор
96050-00	Кортикален евокиран отговор аудиометрия
96051-00	Равновесно състояние – евокирани потенциали
1845 Тестове на вестибуларна функция	
11339-00	Електронистагмография
1836 Тестове за слухова функция	
11312-00	Аудиометрия на въздушна и костна проводимост, стандартна техника
1841 Импеданс аудиометрия	
11324-00	Тимпанометрия чрез използване на сонда със стандартен тон
11324-01	Тимпанометрия чрез използване на сонда с високачестотен тон
96052-00	Акустичен рефлекс праг
96053-00	Акустично рефлексно разпадане
96054-00	Тест за дисфункция на евстахиева тръба
1843 Друга аудиометрия	
11306-00	Друга аудиометрия
1820 Физиологична оценка	
	Забележка: Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други физикални тестове
	Не включва: тези, които са част от: • оценка на стареене (96023-00 [1824]) • тестване на развитие (96184-00 [1824]) • генетична оценка (96035-00 [1824]) • ментална или поведенческа оценка (96175-00 [1823])
96009-00	Слухово функционална оценка
	Не включва: тази за определяне нужда от устройство, подпомагащо слуха (96024-00

[1822])

1916 Общи интервенции свързани с грижа за здравето

95550-06 Асоциирана здравна интервенция, аудиология

1845 Тестове на вестибуларна функция

11333-00 Топлинен тест на лабиринт
Окуловестибуларен тест

11336-00 Симултантен битермален термичен тест на лабиринт
Симултантен битермален окуловестибуларен тест

11339-00 Електронистагмография

96063-00 Оценка на вестибуларна функция чрез въртящ се стол
Включва: фиксирано подтискане
обикновено хармонично усилване
спонтанен нистагъм
трапецоиди

96064-00 Други тестове на вестибуларна функция

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

3. ОСНОВНИ КОДОВЕ ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

17 Операция на черепната основа при лезия

Включва: всяка свързана с възстановителна или реконструктивна хирургия
такава при васкуларни лезии

39640-00 Премахване на лезия, обхващаща предна черепна ямка
Включва: краниотомия
възстановяване на дура
радикална ексцизия на черепна основа

39642-00 Премахване на лезия, обхващаща предна черепна ямка с почистване на околоносното синусно разширение
Включва: дурално възстановяване
фронтална краниотомия
латерална ринотомия
радикална ексцизия на черепна основа

39646-00 Премахване на лезия, обхващаща предна черепна ямка с радикално изчистване на разширенията на околоносните синуси и орбиталната ямка
Включва: декомпресия на оптичния нерв
дурално възстановяване
фронтална краниотомия
латерална ринотомия
радикална ексцизия на черепна основа

15 Премахване на вътречерепна лезия

Не включва: такава чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653, 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

41575-00 Премахване на лезия в церебело-понтинния ъгъл
Премахване на акустичен невром
Включва: такава чрез краниотомия

73 Освобождаване на интракраниален нерв

39106-00 Освобождаване на вътречерепния тригеминален нерв
Тригеминална ганглионектомия

Интракраниална:
• невректомияпри тригеминална невралгия
• тригеминална невротомия
Прерязване на интракраниален тригеминален нерв
39500-00 Интракраниално прерязване на вестибуларен нерв
Интракраниално разделяне на вестибуларния нерв
Включва: такава през задната черепна ямка
Не включва: такава през:
• ретролабиринтен достъп (41596-00, 41596-02 [331])
• транслабиринтен достъп (41593-00 [331])
39327-03 Освобождаване на друг вътречерепен нерв

70 Ганглиотомия на тригеминус

Екстракраниална тригеминална невротомия
39109-00 Тригеминална радиочестотна ганглиотомия
Радиочестотна аблация
39109-01 Тригеминална ганглиотомия с балонна компресия
39109-02 Тригеминална ганглиотомия чрез инжектиране
Инжекция на:
• алкохол
• глицерол

83 Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])
39300-00 Първично възстановяване на нерв
Анастомоза на нерв
Шев на нерв
Не включва: анастомоза на:
• лицево-аксесорен нерв (39503-01 [83])
• лицевохипоглосален нерв (39503-00 [83])
39306-00 Първично възстановяване на нервен ствол
Анастомоза на нервен ствол
Шев на нервен ствол

75 Декомпресия на вътречерепен нерв

39112-00 Интракраниална декомпресия на друг черепен нерв
Интракраниална декомпресия на тригеминален нерв
41569-00 Интракраниална декомпресия на лицев нерв
Не включва: такава с частична резекция на слепоочната кост (41584-01 [324])
41599-00 Отваряне на вътрешен слухов проход с декомпресия на черепно мозъчен нерв

324 други ексцизионни процедури на мастоидна или темпорална кост

41584-01 Частична резекция на слепоочна кост с мастоидектомия и декомпресия на лицев нерв

77 Друга невролиза на периферен нерв и нервен ствол

39312-00 Отворена невролиза на интерфасцикуларен периферен нервен ствол
39330-00 Отворена невролиза на периферен нерв, некласифицирана другаде
Декомпресия на периферен нерв БДУ
Не включва: такава с транспозиция на нерв (39321-00 [83])

83 Възстановяване на нерв или нервен ствол

39318-00 Графт на нерв
Включва: доставяне на графт за нерв
39315-00 Нервен графт на нервен ствол
Стволов графт към периферен нервен ствол
Включва: доставяне на нервен графт
39321-00 Транспозиция на нерв
Включва: невролиза
39503-00 Анастомоза на лицевохипоглосален нерв
39503-01 Анастомоза на лицево-аксесорен нерв

84 Вторично възстановяване на нерв или нервен ствол

Вторично възстановяване на нерв или нервен ствол чрез:
- анастомоза
- графт
- шеф

39303-00 Вторично възстановяване на нерв
39309-00 Вторично възстановяване на нервен ствол

86 Други процедури на нервите

90016-00 Други диагностични процедури на нерви
Забележка: при нехирургични диагностични интервенции виж Глава 19
90016-01 Други процедури на нерви
Невректазия

1111 Инцизонни процедури на щитовидна жлеза

90047-01 Инцизия на тироидна тъкан
Дренаж на хематом
Изследване на щитовидна жлеза чрез инцизия
Отстраняване на чуждо тяло
Тироидотомия БДУ
Не включва: постоперативно изследване (90047-02 [111])
Отстраняване на хематом чрез аспирация (90047-00 [110])

227 Орбитотомия с отстраняване и подмяна на кост

Декомпресионна орбитотомия с отстраняване и замяна на кост
42530-00 Експлоративна орбитотомия, изискваща отстраняване и подмяна на кост
42530-01 Експлоративна орбитотомия с биопсия, изискваща отстраняване и подмяна на кост
42539-00 Експлоративна орбитотомия с ексцизия на лезия, изискваща отстраняване и подмяна на кост
42539-01 Експлоративна орбитотомия с отстраняване на чуждо тяло, изискваща отстраняване и подмяна на кост
42545-00 Орбитотомия за декомпресия на орбита чрез фенестрация на ≥ 2 стени
Включва: отстраняване и подмяна на кост
Забележка: Извършена при дистироидна очна болест

1697 Фиксиране на транскутанна основа (осеоинтеграционна процедура)

Прикрепяне на рамка за титанова фиксация при осеоинтеграция
Свързване на перкутанна подпора за осеоинтеграция
Осеоинтеграция за прикрепяне на подменена протеза, втори етап
Включва: оглед на титанова фиксация
кожен графт на място на фиксация
изтъняване на кожен графт над място на фиксиране
Не включва: интраоорална осеоинтеграционна процедура (45845-00 [400])
45797-02 Осеоинтеграционна процедура, фиксиране на транскутанна основа за закрепване на орбитална протеза
Включва: подмяна на протеза на:
- око
- орбитално съдържание

222 Орбитотомия

42533-00 Експлоративна орбитотомия
Орбитотомия БДУ
Включва: дренаж
Не включва: такава с:
- биопсия (42533-01 [224])
- ексцизия на лезия (42542-00 [224])
- отстраняване на чуждо тяло (42542-01 [224])

225 Екзентерация на орбита

Евисцерация на орбита
42536-04 Екзентерация на орбита с отстраняване на прилежащите структури
42536-05 Екзентерация на орбита с терапевтично отстраняване на орбитална кост
42536-00 Екзентерация на орбита
42536-01 Екзентерация на орбита с кожен графт
Не включва: такава с трансплантация на темпорален мускул (42536-03 [225])
42536-02 Екзентерация на орбита с трансплантация на темпорален мускул
Не включва: такава с кожен графт (42536-03 [225])
42536-03 Екзентерация на орбита с кожен графт и трансплантация на темпорален мускул

304 Възстановителни процедури на външно ухо

90110-00 Друго възстановяване на външно ухо
Възстановяване на:
• ушна мида БДУ
• външен слухов канал БДУ

1669 Смесен графт

45656-01 Смесен графт на ухо

1684 Реконструкция на клепач и ухо

45660-00 Реконструкция на външно ухо, първи етап
45661-00 Реконструкция на външно ухо, втори етап

17 Операция на черепната основа при лезия

Включва: Всяка свързана с възстановителна или реконструктивна хирургия такава при васкуларни лезии
90032-00 Премахване на лезия, обхващаща задна черепна ямка
Включва: Чрез:
• транслабиринтен
• трансмастоиден
• трансорален достъп
39653-00 Премахване лезия на петрокливус и кливус
Включва: Чрез:
• инфратенториален
• супратенториален достъп

323 Мастоидектомия

Не включва: такава с:
• декомпресия на ендолимфатична торбичка (41590 [330])
• имплантиране на кохлеарно протезно устройство (41617-00 [329])
• миринготластика (41551-00, 41560 [325], 41554-00, 41563 [326])
• реконструкция на костна верига (41554-00, 41563 [326])
• частична резекция на слепоочна кост (41584 [324])
• премахване лезия на гломус (41623-00 [312])
41545-00 Мастоидектомия
Кортикална мастоидектомия
41557-01 Радикална мастоидектомия
41548-00 Облитерация на мастоидна кухина
Кодирай също когато е направена:
• меатопластика (41512-00 [305])
41564-00 Модифицирана радикална мастоидектомия с облитерация на мастоидна кухина и евстахиева тръба и затваряне външен слухов канал
41564-01 Радикална мастоидекомия с облитерацияна мастоидна кухина и евстахиева тръба и затваряне външен слухов канал

325 Възстановителни процедури на мастоидна или темпорална кост

Кодирай също когато е направена:
• меатопластика (41512-00 [305])
Не включва: ревизия на мастоидектомия (41566-01, 41566-02 [327])
такава с:

• имплантиране на кохлеарно протезно устройство (41617-00 [329])
• реконструкция на костна верига (41554-00, 41563 [326])
• частична резекция на слепоочна кост (41584 [324])
• премахване лезия на гломус (41623-00 [312])

41551-00 Мастоидектомия чрез техника на интактен канал с тимпанопластика
Включва: такава с атикотомия

312 Ексцизионни процедури на тъпанче или средно ухо

41635-00 Ексцизия лезия на средното ухо
Прочистване на:
• холестеатом
• гранулом
• полип
на средно ухо
Не включва: отстраняване на лезия на гломус (41620-00, 41623-00 [312])
такава с:
• миринготомия (41635-01 [313], 41638-01 [315])
• реконструкция на костна верига (41638-00, 41638-01 [315])

41620-00 Отстраняване на гломусен тумор, транстимпанен достъп
41623-00 Отстраняване на гломусен тумор, трансмастоиден досъп, с мастоидектомия
41644-01 Друга ексцизия на средно ухо

331 Възстановителни процедури на вътрешно ухо

90117-00 Друго възстановяване на вътрешно ухо
Фенестрация на вътрешно ухо (включително за кожен графт)
Възстановяване на
• кохлеарно
• лабиринт БДУ
Венозен графт(присадка) към фенестрирана кухина

332 Възстановителни процедури на вътрешно ухо

41614-00 Облитерация на фистула на кръгло прозорче
41614-01 Облитерация на фистула на овално прозорче
Затваряне на перилимфна фистула
41614-02 Възстановяване на кръгъл отвор
Не включва: такава при затваряне фистула на кръгъл отвор (41614-00 [332])
41615-00 Възстановяване на овален отвор
Не включва: такава за затваряне фистула на овален отвор (41614-01 [332])
такава с всяка друга процедура на ухото – пропусни кода

330 Инцизионни процедури на вътрешно ухо

41590-01 Декомпресия на ендолимфен сак с шънт
Включва: мастоидектомия
41572-00 Лабиринтотомия
Деструкция на лабиринта
Инцизия на вътрешно ухо
41590-00 Декомпресия на ендолимфен сак
Включва: мастоидектомия

329 Процедури за приложение, поставяне или премахване върху вътрешно ухо

41617-00 Имплантиране на кохлеарно протезно устройство
Включва: мастоидектомия

377 Премахване на назална лезия

90131-00 Локална ексцизия на друга интраназална лезия

381 Други процедури на носа

90133-00 Други процедури на носа

1669 Смесен графт

Хондрокутанен
Хондромукозен } графт

45656-00 Смесен графт на нос

1670 Ринопластика

Включва: турбинектомия
Кодирай също когато е направена:
• септопластика (41671-02, 41671-03 [379])
Не включва: увеличаваща ринопластика с имплант (45051-01 [1682])
смесен графт на нос (45656-00 [1669])
ревизия на ринопластика (45650-00 [1687])
кожно:
• ламбо на нос (45206-01 [1651], 45221-01, 45224-01 [1653], 45230 [1653] и [1654], 45227-00, 45233, 45236-00 [1654])
• графт на нос (45400-01 [1641], 45400-00 [1642], 45448-01 [1645], 45445-00 [1647], 45451-01 [1649])

45638-00 Тотална ринопластика
Корекция на хрущял и костен свод
Ринопластика БДУ

383 Инцизионни процедури на назални синуси

41716-00 Интраназално отстраняване на чуждо тяло от максиларна кухина
Включва: инцизия на лигавица
41752-02 Сфеноидотомия
41737-04 Етмоидотомия
41743-00 Трепанация на фронтален синус
Синусотомия на фронтален синус

386 Други ексцизионни процедури на назални синуси

Не включва: интраназално отстраняване на полипи от носните синуси:
• максиларна кухина (41716-03 [385])
• етмоидален (41737-06 [385])
• фронтален (41737-05 [385])
• сфеноидален (41752-03 [385])
радикална етмоидектомия (41734-00 [388])

41737-09 Фронтална синусектомия
Ексцизия на лезия на фронтален синус
41746-00 Радикална облитерация на фронтален синус
41716-06 Ексцизия на лезия от максиларен синус
Външна максиларна антректомия
Включва: такава чрез достъп по Caldwell-Luc
Не включва: ексцизия на полип (41716-03 [385])
максиларна антректомия:
• интраназална (41716 [387])
• радикална (41710, 41713 [387])
• обикновена (41716 [387])

41737-02 Етмоидектомия, едностранна
Включва: унцинектомия
41737-03 Етмоидектомия, двустранна
Включва: унцинектомия
41731-00 Етмоидектомия,фронтоназален достъп
Включва: унцинектомия
41731-01 Етмоидектомия със сфеноидектомия, фронтоназален достъп
41752-01 Сфеноидектомия
Ексцизия на лезия на сфеноидален синус
Не включва: такава с етмоидектомия (41731-01 [386])
Включва: унцинектомия

392 Ексцизионни процедури на език

41779-01 Тотална ексцизия на език

Тотална глосектомия
Не включва: такава с частична фарингектомия (41785-01 [420])

420 Фарингектомия

Включва: достъп за фаринготомия
41785-01 Частична фарингектомия с тотална глосектомия
41782-00 Частична фарингектомия

397 Ексцизионни процедури на слюнчена жлеза или канал

30247-00 Тотална екстирпация на паротидна жлеза
Тотална паротидектомия
30250-00 Тотална екстирпация на паротидна жлеза със запазване на лицевия нерв
Тотална паротидектомия със запазване на лицевия нерв
30253-00 Частична резекция на паротидна жлеза
Частична паротидектомия
Включва: експозиция на лицевия нерв

30259-00 Ексцизия на подезична жлеза
30256-00 Ексцизия на подчелюстна жлеза

403 Ексцизия на лезия на уста или небце

30275-00 Радикална ексцизия на интраорална лезия
Включва: резекция на:
• лимфен възел (и)
• мандибула
90141-01 Ексцизия на друга лезия на устата
Не включва: ексцизия на лезия на горния аеро-дигестивен тракт (31400-00) [421])

421 Други ексцизионни процедури на фаринкс

90149-00 Ексцизия на друга лезия на фаринкс

524 Ларингектомия

Кодирай също когато е направена:
• радикална дисекция (31435-00 [806])
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• трайна (41881-01 [536])
41837-00 Хемиларингектомия
Вертикална хемиларингектомия
41840-00 Супраглотична ларингектомия
Частична ларингектомия
41843-00 Ларингофарингектомия
Включва: анастомоза
Не включва: при пластична реконструкция (30294-01 [529])
41834-00 Тотална ларингектомия

539 Други процедури за възстановяване на трахея

41879-04 Възстановяване на трахея, цервикален достъп
Цервикална трахеопластика
Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия (41880-00, 41881 [536])
38453-08 Възстановяване на трахея с интраторакален достъп
Ендоторакална трахеопластика
Включва: ексцизия на трахея
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
Не включва: такава при ендотрахеални:
• лезии (виж блок [537])
• стриктури (виж блок [538])

540 Реконструктивни процедури на трахея

41879-06 Реконструкция на трахея и изграждане на изкуствен ларинкс
Трахеопластика с изкуствен ларинкс

806 Ексцизни процедури на лимфни възли на шията

Ексцизия на шийни лимфни възли
31423-00 Ексцизия на лимфни възли на шия
Тотална (обикновена) ексцизия на шийни лимфни възли
31423-01 Регионална ексцизия на лимфни възли на шия
Ограничена ексцизия на шийни лимфни възли
Регионална лимфна ексцизия с ексцизия на лимфо-дренажната зона включваща кожа, подкожни тъкани и мастна тъкан
31435-00 Радикална ексцизия на лимфни възли на шия
Цялостно изчистване на всички шийни възли
Радикална шийна дисекция
Резекция на шийни лимфни възли в дълбочина до мускули и фасция
Не включва: радикална ексцизия на вътреорална лезия (30275-00 [403])

1563 Други ексцизионни процедури върху кост на други мускулно-скелетни места

90572-00 Остектомия, некласифицирана другаде
Ексцизия на кост БДУ
Не включва: тази на кост, включена в кожна лезия (31340-00 [1566])
30241-00 Ексцизия на костна лезия некласифицирана другаде
Ексцизия на доброкачествен костен тумор БДУ
Не включва: тези с анатомично специфичен алографт (50230-00 [1563])

1699 Резекция на мандибула

Мандибулектомия
Включва: резекция на околни меки тъкани
Кодирай също когато е направена:
• мандибуларна реконструкция (45608 [1713])
45605-00 Частична резекция на мандибула
Сегментна резекция на мандибула

1703 Остеотомия или остектомия на зигома

Остеопластика чрез остеотомия на зигоматична кост
Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове
Кодирай също когато е направена:
• набавяне на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])
Не включва: реконструктивна остеопластика на зигоматична кост (90683-00 [1715])
такава с корекция на орбитална дистопия (45776-00, 45779-00 [1711])
такава с вътрешна фиксация (90680 [1704])
90679-02 Остектомия на зигоматична кост, едностранна
90679-03 Остектомия на зигоматична кост, двустранна

1704 Остеотомия или остектомия на зигоматична кост с вътрешна фиксация

Остеопластика чрез остеотомия или остектомия на зигоматична кост чрез вътрешна фиксация
Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове
Кодирай също когато е направена:
• набавяне на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])
Не включва: такава с корекция на орбитална дистопия (45776-00, 45779-00 [1711])
90680-02 Остектомия на зигоматична кост с вътрешна фиксация, едностранна
90680-03 Остектомия на зигоматична кост с вътрешна фиксация, двустранна

1705 Остеотомия или остектомия на мандибула или максила

Мандибуларна или максиларна остеопластика чрез остеотомия или остектомия

Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове
Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• набавяне на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])
Не включва: сложни комбинации от остеотомия/остектомия върху долна или горна челюст (45731, 45735-00, 45741-00, 45747-00 [1707])
множество (повече от две) процедури на:
• мандибула (45731-00 [1707])
• максила (45731-01 [1707])
такава с вътрешна фиксация (45723, 45729 [1706])

45720-03 Остектомия на максила, едностранно
45726-03 Остектомия на максила, двустранно

1706 Остеотомия или остектомия на мандибула или максила с вътрешна фиксация

Мандибуларна или максиларна остеопластика чрез остеотомия или остектомия с вътрешна фиксация
Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове
Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• доставка на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])
Не включва: сложни комбинации от остеотомия/остектомия върху долна или горна челюст (45732, 45738-00, 45744-00, 45752-00 [1708])
множество (повече от две) процедури на:
• мандибула (45732-00 [1708])
• максила (45732-01 [1708])

45723-03 Остектомия на максила с вътрешна фиксация, едностранно
45729-03 Остектомия на максила с вътрешна фиксация, двустранна

1707 Остеотомия или остектомия на мандибула или максила, комбинирани процедури

Мандибуларна или максиларна остеопластика чрез остеотомия или остектомия, комбинирани процедури
Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове
Забележка: Този блок включва множество остеотомии или множество остектомии или комбинация от процедури на мандибула и максила или двете кости
Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• доставка на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])
Не включва: среднолицеви остеотомии (45753-00 [1709])
такава с вътрешна фиксация (45732, 45738-00, 45744-00, 45752-00 [1708])

45731-01 Остеотомии или остектомии на максила, ≤ 3 процедури
45735-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 4 процедури
45741-00 Остеотомии или остектомии, на мандибулата и максилата, 5 процедури
45747-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила ≥ 6 процедури

1708 Остеотомия или остектомия на мандибула или максила с вътрешна фиксация, комбинирани процедури

Мандибуларна или максиларна остеопластика чрез остеотомия или остектомия с вътрешна фиксация, комбинирани процедури
Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове
Забележка: Този блок включва множество остеотомии или множество остектомия или комбинация от процедури и на мандибула и максила или двете кости
Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• доставка на кост за графт от другалокализация (47726-00 [1563])
Не включва: среднолицеви остеотомии (45754 [1709])

45732-01 Остеотомии или остектомии, на максила, ≤ 3 процедури с вътрешна фиксация

45738-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 4 процедури с вътрешна фиксация
45744-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 5 процедури с вътрешна фиксация
45752-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила ≥ 6 процедури вътрешна фиксация

1699 Резекция на мандибула

Мандибулектомия
Включва: резекция на околни меки тъкани
Кодирай също когато е направена:
• мандибуларна реконструкция (45608 [1713])

45599-00 Тотална резекция на двете страни на долната челюст
Включва: кондилектомия
45602-00 Субтотална резекция на мандибула

1713 Реконструкция на мандибула

Реконструктивна остеопластика на мандибула
Включва: алопластичен имплант
костен графт
Кодирай също когато е направена:
• ламбо (виж блокове [1671] и [1674])

45608-03 Тотална реконструкция на мандибула
45608-00 Реконструкция на мандибуларен кондил
45608-01 Частична реконструкция на мандибула
Хемимандибуларна реконструкция
Сегментна реконструкция на мандибула
45608-02 Субтотална реконструкция на мандибула
45608-04 Реконструкция на мандибула чрез костна дистракция
Мандибуларна дистракционна остеосинтеза
45791-00 Изграждане на липсващ кондил и възходящ клон
Забележка: Извършена за хемифациална микрозомия
Кодирай също когато е направена:
• доставяне на кост за графт (47726-00 [1563])

1700 Резекция на максила

Максилектомия
Включва: резекция на околни меки тъкани
Кодирай също когато е направена:
• реконструкция на максила (52122 [1714])

45596-00 Тотална резекция на 1 максила
Включва: резекция на орбитален под
45597-00 Тотална резекция на двете максили
Включва: резекция на орбитален под

1714 Реконструкция на максила

Реконскструктивна остеопластика на максила
Кодирай също когато е направена:
• ламбо (виж блокове [1671] и [1674])

52122-02 Тотална реконструкция на 1 максила
52122-03 Тотална реконструкция на двете максили
52122-00 Частична реконструкция на максила
Сегментна реконструкция на максила
52122-01 Субтотална реконструкция на максила

1701 Резекция на друга лицева кост

Включва: маларна кост
назална кост
резекция на околни меки тъкани
зигоматична кост
Кодирай също когато е направена:

• зигоматична реконструкция (90683-00 [1715])

Не включва: резекция на:
• мандибула (45599-00, 45602-00, 45605-00, 45611-00 [1699])
• максила (45596-00, 45597-00, 45602-01, 45605-01 [1700])

90678-02 Тотална резекция на друга лицева кост, некласифицирана другаде

1715 Реконструкция на зигоматична кост

Реконструктивна остеопластика на зигоматична кост

90683-00 Реконструкция на зигоматична кост

Не включва: такава за корекция при Treacher Collins синдром (45773-00 [1711]) такава с:
• реконструкция на гленоидална ямка, зигоматична дъга и темпорална кост (45788-00 [1717])
• премахване на лезия включваща средната черепна и инфратемпорална ямка ([17])

1706 Остеотомия или остектомия на мандибула или максила с вътрешна фиксация

Мандибуларна или максиларна остеопластика чрез остеотомия или остектомия с вътрешна
фиксация

Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове

Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• доставка на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])

Не включва: сложни комбинации от остеотомия/остектомия върху долна или горна челюст (45732, 45738-00, 45744-00, 45752-00 [1708])
множество (повече от две) процедури на:
• мандибула (45732-00 [1708])
• максила (45732-01 [1708])

45723-00 Остеотомия на мандибула с вътрешна фиксация, едностранно

45729-00 Остеотомия на мандибула с вътрешна фиксация, двустранна

1708 Остеотомия или остектомия на мандибула или максила с вътрешна фиксация, комбинирани процедури

Мандибуларна или максиларна остеопластика чрез остеотомия или остектомия с вътрешна фиксация, комбинирани процедури

Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове

Забележка: Този блок включва множество остеотомии или множество остектомия или комбинация от процедури и на мандибула и максила или двете кости

Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• доставка на кост за графт от другалокализация (47726-00 [1563])

Не включва: среднолицеви остеотомии (45754 [1709])

45732-00 Остеотомии или остектомии на мандибула, ≤ 3 процедури с вътрешна фиксация

45738-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 4 процедури с вътрешна фиксация

45744-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 5 процедури с вътрешна фиксация

45752-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила ≥ 6 процедури вътрешна фиксация

1705 Остеотомия или остектомия на мандибула или максила

Мандибуларна или максиларна остеопластика чрез остеотомия или остектомия

Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове

Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• набавяне на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])

Не включва: сложни комбинации от остеотомия/остектомия върху долна

или горна челюст (45731, 45735-00, 45741-00, 45747-00 [1707])
множество (повече от две) процедури на:
• мандибула (45731-00 [1707])
• максила (45731-01 [1707])
такава с вътрешна фиксация (45723, 45729 [1706])

45720-00 Остеотомия на мандибула, едностранно
45726-00 Остеотомия на мандибула, двустранно

1707 Остеотомия или остектомия на мандибула или максила, комбинирани процедури

Мандибуларна или максиларна остеопластика чрез остеотомия или остектомия, комбинирани процедури
Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове
Забележка: Този блок включва множество остеотомии или множество остектомии или комбинация от процедури на мандибула и максила или двете кости
Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• доставка на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])
Не включва: среднолицеви остеотомии (45753-00 [1709])
такава с вътрешна фиксация (45732, 45738-00, 45744-00, 45752-00 [1708])

45731-00 Остеотомии или остектомии на мандибула, ≤ 3 процедури
45735-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 4 процедури
45741-00 Остеотомии или остектомии, на мандибулата и максилата, 5 процедури
45747-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила ≥ 6 процедури

Среднолицеви остеотомии

3 или повече среднолицеви остеотомии (остеопластики)
Le Fort II
Le Fort III
Модифицирана Le Fort III (маларно-максиларна) } остеотомия (остеопластики)
(назомаларна)
Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове
Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• доставка на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])

45753-00 Среднолицеви остеотомии
45754-00 Среднолицеви остеотомии с вътрешна фиксация

1702 Гениопластика

45761-00 Редукционна гениопластика
Редукция на брадичка

45761-01 Уголемяваща гениопластика
Увеличаване на брадичка, включващо меки тъкани и кост
Гениопластика БДУ
Ментопластика БДУ
Включва: костен графт
Не включва: увеличаване на брадичка включващо само меки тъкани (45051-00 [1682])

1712 Друго възстановяване на череп и лицева кост

90681-00 Друго възстановяване на лицева кост

1563 Други ексцизионни процедури върху кост на други мускулно-скелетни места

47726-00 Доставяне на кост за графт чрез отделен разрез
Не включва: тези от същата инцизия – пропусни кода
тези с ринопластика (45644-01, 45644-02 [1679])

47732-00 Доставяне васкуларизирано костно краче за графт
Не включва: тези от същата инцизия – пропусни кода

1717 Друга реконструкция на череп и лицеви кости

Не включва: корекция на:
- хипертелоризъм (45767, 45770-00 [1711])
- орбитална дистопия (45776-00, 45779-00 [1711])
- синдром на Treacher Collins (45773-00 [1711])

преместване напред на челна кост (45782, 45785 [1710])

90684-00 Друга реконструкция на лицева кост

1653 Директно отдалечено кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от далечно място от дефекта и прикрепено директно към реципиентно място

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
- възстановяване на вторичен дефект:
- чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
- некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: реконструкция на:
- клепач чрез ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
- устна чрез ламбо 45671-00, 45674-00 [1685],

ревизия на директно отдалечено кожно ламбо (45239-01 [1658])

45230-00 Отлагане на директно отдалечено кожно ламбо

Кожно ламбо частично повдигнато към донорско място, с трансфер отложен за по-късен оперативен етап за подобряване кръвоснабдяването на ламбото. Може да бъде предварителна стъпка преди трансфера

45221-01 Директно отдалечено кожно ламбо – първи етап

Директно отдалечено кожно ламбо – първи етап (повдигане на платно от донорското място, трансфер и прикрепяне на реципиентно място):
- коремно
- кръстосано:
- ръка
- пръст на ръка
- крак

45224-01 Директно отдалечено кожно ламбо – втори етап

Директно отдалечено кожно ламбо – втори етап (разделяне на ламбо от неговото донорско място):
- коремно
- кръстосано:
- ръка
- пръст на ръка
- крак

1654 Индиректно отдалечено кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, преместено от донорско място далеч от дефекта към реципиентно място, чрез междинно място

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова при изгаряне
тръбовиден педикул

Кодирай също когато е направена:
- възстановяване на вторичен дефект:
- чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
- некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: ревизия на индиректно отдалечено кожно ламбо (45239-02 [1658])

45230-01 Отлагане на индиректно отдалечено кожно ламбо

Кожно ламбо частично повдигнато към донорско място с отложен трансфер за по-късен оперативен епизод за подобряване кръвоснабдяването на ламбото. Може да бъде предварителна стъпка преди трансфер

45227-00 Индиректно отдалечено кожно ламбо, образуванена тубовидно краче

Индиректно отдалечено кожно ламбо с тубиране на кожно ламбо да

	екстериоризира кожната повърхност, да намали или елиминира груби зони
45233-00	Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на междинно място
45233-01	Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на крайно място

1566	**Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки**
31340-00	Ексцизия на мускул, кост или хрущял, ангажирани с кожна лезия *Кодирай първо:* • ексцизия на кожна лезия (31205, 31230, 31235 [1620])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури с кодове, като едната от които задължително е КТ 56013-00 или 56013-01 или 56013-02 или 56013-03 или 56016-00 или 56016-01 или 56016-02 или 56016-03 или 56016-04 или 56016-05 или 56016-06 или 56016-07 или 56022-00 или 56028-00 или 56022-01 или 56028-01 или 56030-00 или 56036-00 или 56022-02 или 56028-02 или 56101-00 или 56107-00) или магнитно резонансна томография – 90901-00 или 90901-09 или 90901-01 или 90901-02, **насочени към основната диагноза.**

Ако има направена КТ в рамките на 30 дни преди хоспитализацията, не се изисква отново.

Отпада изискването за давност от 30 дни преди хоспитализацията за КТ за кодовете:

41617-00 Имплантация или смяна на кохлеарен протезен апарат неуточнена
41617-00 Имплантация или смяна на едноканален кохлеарен протезен апарат
41617-00 Имплантация или смяна на многоканален кохлеарен протезен апарат

При първоначално имплантиране на кохлеарно-имплантна система (КИС), НЗОК заплаща стойността на цялата КИС по КП 136. При необходимост от подмяна на КИ (кохлеарен имплант), след изтичане на гаранционния срок, НЗОК заплаща реимплантацията и стойността само на КИ.

Неразделна част към ИЗ на пациента става "ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ /МИ ".

Кодове 41635-00; 41620-00; 41623-00 и 41644-01 да се използват при хирургична ексцизия на гломусни тумори и злокачествени тумори ангажиращи темпоралната кост. Изключват се биопсии и частични туморредуциращи операции.

41635-00	Ексцизия лезия на средното ухо
41620-00	Отстраняване на гломусен тумор, транстимпанен достъп
41623-00	Отстраняване на гломусен тумор, трансмастоиден досъп, с мастоидектомия
41644-01	Друга ексцизия на средно ухо

Различните видове мастоидектомии 41545-00, 41557-01 и 41548-00; 41564-00; 41564-01; 41551-00 могат да бъдат валидни оперативни кодове за настоящата пътека само при налично интракраниално усложнение от отогенен произход (тромбоза на синус сигмоидеус, мозъчен абсцес, менингит), което да е регистрирано в медицинската документация, включително и в епикризата като основно или съпровождащо заболяване. Необходимо е консултация от невролог или неврохирург. При липса на документирано интракраниално усложнение съответните кодове са валидни за пътеката „Операции с голям обем на сложност".

41545-00	Мастоидектомия
41557-01	Радикална мастоидектомия
41548-00	Облитерация на мастоидна кухина

41564-00	Модифицирана радикална мастоидектомия с облитерация на мастоидна кухина и евстахиева тръба и затваряне външен слухов канал
41564-01	Радикална мастоидекомия с облитерацияна мастоидна кухина и евстахиева тръба и затваряне външен слухов канал
41551-00	Мастоидектомия чрез техника на интактен канал с тимпанопластика

Радикалната шийна дисекция представлява операция, при която се отстраняват лимфните възли от всички зони на шията, заедно с прилежащите структури. Изключва се екстирпация на един или няколко лимфни възела от шията да се кодира като радикална шийна дисекция.

Кодът 41782-00 може да бъде използван за кодиране на операцията латерална фарингектомия при малигнени процеси на хипофаринкса позволяващи радикална ексцизия на лезията без ларингектомия. Трансорални лазерни ексцизии на лезии на ларинкса и фаринкса при хистологично доказан карцином на ларинкса се отчитат с клинична пътека „Операции с голям обем на сложност“.

41782-00	Частична фарингектомия

Хордектомии, лазер хирургия на ларинкса и микроларингохирургия без наличие на злокачествено заболяване се отчитат с клинична пътека „Операции със среден обем на сложност“

Кодът 41879-04; 38453-08; 41879-06 може да се използва за кодиране на отворени операции свързани с тежки ларингеални, трахеални и ларинготрахеални стенози.

41879-04	Възстановяване на трахея, цервикален достъп
38453-08	Възстановяване на трахея с интраторакален достъп
41879-06	Реконструкция на трахея и изграждане на изкуствен ларинкс

Кодът 45221-01; 45227-00 да се използва за кодиране на операции свързани с реконструкция на шия, фаринкс и устна кухина чрез повдигане на ламбо при дефекти, които не е възможно да бъдат затворени първично.

45221-01	Директно отдалечено кожно ламбо – първи етап
45227-00	Индиректно отдалечено кожно ламбо, образуванена тубовидно краче

Код 30247-00; 30250-00 е валиден при хистологичен резултат доказващ новообразование на слюнчената жлеза. При сиалоаденит, оперативната интервенция се отчита по клинична пътека „Операции със среден обем на сложност“.

30247-00	Тотална екстирпация на паротидна жлеза
30250-00	Тотална екстирпация на паротидна жлеза със запазване на лицевия нерв
30253-00	Частична резекция на паротидна жлеза

Кодове 45230-00; 45230-01, 45221-01; 45227-00, 45224-01; 45236-00, 45233-00 и 45233-00; 45233-01 по тази клинична пътека се зачитат само ако са извършени в общия план на поетапното възстановяване на цял орган.

45230-00	Отлагане на директно отдалечено кожно ламбо
45230-01	Отлагане на индиректно отдалечено кожно ламбо
45221-01	Директно отдалечено кожно ламбо – първи етап
45227-00	Индиректно отдалечено кожно ламбо, образуванена тубовидно краче
45224-01	Директно отдалечено кожно ламбо – втори етап
45236-00	Индиректно отдалечено кожно ламбо, разполагане на тубовидно краче

45233-00 Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на междинно място
45233-00 Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на междинно място 45233-01 Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на крайно място

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Ушно-носно-гърлени болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести”, от обхвата на медицинската специалност „Лицево-челюстна хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Лицево-челюстна хирургия“ по отношение на оперативните процедури с кодове: 30256-00; 39106-00; 39500-00, 39327-03, 42530-00; 4253-01; 42539-00; 42539-01; 42545-00, 45797-02, 42533-00; 42536-04 42536-00, 42536-00; 42536-01; 42536-02; 42536-03, 90110-00; 45656-01; 45660-00; 45661-00; 90131-00, 90133-00, 45656-00; 45638-00; 41716-00; 41752-02; 41737-04; 41743-00, 41737-04, 41737-09; 41746-00, 41716-06, 41716-00, 41737-02; 41737-03; 41731-00; 41731-01 41752-01; 01; 31423-00, 31423-01, 31435-00, 31435-00, 31435-00; 90572-00; 30241-00; 45605-00, 90679-02; 90679-03; 90680-02; 90680-0345720-03; 45726-03; 45723-03; 45729-03; 45731-01; 45735-00; 45741-00; 45747-00; 45732-01; 45738-00; 45744-00; 45752-00; 45599-00; 45608-03, 45602-00, 45608-00; 45608-01; 45608-02; 45608-04; 45791-00, 45596-00; 45597-00; 52122-02; 52122-03, 90678-02, 90683-00; 45723-00; 45729-00; 45732-00; 45738-00; 45744-00; 45752-00, 45720-00; 45726-00; 45731-00; 45735-00; 45741-00; 45747-00, 45720-00; 45726-00; 45723-00; 45729-00, 45731-00; 45735-00; 45741-00; 45747-00; 45732-00; 45738-00; 45744-00; 45752-00, 45731-00; 45735-00; 45741-00; 45747-00; 45732-00; 45738-00; 45744-00; 45752-00, 45753-00; 45754-00, 45761-00, 45761-01, 90681-00; 47726-00; 47732-00 45608-00; 45608-01; 45608-02; 45608-03; 45608-04; 45791-00; 52122-00; 52122-01; 52122-02; 52122-03; 90683-00, 45230-00; 45230-01, 45221-01; 45227-00, 45224-01; 45236-00, 45233-00, 45233-00; 45233-01, 31340-00, 39300-00, 39306-00, 39312-00, 39330-00, 39318-00, 39321-00, 39503-00, 39503-01, 39306-00, 90016-00, 90016-01, 30253-00 от обхвата на медицинската специалност „Пластично-възстановителна хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна хирургия“ по отношение на оперативни процедури с кодове: 90110-00; 45656-01; 45660-00; 45661-00; 45656-00; 45638-00; 41879-04; 38453-08; 41879-06; 45230-00; 45230-01, 45221-01; 45227-00, 45224-01; 45236-00, 45233-00, 45233-00; 45233-01.

4а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната помощ, разположени на територията му и съгласно изискванията в съответните медицински стандарти

Лечебно заведение което сключи договор по тази КП и извършва поставяне на кохлеарно–имплантна система, трябва да сключи договор и за извършване на амбулаторна процедура № 31 Амбулаторно наблюдение на лица с кохлеарно-инплантна система.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ

1. Клиника/отделение по УНГ болести II и III ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „УНГ“, III ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „ЛЧХ”, III ниво на компетентност съгласно общ медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия”. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

2. Операционен блок/зали Съгласно медицинския стандарт по УНГ болести, ЛЧХ и Пластично-възстановителна и естетична хирургия.

3. Структура съгласно медицински стандарт “Анестезия и интензивно лечение” II ниво и според медицински стандарт по УНГ болести.

4. Структура по образна диагностика Съгласно медицински стандарт “Образна диагностика“.

5. Клинична лаборатория, собствена или по договор на територията на лечебното заведение, съгласно медицински стандарт “Клинична лаборатория” и съгласно изискванията в съответните медицински стандарти.

4а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ е длъжно да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК, както и съгласно изискванията в съответните медицински стандарти.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ

1. Структура по образна диагностика с възможности за КТ и ЯМР по договор на разположение 24 ч. на територията на населеното място съгласно медицински стандарт “Образна диагностика.

2. Лаборатория по клинична патология Съгласно медицински стандарт ”Клинична патология”, собствена или по договор.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Носни сплинтове	НЗОК не заплаща посочените изделия
Биологично тъканно лепило	НЗОК не заплаща посочените изделия
Еднократни накрайници за високотехнологична апаратрура	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сет за интубация на слъзни пътища	НЗОК не заплаща посочените изделия
Балони и катетри за дилатация на синусни отвори	НЗОК не заплаща посочените изделия
ПВА и гелфоам тампонади	НЗОК не заплаща посочените изделия
Изкуствена дура и кост	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за фиксиращи процедури	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

Пациентите трябва да бъдат информирани, че по тази КП се осигуряват дейности които служат за решаване на определен здравен проблем. Ползването на еднократни накрайници за високотехнологична апаратура и/или останалите медицински изделия от таблицата е алтернатива на осигуреното по тази пътека базисно лечение.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се консултира от Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване. Копие от протокола следва да се приложи към ИЗ.

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

За изпълнението на КП се изискват брой специалисти, съгласно нивата в съответните медицински стандарти.

За да бъде изпълнена клиничната пътека при използване на кодове 41782-00, 41843-00, 41834-00 и 31435-00, по изключение се допуска изпълнението на горните кодове в Клиника/отделение II-ро ниво на компетентност при наличие на специалист с опит от 30 (тридесет) отворени оперативни интервенции на ларинкс, фаринкс и шия годишно. Опитът се доказва с декларация на завеждащ клиника/отделение при подаване на заявление за договор в РЗОК;

Допълнително:

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;

41782-00	Частична фарингектомия
41843-00	Ларингофарингектомия
41834-00	Тотална ларингектомия
31435-00	Радикална ексцизия на лимфни възли на шия

Специалисти по пластично-възстановителна хирургия могат да изпълняват само следните процедури с кодове: 90110-00; 45656-01; 45660-00; 45661-00; 45656-00; 45638-00; 41879-04; 38453-08; 41879-06; 45230-00; 45230-01, 45221-01; 45227-00, 45224-01; 45236-00, 45233-00, 45233-00; 45233-01;

90110-00	Друго възстановяване на външно ухо
45656-01	Смесен графт на ухо
45660-00	Реконструкция на външно ухо, първи етап
45661-00	Реконструкция на външно ухо, втори етап
45656-00	Смесен графт на нос
45638-00	Тотална ринопластика
41879-04	Възстановяване на трахея, цервикален достъп
38453-08	Възстановяване на трахея с интраторакален достъп
41879-06	Реконструкция на трахея и изграждане на изкуствен ларинкс
45230-00	Отлагане на директно отдалечено кожно ламбо
45230-01	Отлагане на индиректно отдалечено кожно ламбо
45221-01	Директно отдалечено кожно ламбо – първи етап
45227-00	Индиректно отдалечено кожно ламбо, образуванена тубовидно краче
45224-01	Директно отдалечено кожно ламбо – втори етап
45236-00	Индиректно отдалечено кожно ламбо, разполагане на тубовидно краче
45233-00	Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на междинно място
45233-00	Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на междинно място
45233-01	Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на крайно място

Специалисти по ЛЧХ медици могат да изпълняват само следните процедури с кодове: 39106-00; 39500-00, 39327-03, 42530-00; 42530-01; 42539-00; 42539-01; 42545-00, 45797-02, 42533-00; 42536-04, 42536-05, 42536-00; 42536-01; 42536-02, 42536-03, 90110-00; 45656-01; 45660-00; 45661-00; 90131-00 90133-00, 45656-00; 45638-00; 41716-00; 41752-02; 41737-04; 41743-00, 41737-04, 41737-09; 41746-00, 41716-06, 41716-00, 41737-02; 41737-03; 41731-00; 41731-01, 41752-01; 41779-01; 41785-01; 41779-01; 30247-00; 30250-00; 30275-00; 90141-01; 31423-00, 45605-00, 90679-02; 90679-03; 90680-02; 90680-03; 45720-03; 45726-03; 45723-03; 45729-03; 45731-01; 45735-00; 45741-00; 45747-00; 45732-01; 45738-00; 45744-00; 45752-00; 45599-00; 45608-03, 45602-00, 45608-00; 45608-01; 45608-02; 45608-04; 45791-00, 45596-00; 45597-00; 52122-02; 52122-03, 90678-02 , 90683-00 45723-00; 45729-00; 45732-00; 45738-00; 45744-00; 45752-00, 45720-00; 45726-00; 45731-00; 45735-00; 45741-00; 45747-00, 45720-00; 45726-00; 45723-00; 45729-00), 45731-00; 45735-00; 45741-00; 45747-00; 45732-00; 45738-00;

45744-00; 45752-00, 45731-00; 45735-00; 45741-00; 45747-00; 45732-00; 45738-00; 45744-00; 45752-00, 45753-00; 45754-00, 45761-00, 45761-01, 90681-00; 47726-00; 47732-00 45608-00; 45608-01; 45608-02; 45608-03; 45608-04; 45791-00;52122-00; 52122-01; 52122-02; 52122-03; 90683-00, 45230-00; 45230-01, 45221-01; 45227-00, 45224-01; 45236-00, 45233-00, 45233-00; 45233-01; 30256-00, 31340-00, 39300-00, 39306-00, 39312-00, 39330-00, 39318-00, 39321-00, 39503-00, 39503-01, 39306-00, 90016-00, 90016-01, 30253-00.

39106-00	Освобождаване на вътречерепния тригеминален нерв
30256-00	Ексцизия на подчелюстна жлеза
39500-00	Интракраниално прерязване на вестибуларен нерв
39327-03	Освобождаване на друг вътречерепен нерв
42530-00	Експлоративна орбитотомия, изискваща отстраняване и подмяна на кост
42530-01	Експлоративна орбитотомия с биопсия, изискваща отстраняване и подмяна на кост
42539-00	Експлоративна орбитотомия с ексцизия на лезия, изискваща отстраняване и подмяна на кост
42539-01	Експлоративна орбитотомия с отстраняване на чуждо тяло, изискваща отстраняване и подмяна на кост
42545-00	Орбитотомия за декомпресия на орбита чрез фенестрация на ≥ 2 стени
45797-02	Осеоинтеграционна процедура, фиксиране на транскутанна основа за закрепване на орбитална протеза
42533-00	Експлоративна орбитотомия
42536-04	Екзентерация на орбита с отстраняване на прилежащите структури
42536-05	Екзентерация на орбита с терапевтично отстраняване на орбитална кост
42536-00	Екзентерация на орбита
42536-01	Екзентерация на орбита с кожен графт
42536-02	Екзентерация на орбита с трансплантация на темпорален мускул
42536-03	Екзентерация на орбита с кожен графт и трансплантация на темпорален мускул
90110-00	Друго възстановяване на външно ухо
45656-01	Смесен графт на ухо
45660-00	Реконструкция на външно ухо, първи етап
45661-00	Реконструкция на външно ухо, втори етап
90131-00	Локална ексцизия на друга интраназална лезия
90133-00	Други процедури на носа
45656-00	Смесен графт на нос
45638-00	Тотална ринопластика
41716-00	Интраназално отстраняване на чуждо тяло от максиларна кухина
41752-02	Сфеноидотомия
41737-04	Етмоидотомия
41743-00	Трепанация на фронтален синус
Синусотомия на фронтален синус	
41737-04	Етмоидотомия
41737-09	Фронтална синусектомия
41746-00	Радикална облитерация на фронтален синус
41716-06	Ексцизия на лезия от максиларен синус
41716-00	Интраназално отстраняване на чуждо тяло от максиларна кухина
41737-02	Етмоидектомия, едностранна
41737-03	Етмоидектомия, двустранна
41731-00	Етмоидектомия,фронтоназален достъп
41731-01	Етмоидектомия със сфеноидектомия, фронтоназален достъп
41752-01	Сфеноидектомия
41779-01	Тотална ексцизия на език
41785-01	Частична фарингектомия с тотална глосектомия
41779-01	Тотална ексцизия на език
30247-00	Тотална екстирпация на паротидна жлеза
30250-00	Тотална екстирпация на паротидна жлеза със запазване на лицевия нерв
30253-00	Частична резекция на паротидна жлеза
30275-00	Радикална ексцизия на интраорална лезия
90141-01	Ексцизия на друга лезия на устата
31423-00	Ексцизия на лимфни възли на шия

31423-01	Регионална ексцизия на лимфни възли на шия
31435-00	Радикална ексцизия на лимфни възли на шия
90572-00	Остектомия, некласифицирана другаде
30241-00	Ексцизия на костна лезия некласифицирана другаде
45605-00	Частична резекция на мандибула
90679-02	Остектомия на зигоматична кост, едностранна
90679-03	Остектомия на зигоматична кост, двустранна
90680-02	Остектомия на зигоматична кост с вътрешна фиксация, едностранна
90680-03	Остектомия на зигоматична кост с вътрешна фиксация, двустранна
45720-03	Остектомия на максила, едностранно
45726-03	Остектомия на максила, двустранно
45723-03	Остектомия на максила с вътрешна фиксация, едностранно
45729-03	Остектомия на максила с вътрешна фиксация, двустранна
45731-01	Остеотомии или остектомии на максила, ≤ 3 процедури
45735-00	Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 4 процедури
45741-00	Остеотомии или остектомии, на мандибулата и максилата, 5 процедури
45747-00	Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила ≥ 6 процедури
45732-01	Остеотомии или остектомии, на максила, ≤ 3 процедури с вътрешна фиксация
45738-00	Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 4 процедури с вътрешна фиксация
45744-00	Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 5 процедури с вътрешна фиксация
45752-00	Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила ≥ 6 процедури вътрешна фиксация
45599-00	Тотална резекция на двете страни на долната челюст
45608-03	Тотална реконструкция на мандибула
45602-00	Субтотална резекция на мандибула
45608-00	Реконструкция на мандибуларен кондил
45608-01	Частична реконструкция на мандибула
45608-02	Субтотална реконструкция на мандибула
45608-04	Реконструкция на мандибула чрез костна дистракция
45791-00	Изграждане на липсващ кондил и възходящ клон
45596-00	Тотална резекция на 1 максила
45597-00	Тотална резекция на двете максили
52122-02	Тотална реконструкция на 1 максила
52122-03	Тотална реконструкция на двете максили
90678-02	Тотална резекция на друга лицева кост, некласифицирана другаде
90683-00	Реконструкция на зигоматична кост
45723-00	Остеотомия на мандибула с вътрешна фиксация, едностранно
45729-00	Остеотомия на мандибула с вътрешна фиксация, двустранна
45732-00	Остеотомии или остектомии на мандибула, ≤ 3 процедури с вътрешна фиксация
45738-00	Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 4 процедури с вътрешна фиксация
45744-00	Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 5 процедури с вътрешна фиксация
45752-00	Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила ≥ 6 процедури вътрешна фиксация
45720-00	Остеотомия на мандибула, едностранно
45726-00	Остеотомия на мандибула, двустранно
45731-00	Остеотомии или остектомии на мандибула, ≤ 3 процедури
45735-00	Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 4 процедури
45741-00	Остеотомии или остектомии, на мандибулата и максилата, 5 процедури
45747-00	Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила ≥ 6 процедури
45720-00	Остеотомия на мандибула, едностранно
45726-00	Остеотомия на мандибула, двустранно
45723-00	Остеотомия на мандибула с вътрешна фиксация, едностранно
45729-00	Остеотомия на мандибула с вътрешна фиксация, двустранна
45731-00	Остеотомии или остектомии на мандибула, ≤ 3 процедури
45735-00	Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 4 процедури
45741-00	Остеотомии или остектомии, на мандибулата и максилата, 5 процедури
45747-00	Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила ≥ 6 процедури

45732-00 Остеотомии или остектомии на мандибула, ≤ 3 процедури с вътрешна фиксация 45738-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 4 процедури с вътрешна фиксация 45744-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 5 процедури с вътрешна фиксация 45752-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила ≥ 6 процедури вътрешна фиксация
45731-00 Остеотомии или остектомии на мандибула, ≤ 3 процедури 45735-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 4 процедури 45741-00 Остеотомии или остектомии, на мандибулата и максилата, 5 процедури 45747-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила ≥ 6 процедури 45732-00 Остеотомии или остектомии на мандибула, ≤ 3 процедури с вътрешна фиксация 45738-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 4 процедури с вътрешна фиксация 45744-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 5 процедури с вътрешна фиксация 45752-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила ≥ 6 процедури вътрешна фиксация
45753-00 Среднолицеви остеотомии 45754-00 Среднолицеви остеотомии с вътрешна фиксация
45761-00 Редукционна гениопластика
45761-01 Уголемяваща гениопластика
90681-00 Друго възстановяване на лицева кост
47726-00 Доставяне на кост за графт чрез отделен разрез 47732-00 Доставяне васкуларизирано костно краче за графт
45608-00 Реконструкция на мандибуларен кондил 45608-01 Частична реконструкция на мандибула 45608-02 Субтотална реконструкция на мандибула 45608-03 Тотална реконструкция на мандибула 45608-04 Реконструкция на мандибула чрез костна дистракция 45791-00 Изграждане на липсващ кондил и възходящ клон 52122-00 Частична реконструкция на максила 52122-01 Субтотална реконструкция на максила 52122-02 Тотална реконструкция на 1 максила 52122-03 Тотална реконструкция на двете максили 90683-00 Реконструкция на зигоматична кост
45230-00 Отлагане на директно отдалечено кожно ламбо 45230-01 Отлагане на индиректно отдалечено кожно ламбо
45221-01 Директно отдалечено кожно ламбо – първи етап 45227-00 Индиректно отдалечено кожно ламбо, образуванена тубовидно краче
45224-01 Директно отдалечено кожно ламбо – втори етап 45236-00 Индиректно отдалечено кожно ламбо, разполагане на тубовидно краче
45233-00 Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на междинно място
45233-00 Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на междинно място 45233-01 Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на крайно място
31340-00 Ексцизия на мускул, кост или хрущял, ангажирани с кожна лезия
39300-00 Първично възстановяване на нерв
39306-00 Първично възстановяване на нервен ствол
39312-00 Отворена невролиза на интерфасцикуларен периферен нервен ствол
39330-00 Отворена невролиза на периферен нерв, некласифицирана другаде
39318-00 Графт на нерв
39321-00 Транспозиция на нерв
39503-00 Анастомоза на лицевохипоглосален нерв
39503-01 Анастомоза на лицево-аксесорен нерв
39306-00 Първично възстановяване на нервен ствол
90016-00 Други диагностични процедури на нерви
90016-01 Други процедури на нерви

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- тумор на ларинкса с диспнея;
- тумор на ларинкса с хеморагия;
- тумори на ларинкса и фаринкса със или без метастази;
- метастази на шията след тумори на ларинкс и фаринкс със/без рецидив;
- тумори на носната кухина, синусите и такива ангажиращи орбитата;
- тумори на шията, слюнчените жлези;
- пациенти с тумори, ангажиращи темпоралната кост;
- пациенти с онкологично заболяване на език/устна кухина;
- пациенти с риноликворея;
- орбитални усложнения;
- отогенни интракраниални усложнения
- пациенти с парализа на черепно-мозъчни нерви.

Диагностично уточняване и оперативно лечение с много голям обем и сложност на:

- пациенти за кохлеарна имплантация;
- пациенти, индицирани за операции в областта на вътрешното ухо и понто-церебеларния ъгъл по повод неонкологични заболявания;
- пациенти, индицирани за реконструкционни операции в областта на главата и шията.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Контраиндикации – при наличие на далечни метастази и тежки сърдечно-съдови, белодробни и чернодробни заболявания или тежки алергични отклонения, непозволяващи пациентът да бъде опериран под обща анестезия.

Относителни контраиндикации:

- фиксирането на кожата от тумора;
- сраствane със съседните съдово-нервни структури;
- инфилтрация на перивертебралната мускулатура;
- прорастване към езика и трахеята.
-интракраниално разрастване

При стадирането на онкологичното заболяване на главата и шията се използва последното издание на TNM – класификация.

5б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.
Диагностично уточняване и оперативно лечение с много голям обем и сложност на пациенти с заболявания от обхвата на УНГ и ЛЧХ .

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост /стадий на тумора по TNM-класификация/, КТ или ЯМР. При всички останали случаи поставянето на окончателна диагноза се извършва на основата на общохирургичните принципи.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:
- гладък следоперативен период;
- зарастваща рана и липса на фебрилитет и постигане на хирургичен туморен контрол.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "История на заболяването" (ИЗ) и в част II на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за Предоперативна анестезиологична консултация (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7);
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от "История на заболяването".

ОПЕРАТИВНИЯТ ПРОТОКОЛ И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВАТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА / АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА / КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС код на държава

(или по двустранни спогодби)

..... име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул..... №. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

....

име на лечебното заведение

....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... **№.** ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... **№.** ☐☐

Диагноза: ..... МКБ ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ-	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; Сигнатура на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....

подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....

фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА

Екзентерацията на орбиталното съдържимо представлява оперативна намеса, при която се отстранява очния булбус заедно с меките тъкани с различни степени на радикалност според патологията. Този тип операция е необходима при орбитални и периорбитални тумори, както и рядко други заболявания, които биха били потенциално фатални за живота на пациента. Условие е липсата на други по-ефективни органосъхранаващи методи за лечение на заболяването.

Орбитотомията представлява хирургичен достъп до орбитатата, който е необходим за ексцизия на тумори, дренаж на орбитални абсцеси, възстановяване на фрактури на орбиталните кости.

Макар и рядко срещани, **туморите на носа и околоносните кухини** представляват сериозен медицински проблем Характерни симптоми на неоплазмите в областта на носа и околоносните кухини са:

- слузно-гноен секрет с неприятна миризма;
- чести кръвоизливи от носа или кървави жилки в секрета;
- намалено обоняние;
- болка или разклащане на зъбите;
- дори безболезнено изпадане на няколко зъба;
- деформация на носа.

Тази операция се извършва под обща анестезия. Времетраенето на операцията е в зависимост от обема на оперативната интервенция. Поради поставяне на тампоните е невъзможно носното дишане в следоперативния период, който е около 10 дни. Необходимо е да се постави лед за около 2 часа в областта на очите, за избягване на хематоми. Подходящо е антибиотично, антиалергично, аналгетично и антипиретично лечение.

Окончателната диагноза се поставя след получаване на хистологичния резултат. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация). Лечението в следоперативния период се определя в зависимост от вида на неоплазмата; стадия на заболяването; общото състояние на пациента.

Лъчетерапия, химиотерапия и имунотерапия

След уточняване на заболяването и стадият му, ние Ви представяме на съвместно обсъждане с лъчетерапевт и химиотерапевт; за постигане на туморен контрол. Може да се наложи допълнително лъчетерапия и химиотерапия.

Лъчетерапията най- често се провежда след оперативното лечение, но при някои от случаите тя може да бъде първа и да последва оперативното лечение.

В зависимост от вида на тумора и неговото развитие, може да се наложи да се проведе само лъчетерапия. Химиотерапията и имунотерапията се използват допълнително при някои от видовете тумори, за постигане на добри резултати.

Защо е необходимо да постъпите в болница?

Необходимостта за постъпване в болница се налага за доказване наличието на малигнен тумор на ларинкса, фаринкса и шията и предприемане на съответно лечение.

Лечение и прогноза

Възможностите за лечение и прогноза зависят от разпространението на тумора – дали е само в рамките на органа или засяга и други съседни области, наличие на разсейки, възраст, общото състояние на пациента и вида на тумора

След провеждане на лечението (хирургично, лъчелечение, химиотерапия или комбинирано), пациентите подлежат на редовни контролни прегледи, при които се следи дали заболяването е в контрол или не.

Туморите на ларинкса, фаринкса, езика и шията са сравнително често заболяване в рискови групи, подложени на действието на дразнещи вещества, химични и физични агенти, хронични възпаления на горните дихателни пътища и др.

При това заболяване нормални клетки от покривна лигавица се израждат в туморни клетки, т.е. в такива клетки, които се делят безконтролно и не носят никаква функционална или структурна полза за организма.

Как се лекува онкологично новообразувание на ларинкс, фаринкс език и шия и неговите метастази?

Хирургичното лечение има за цел премахване на туморното образувание. При началните тумори се премахва само част от органа. Възможно е болният да носи за известен период от време канюла (тръбичка поставена в трахеята), която помага да се гарантира свободно дишане.

При напредналите стадии се налага да се премахне целият орган, а при наличие на "бучки" на шията се оперира и шията и Вие оставате с постоянно оформен дихателен отвор в областта на шията.

Гласът не е функция само на ларинкса. При подходящо обучение или протезиране е възможно да се научите да говорите добре и разбираемо и да изпълнявате ежедневните си задължения и да контактувате с околните.

Лъчева, химиотерапия и имунотерапия

След уточняване на заболяването и стадият му, ние Ви представяме на съвместно обсъждане с лъчетерапевт, химиотерапевт и други специалисти (онкологичен комитет); за постигане на туморен контрол. Може да се наложи допълнително лъчетерапия и химиотерапия.

Лъчетерапията най-често се провежда след оперативното лечение, но при някои от случаите тя може да бъде първа и да последва оперативното лечение.

В зависимост от вида на тумора и неговото развитие, може да се наложи да се проведе само лъчетерапия. Химиотерапията и имунотерапията се използват допълнително при някои от видовете тумори, за постигане на добри резултати.

Защо е необходимо да постъпите в болница?

Необходимостта за постъпване в болница се налага за доказване наличието на малигнен тумор на ларинкса, фаринкса, езика и шията и предприемане на съответно лечение.

Лечение и прогноза

Възможностите за лечение и прогноза зависят от разпространението на тумора – дали е само в рамките на органа или засяга и други съседни области, наличие на разсейки, възраст, общото състояние на пациента и вида на тумора.

След провеждане на лечението (хирургично, лъчелечение, химиотерапия или комбинирано), пациентите подлежат на редовни контролни прегледи, при които се следи дали заболяването е в контрол или не.

КП № 137 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ В ОБЛАСТТА НА УШИТЕ, НОСА И ГЪРЛОТО С ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1.Минимален болничен престой – 2 дни

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
300 Процедури за изследване на външно ухо	
90119-00	Отоскопия
370 Процедури за изследване на нос	
41764-00	Ендоскопия на носни кухини Риноскопия *Кодирай също когато е направена:* Биопсия на назофаринкс (41761-00 [375])
450 Стоматологичен преглед	
97011-00	Цялостен преглед на устна кухина
416 Процедури за изследване на фаринкс	
41764-02	Фиброоптично изследване на фаринкс Фиброоптична фарингоскопия *Включва:* назофаринкс Кодирай също когато е направена: • биопсия на интраназално пространство (41761-00 [375])
520 Процедури за изследване на ларинкса	
	Включва: биопсия трахеоскопия
41849-00	Ларингоскопия Директна ларингоскопия
41849-01	Индиректна ларингоскопия
41764-03	Фиброоптична ларингоскопия Фиброоптична ларингоскопия
41855-00	Микроларингоскопия *Не включва:* микроларингоскопия с изваждане на тумор или лезия (41864-00, 41861-00 [523])
1954 Компютърна томография на орбита (и мозък)	
	Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
56013-00	Компютърна томография на орбита
56013-01	Компютърна томография на орбита с интравенозна контрастна материя
56013-02	Компютърна томография на орбита и мозък
56013-03	Компютърна томография на орбита и мозък с интравенозна контрастна материя
1955 Компютърна томография на средно ухо и слепоочна кост (и мозък)	
	Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350) [1966]
56016-00	Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост,едностранно
56016-01	Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, едностранно
56016-02	Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, едностранно
56016-03	Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, едностранно
56016-04	Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост, двустранно
56016-05	Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, двустранно
56016-06	Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, двустранно

56016-07	Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, двустранно
1956 Компютърна томография на лицева кост и/или параназален синус (и мозък)	
	Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
56022-00	Компютърна томография на лицева кост
56028-00	Компютърна томография на лицева кост с интравенознаконтрастна материя
	Компютърна томография на лицева кост без, след това с венозен контраст
56022-01	Компютърна томография на параназален синус
56028-01	Компютърна томография на параназален синус с интравенозна контрастна материя
	Компютърна томография на околоносен синус без, след това с венозен контраст
56030-00	Компютърна томография на лицева кост, параназален синус и мозък
56036-00	Компютърна томография на лицеви кости, параназален синус и мозък с интравенозна контрастна материя
	Компютърна томография на лицева кост, околоносен синус и мозък без, след това с венозен контраст
56022-02	Компютърна томография на лицева кост и параназален синус
56028-02	Компютърна томография на лицева кост и параназален синус с интравенозна контрастна материя
	Компютърна томография на лицева кост и околоносен синус без, след това с венозен контраст
1958 Компютърна томография на шия	
	Включва: ларинкс фаринкс слюнчена жлеза горен хранопровод
	Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) тази за шиен гръбнак (виж блок [1959]) тази при сканиране на глава, корем и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
56101-00	Компютърна томография меки тъкани на шия
56107-00	Компютърна томография меки тъкани на шия с интравенозна контрастна материя
	Компютърна томография меки тъкани на шия без, след това с венозен контраст
1951 Томография	
60100-00	Томография
	Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966]) такава с: • холецистография (58924-00 [1976]) • венозна пиелография (58706-00 [1978])
1990 Друга ангиография	
59754-00	Лимфангиография
	Включва: последваща радиография
1967 Рентгенография на глава или шия	
	Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])
57918-00	Рентгенография на слюнчена жлеза
	Радиография на камък на слюнчена жлеза
	Сиалография
57942-00	Палатофарингеално изследване
57939-00	Палатофарингеално изследване с флуороскопски скрининг
57945-00	Рентгенография на ларинкс
	Включва: меки тъкани на врата
57902-00	Цефалометрия
	Не включва: ортодонтска цефалометрия (57930-00, 57933-00 [1967])
57915-00	Рентгенография на мандибула
	Не включва: тази при ортопантомография (57960-00 [1967]) тази на темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])
57930-00	Рентгенография на зъби
	Зъбна радиография
	Ортодонтска: • цефалография • цефалометрия
	Не включва: тази на цяла уста (57933-00 [1967])
57933-00	Рентгенография на зъби, цяла уста

Не включва: ортопантомография (57960-00 [1967])

57960-00 Ортопантомография

57927-00 Рентгенография на темпоромандибуларна става

Не включва: артрография (59751-00 [1985])

57903-00 Рентгенография на параназален синус

57906-00 Рентгенография на мастоидна кост

57909-00 Рентгенография на петрозна темпорална кост

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
тази на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

57927-00 Рентгенография на темпоромандибуларна става

Не включва: артрография (59751-00 [1985])

57915-00 Рентгенография на мандибула

Не включва: тази при ортопантомография (57960-00 [1967])
тази на темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])

57912-00 Рентгенография на друга лицева кост

Включва: маларна
максила
орбита

Не включва: тази на:
- мандибула (57915-00 [1967])
- нос (57921-00 [1967])
- темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])

57921-00 Рентгенография на нос

57903-00 Рентгенография на параназален синус

1968 Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални посоки

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

1988 Друга рентгенография

90903-00 Рентгенография на мека тъкан, некласифицирана другаде

1985 Артрография

59751-00 Артрография

Включва: контрастно изследване
предварителен общ план (обзорна графия)

1974 Рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: Бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: тези на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

1940 Ултразвук на глава или шия

55030-00 Ултразвук на орбитално съдържание

Ултразвук на око (двупланово) (еднопланово)

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
тези за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

1846 Други диагностични тестове на ухо, нос, уста и гърло, измервания или изследвания

92026-00 Назални функционални изследвания
Риноманометрия

1825 Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

1827 Изследване евокирани отговори на централна нервна система

Включва: тези чрез компютризирано усреднени техники
Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка
Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране
Не включва: тези, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1849 Друго измерване на дихателна функция

11512-00 Непрекъснато измерване на връзка между въздушен поток и белодробен обем по време на вдишване и издишване
Спирометрия

11506-00 Други изследвания на дихателна функция

Дихателен функционален тест	БД
Спирометрия	У

520 Процедури за изследване на ларинкса

Включва: биопсия
трахеоскопия

41849-01 Индиректна ларингоскопия

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларенстрес тест (11712-00 [1857])

11713-00 ЕКГ запис с осреднен сигнал
Включва: анализ, интерпретация и доклад за записа
този, включващ не повече от 300 удара, използвайки поне 3 отвеждания с придобиване на данни на не по-малко от 1000 Hz на поне 100 QRS комплекса

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1926 Микробиологични изследвания

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1927 Морфологични изследвания

91929-06 Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за хистология

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1826 Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1839 Слухови евокирани потенциали

11300-00 Аудиометрия на евокирани потенциали на мозъчен ствол
96173-00 Електрична слухова аудиометрия на стволов отговор
96050-00 Кортикален евокиран отговор аудиометрия
96051-00 Равновесно състояние – евокирани потенциали

1845 Тестове на вестибуларна функция

11339-00 Електронистагмография

1836 Тестове за слухова функция

11312-00 Аудиометрия на въздушна и костна проводимост, стандартна техника

1841 Импеданс аудиометрия

11324-00 Тимпанометрия чрез използване на сонда със стандартен тон
11324-01 Тимпанометрия чрез използване на сонда с високочестотен тон
96052-00 Акустичен рефлекс праг
96053-00 Акустично рефлексно разпадане
96054-00 Тест за дисфункция на евстахиева тръба

1843 Друга аудиометрия

11306-00 Друга аудиометрия

1820 Физиологична оценка

Забележка: Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други физикални тестове

Не включва: тези, които са част от:
- оценка на стареене (96023-00 [1824])
- тестване на развитие (96184-00 [1824])
- генетична оценка (96035-00 [1824])
- ментална или поведенческа оценка (96175-00 [1823])

96009-00 Слухово функционална оценка

Не включва: тази за определяне нужда от устройство, подпомагащо слуха (96024-00 [1822])

1916 Общи интервенции свързани с грижа за здравето

95550-06 Асоциирана здравна интервенция, аудиология

1845 Тестове на вестибуларна функция

11333-00 Топлинен тест на лабиринт
Окуловестибуларен тест
11336-00 Симултантен битермален термичен тест на лабиринт
Симултантен битермален окуловестибуларен тест

11339-00	Електронистагмография
96063-00	Оценка на вестибуларна функция чрез въртящ се стол
Включва:	фиксирано подтискане обикновено хармонично усилване спонтанен нистагъм трапецоиди
96064-00	Други тестове на вестибуларна функция

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

3. ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ

3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

20 Възстановяване на мозъчна дура

Дурален графт
Дурапластика
Възстановяване на мозъчни менинги
Не включва: такава с:
- интракраниална декомпресия (40106-00, 40106-01 [9])
- активиране на обекс (40339-00 [22])
- наместване на черепна фрактура (39612 [25])
- хирургия на черепната основа при лезия, обхващаща предна черепна ямка (39640-00, 39642-00, 39646-00 [17])

39615-00	Възстановяване на твърда мозъчна обвивка чрез краниотомия
	Отложено възстановяване на дура след фрактура на черепа чрез краниотомия
	Не включва: такава чрез краниопластика (39615-01 [20])
39615-01	Възстановяване на твърда мозъчна обвивка чрез краниотомия с краниопластика
	Отложено възстановяване на твърда мозъчна обвивка след фрактура на черепа чрез краниопластика

116 Други ексцизионни процедури на щитовидна и паращитовидна жлеза

30313-00	Ексцизия на тироглосална киста
	Процедура на Sistrunk
30314-00	Радикална ексцизия на тироглосалнакиста или фистула
Включва:	ексцизия на: • подезична кост • тиреоглосален канал

164 Вторични процедури след отстраняване на очната ябълка

Включва:	процедури на анофталмична орбита или сак
Не включва:	такава с: • енуклеация на очна ябълка (42506-01, 42509-00, 42510-00 [161]) • евисцерация на очна ябълка (42515-00 [161])
42518-01	Поставяне на изкуствен имплант към анофталмична орбита
Не включва:	интегриран имплант (42521-01 [164]) остеоинтегриран имплант (45794-02 [1698], 45797-02 [1697])
42521-01	Поставяне на изкуствен орбитален интегриран имплант при анофталмична орбита
Не включва:	остеоинтегриран имплант (45794-02 [1698], 45797-02 [1697])

1697 Фиксиране на транскутанна основа (осеоинтеграционна процедура)

Прикрепяне на рамка за титанова фиксация при осеоинтеграция
Свързване на перкутанна подпора за осеоинтеграция
Осеоинтеграция за прикрепяне на подменена протеза, втори етап

Включва:	оглед на титанова фиксация кожен графт на място на фиксация изтъняване на кожен графт над място на фиксиране
Не включва:	интраорална осеоинтеграционна процедура (45845-00 [400])

45797-02 Осеоинтеграционна процедура, фиксиране на транскутанна основа за закрепване на орбитална протеза

Включва: подмяна на протеза на:
- око
- орбитално съдържание

1698 Имплантиране на титаниев фиксатор (осеоинтеграционна процедура)

Имплантиране на титанов винт за осеоинтеграция
Осеоинтеграция за прикрепване на протезна смяна, първи етап
Поставяне на титанов фиксатор при осеоинтеграция
Кодирай също когато е направена:
- костен графт (виж Индекс: Графт, кост)
- фиксиране на транскутанна основа (45797 [1697])
- възстановяване с ламбо (виж Индекс: Ламбо, по локализация)
- реконструкция (виж Индекс:Реконструкция, по локализация)

Не включва: интраорална осеоинтеграционна процедура (45845-00 [400])

45794-02 Осеоинтеграционна процедура, имплантиране на титанов фиксатор за закрепване на орбитална протеза

Включва: подмяна протеза на:
- око
- орбитално съдържание

164 Вторични процедури след отстраняване на очната ябълка

Включва: процедури на анофталмична орбита или сак

Не включва: такава с:
- енуклеация на очна ябълка (42506-01, 42509-00, 42510-00 [161])
- евисцерация на очна ябълка (42515-00 [161])

42527-00 Ревизия на анофталмична орбита
Подготвка на контрахирана орбита
Реконструкция контрахирана орбита

Включва: Вграждане на:
- калъп
- стент

мукозен мембранен графт

Кодирай също когато е направено:
- вграждане в анофталмична орбита:
- изкуствен имплант (42518-01, 42521-01 [164])
- съгласувател преди временна\постоянна\протеза (42521-00 [164])

224 Орбитотомия с биопсия или ексцизия

Не включва: отстраняване и замяна на кост (виж блок [227])

42543-00 Експлоративна орбитотомия, ретробулбарен аспект, с ексцизия на лезия

42543-01 Експлоративна орбитотомия, ретробулбарен аспект, с отстраняване на чуждо тяло
Премахване на чуждо тяло от орбита, ретробулбарен аспект, чрез инцизия

42545-01 Орбитотомия за декомпресия на орбита чрез отстраняване на интраорбиталните (перибулбарни) (ретробулбарни) мазнини

Забележка: Извършена при дистироидна очна болест

42533-01 Експлоративна орбитотомия с биопсия

305 Реконструктивни процедури на външно ухо

41512-00 Реконструкция на външен слухов канал
Меатопластика

Включва: премахване на
- кост
- хрущял

Кодирай също когато е направена:
- радикална (модифицирана) мастоидектомия (41557 [323], 41560 [325], 41563 [326])

Не включва: за коригиране стеноза на слухов канал (41521[304])

45662-00 Реконструкция на външния слухов канал при вродена атрезия
Не включва: за коригиране стеноза на слухов канал (41521-00, 41521-01 [304])

304 Възстановителни процедури на външно ухо

90110-00 Друго възстановяване на външно ухо
Възстановяване на:
- ушна мида БДУ

• външен слухов канал БДУ

1697 Фиксиране на транскутанна основа (осеоинтеграционна процедура)

Прикрепяне на рамка за титанова фиксация при осеоинтеграция
Свързване на перкутанна подпора за осеоинтеграция
Осеоинтеграция за прикрепяне на подменена протеза, втори етап
Включва: оглед на титанова фиксация
кожен графт на място на фиксация
изтъняване на кожен графт над място на фиксиране
Не включва: интраорална осеоинтеграционна процедура (45845-00 [400])

45797-01 Осеоинтеграционна процедура, фиксиране на транскутанна основа за закрепване на ушна протеза

1698 Имплантиране на титаниев фиксатор (осеоинтеграционна процедура)

Имплантиране на титанов винт за осеоинтеграция
Осеоинтеграция за прикрепване на протезна смяна, първи етап
Поставяне на титанов фиксатор при осеоинтеграция
Кодирай също когато е направена:
• костен графт (виж Индекс: Графт, кост)
• фиксиране на транскутанна основа (45797 [1697])
• възстановяване с ламбо (виж Индекс: Ламбо, по локализация)
• реконструкция (виж Индекс:Реконструкция, по локализация)
Не включва: интраорална осеоинтеграционна процедура (45845-00 [400])

45794-01 Осеоинтеграционна процедура, имплантиране на титанов фиксатор за закрепване на ушна протеза

318 Възстановителни процедури на костиците на ухо

41611-00 Мобилизация на костици

41608-01 Стапедотомия
Включва: фенестрация чрез:
• лазер
• микроотвори
протеза

317 Ексцизни процедури на костиците на ухо

41608-00 Стапедектомия
Включва: протеза

320 Други процедури на костиците на ухо

90115-00 Други процедури на костиците на ухо

315 Реконструктивни процедури на тъпанче или средно ухо

41542-00 Миринготластика с реконструкция на костна верига
Тимпанопластика, типове II, III, IV и V
Включва: графт
протеза
Не включва: такава с:
• ексцизия на лезия, средно ухо (41638-01 [315])
• мастоидектомия (41554-00, 41563 [326])

316 Други процедури на тъпанче или средно ухо

90114-00 Други процедури на тъпанче или средно ухо

323 Мастоидектомия

Не включва: такава с:
• декомпресия на ендолимфатична торбичка (41590 [330])
• имплантиране на кохлеарно протезно устройство (41617-00 [329])
• миринготластика (41551-00, 41560 [325], 41554-00, 41563 [326])
• реконструкция на костна верига (41554-00, 41563 [326])
• частична резекция на слепоочна кост (41584 [324])
• премахване лезия на гломус (41623-00 [312])

41548-00 Облитерация на мастоидна кухина
Кодирай също когато е направена:
• меатопластика (41512-00 [305])

41545-00 Мастоидектомия
Кортикална мастоидектомия

41557-01 Радикална мастоидектомия

41557-00 Модифицирана радикална мастоидектомия

328 Други процедури на мастоидна или темпорална кост

90116-00 Други процедури на мастоидна или темпорална кост

322 Инцизионни процедури на мастоидна или темпорална кост

41557-03 Инцизия на мастоидеус

17 Операция на черепната основа при лезия

Включва: Всяка свързана с възстановителна или реконструктивна хирургия такава при васкуларни лезии

90032-00 Премахване на лезия, обхващаща задна черепна ямка

Включва: Чрез:
- транслабиринтен
- трансмастоиден
- трансорален

} достъп

39653-00 Премахване лезия на петрокливус и кливус

Включва: Чрез:
- инфратенториален
- супратенториален

} достъп

310-Други инцизионни процедури на тъпанче и средно ухо

41533-00 Атикотомия

Не включва: такава с:
- мастоидектомия (41551-00 [325], 41554-00 [326])
- мирингопластика (41533-01 [313], 41536-01 [315])
- реконструкция на костен дефект (41536 [315])

41533-02 Друга инцизия на средното ухо

Разделяне на:
- адхезии на средно ухо
- тъпанче

312 Ексцизионни процедури на тъпанче или средно ухо

41635-00 Ексцизия лезия на средното ухо

Прочистване на:
- холестеатом
- гранулом
- полип

} на средно ухо

Не включва: отстраняване на лезия на гломус (41620-00, 41623-00 [312])
такава с:
- мирингопластика (41635-01 [313], 41638-01 [315])
- реконструкция на костна верига (41638-00, 41638-01 [315])

41644-01 Друга ексцизия на средно ухо

327 Ревизионни процедури на мастоидна или темпорална кост

Включва: мирингопластика

41566-00 Ревизия на трепанация тип задна тимпанотомия

41566-01 Ревизия на модифицирана радикална мастоидектомия

41566-02 Ревизия на радикална мастоидектомия

321 Процедури за приложение, поставяне или премахване върху мастоидна или темпорална кост

41557-02 Имплантиране на електромагнитно слухово устройство

Слухово устройство за костна проводимост

Не включва: кохлеарно протезно устройство (41617-00 [329])

1698 Имплантиране на титаниев фиксатор (осеоинтеграционна процедура)

Имплантиране на титанов винт за осеоинтеграция

Осеоинтеграция за прикрепване на протезна смяна, първи етап

Поставяне на титанов фиксатор при осеоинтеграция

Кодирай също когато е направена:
- костен графт (виж Индекс: Графт, кост)

• фиксиране на транскутанна основа (45797 [1697])
• възстановяване с ламбо (виж Индекс: Ламбо, по локализация)
• реконструкция (виж Индекс:Реконструкция, по локализация)

Не включва: интраорална осеоинтеграционна процедура (45845-00 [400])

45794-00 Осеоинтеграционна процедура, имплантиране на титанов фиксатор за закрепване към коста на слухов апарат [ВАНА]

697 Прекъсване на артерия

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране

Не включва: такава при висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

41725-00 Прекъсване на етмоидална артерия

Включва: такава чрез трансорбитален достъп
такава за спиране на назална хеморагия

41707-00 Прекъсване на максиларна артерия

Включва: такава чрез трансантрален достъп

Забележка: Изпълнена за спиране на епистаксис

381 Други процедури на носа

90133-00 Други процедури на носа

1682 Контурна реконструкция

45051-00 Реконструкция на контури на лице с имплант
Увеличаваща ринопластика с имплант
Увеличение на брадичка включваща меки тъкани с имплант

Не включва: увеличаваща ринопластика с графт (45641, 45644 [1679])
увеличение на брадичка с костен графт (45761-00 [1702])

1697 Фиксиране на транскутанна основа (осеоинтеграционна процедура)

Прикрепяне на рамка за титанова фиксация при осеоинтеграция
Свързване на перкутанна подпора за осеоинтеграция
Осеоинтеграция за прикрепяне на подменена протеза, втори етап

Включва: оглед на титанова фиксация
кожен графт на място на фиксация
изтъняване на кожен графт над място на фиксиране

Не включва: интраорална осеоинтеграционна процедура (45845-00 [400])

45797-03 Осеоинтеграционна процедура, фиксиране на транскутанна основа за закрепване на костите и фиксиране на протеза на носа, частична

45797-04 Осеоинтеграционна процедура, фиксиране на транскутанна основа за закрепване на носна протеза, тотална

Включва: околни лицеви тъкани

1698 Имплантиране на титаниев фиксатор (осеоинтеграционна процедура)

Имплантиране на титанов винт за осеоинтеграция
Осеоинтеграция за прикрепване на протезна смяна, първи етап
Поставяне на титанов фиксатор при осеоинтеграция
Кодирай също когато е направена:
• костен графт (виж Индекс: Графт, кост)
• фиксиране на транскутанна основа (45797 [1697])
• възстановяване с ламбо (виж Индекс: Ламбо, по локализация)
• реконструкция (виж Индекс:Реконструкция, по локализация)

Не включва: интраорална осеоинтеграционна процедура (45845-00 [400])

45794-03 Осеоинтеграционна процедура, имплантиране на титанов фиксатор за закрепване на носна протеза, частична

45794-04 Осеоинтеграционна процедура, имплантиране на титанов фиксатор за закрепване на носна протеза, тотална

Включва: околни лицеви тъкани

379 Възстановяване на назален септум

41671-01 Затваряне перфорация на носна преграда

384 Биопсия на назални синуси

41716-05 Биопсия на максиларен синус
41737-07 Биопсия на фронтален синус
41737-08 Биопсия на етмоидален синус

385 Интраназално премахване на полип от назални синуси

41716-03 Интраназално отстраняване на полип от максиларна кухина
41737-05 Интраназална екстирпация от максиларен синус
41737-06 Интраназално отстраняване на полип от етмоидален синус
41752-03 Интраназално отстраняване на полип от сфеноидален синус

389 Други процедури на назални синуси

41716-04 Други интраназални процедури на максиларен синус
41737-00 Други интраназални процедури на фронтален синус
41737-01 Други интраназални процедури на етмоидален синус
41752-00 Други интраназална процедура на сфеноидален синус
41749-00 Външна процедура върху етмоидален синус

392 Ексцизионни процедури на език

30272-00 Частична ексцизия на езика
Частична глосектомия
Не включва: такава за намаление на размера (45675-01 [1665])
такава с частична фарингектомия (41785-00 [420])

1665 Ексцизия, език

45675-01 Редукция размера на език
Частична:
• ексцизия на език при макрохейлия
• глосектомия при макрохейлия

748 Ексцизия на съдова аномалия

Включва: ангиом
хемангиом
лимфангиом
Не включва: ексцизия на артериовенозна малформация (45039-00, 45042-00, 45045-00 [1693])
45033-03 Ексцизия на съдова аномалия на езика

393 Възстановителни процедури на език

90136-00 Друго възстановяване на език

394 Други процедури на език

90137-00 Други процедури на език

406 Други процедури за възстановяване на уста, небце или увула

90142-01 Друго възстановяване на небце

418 Инцизионни процедури на фаринкс

41779-00 Фаринготомия
41776-00 Крикофарингеална миотомия
41776-01 Крикофарингеална миотомия с инверзия на фарингеален джоб
41770-01 Крикофарингеална миотомия с отстраняване на фарингеален джоб

421 Други ексцизионни процедури на фаринкс

30286-00 Ексцизия на бранхиална киста
41770-00 Премахване на фарингеален джоб
Фарингеална дивертикулектомия
Не включва: такава чрез ендоскопия (41773-00 [421])
такава с крикофаринготомия (41770-01 [418])
41773-00 Ендоскопска резекция на фарингеален джоб
Процедура на Dohlman

90149-00 Ексцизия на друга лезия на фаринкс

420 Фарингектомия

Включва: достъп за фаринготомия
41782-00 Частична фарингектомия
41785-00 Частична фарингектомия с частична глосектомия
41785-01 Частична фарингектомия с тотална глосектомия

1681 Възстановяване на фаринкс

45645-00 Затворено възстановяване на хоанална атрезия
Затворена корекция на назофарингеална атрезия
Включва: поставяне, иригация и сукция, пункция и дилатация } на назофарингеален стент

421 Други ексцизионни процедури на фаринкс

30289-00 Ексцизия на бранхиална фистула
90149-00 Ексцизия на друга лезия на фаринкс

418 Инцизионни процедури на фаринкс

41758-00 Освобождаване на фарингеални сраствания

422 Други процедури на фаринкс

90147-00 Други процедури на фаринкс

531 Други процедури на ларинкс

90160-00 Други процедури на ларинкс
Затваряне на фистула, Шев на разкъсване } на ларинкс
90150-00 Тиропластика
Възстановяване на тироиден хрущял
Тиропластика със силиконов имплант
Включва: силиконов имплант

526 Ларингопластика

41876-02 Ларингопластика
Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия (41880-00, 41881 [536])

528 Други възстановителни процедури на ларинкс

41873-00 Реконструкция след фрактура на ларинкса
Външно възстановяване на ларингеална фрактура

521 Процедури за приложение, поставяне или премахване върху ларинкс

18368-00 Прилагане на ботулинов токсин в гласните връзки
Инжектиране на ботулинов токсин в ларинкса
41870-00 Прилагане на друго вещество в гласните връзки
Инжектиране в ларинкса или гласните струни на:
• колаген
• мастна тъкан
• Gelfoam
• Teflon
41886-01 Премахване на ларингеален стент
Не включва: при подмяна (41905-03 [521])

539 Други процедури за възстановяване на трахея

41879-01 Шев на разкъсване на трахея
43900-00 Затваряне на трахеоезофагеална фистула
Разделяне на трахеоезофагеална фистула (без атрезия)
Не включва: за езофагеална атрезия(43852-00 [539])
с възстановяване на езофагеална атрезия(43843-01, 43843-02 [866])
41879-03 Затваряне на друга фистула на трахея

41879-04 Възстановяване на трахея, цервикален достъп
Цервикална трахеопластика
Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия (41880-00, 41881 [536])

540 Реконструктивни процедури на трахея

41885-00 Трахео-езофагеална фистулизация
Трахео-езофагеална фистулизация
Включва: поставяне на гласова протеза (Blom-Singer)

544 Бронхоскопия с биопсия или отстраняване на чуждо тяло

Включва: флуороскопски увод
Лаваж:
• бронхиален
• бронхо-алвеоларен
трансбронхиална белодробна биопсия
лаваж с цел събиране материал за изследване

41892-00 Бронхоскопия с биопсия
41898-01 Фиброоптична бронхоскопия с биопсия
41895-00 Бронхоскопия с премахване на чуждо тяло

554 Други ексцизионни процедури на бял дроб или плевра

38435-00 Цялостен белодробен лаваж

697 Прекъсване на артерия

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране
Не включва: такава при висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

34100-02 Прекъсване на каротидна артерия

861 Други ексцизионни процедури на хранопровод

41822-00 Ригидна езофагоскопия с биопсия
30473-04 Езофагоскопия с биопсия
30478-13 Езофагоскопия с ексцизия на лезия
Ендоскопска езофагеална полипектомия
90297-00 Ендоскопска мукозна резекция на хранопровод

853 Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху хранопровод

30490-00 Ендоскопско поставяне на езофагеална протеза
Ендоскопско поставяне на езофагеален стент:
• разширяващ се
• неразширяващ се
Включва: дилатация на хранопровод

30490-01 Ендоскопска подмяна на езофагеална протеза
Ендоскопска подмяна на езофагеален стент:
• разширяващ се
• неразширяващ се
Включва: дилатация на хранопровод

30490-02 Ендоскопско отстраняване на езофагеална протеза
Ендоскопско изваждане на езофагеален стент:
• разширяващ се
• неразширяващ се
Не включва: това при подмяна (30490-01 [853])

855 Други инцизионни процедури на хранопровод

30293-02 Езофаготомия

862 Дилатация на хранопровод

Забележка: Направена при стриктура

41831-00 Ендоскопска пневматична дилатация на хранопровод
41832-00 Ендоскопска балонна дилатация на хранопровод
Включва: с използване на интервенционална образна техника
41819-00 Друга ендоскопска дилатация на хранопровод
Не включва: чрез лазер (30479-00 [856])
с поставяне на протеза (30490-00 [853])

1702 Гениопластика

45761-01 Уголемяваща гениопластика
Увеличаване на брадичка включващо меки тъкани и кост
Гениопластика БДУ
Ментопластика БДУ
Включва: костен графт
Не включва: увеличаване на брадичка включващо само меки тъкани (45051-00 [1682])

1682 Контурна реконструкция

45051-00 Реконструкция на контури на лице с имплант
Увеличаваща ринопластика с имплант
Увеличение на брадичка включваща меки тъкани с имплант
Не включва: увеличаваща ринопластика с графт (45641, 45644 [1679])
увеличение на брадичка с костен графт (45761-00 [1702])

1717 Друга реконструкция на череп и лицеви кости

Не включва: корекция на:
• хипертелоризъм (45767, 45770-00 [1711])
• орбитална дистопия (45776-00, 45779-00 [1711])
• синдром на Treacher Collins (45773-00 [1711])
преместване напред на челна кост (45782, 45785 [1710])
90684-00 Друга реконструкция на лицева кост

382 Процедури за приложение, поставяне или премахване върху назални синуси

41740-00 Катетеризация на фронтален синус

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)
Включва: активен цикъл от дихателни техники [АСВТ]
техника на форсирана експирация [FET]
с използване на техники/устройства като:
• перкусия
• разклащане
• вибратор
Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията
Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

852 Отстраняване на чуждо тяло от хранопровод

41825-00 Ригидна езофагоскопия с отстраняване на чуждо тяло
30478-10 Езофагоскопия с отстраняване на чуждо тяло

1887 Терапевтични интервенции на очите, ушите, носа, устата и гърлото

92032-00 Премахване на чуждо тяло от ларинкс без инцизия

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури, насочени към основната диагноза.**

Процедура с код 41886-01 **в тази клинична пътека се отчита само при отстраняването на ендоларингеален стент.**

41886-01	Премахване на ларингеален стент

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Ушно-носно-гърлени болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести“, от обхвата на медицинската специалност „Лицево-челюстна хирургия“, осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Лицево-челюстна хирургия“ по отношение на оперативни процедури с кодове: 30313-00; 30314-00), (42518-01;42521-01; 45797-02; 45794-02), (42527-00), (42543-00; 42543-01; 42545-01), (42533-01; 41512-00; 45662-00) (90110-00; 45797-01; 45794-01), (41725-00), (41707-00), (90133-00; 45051-00; 45797-03;45797-04; 45794-03; 45794-04), (41737-00), (41737-06; 41737-01), (30272-00; 45675-01; 45033-03) (90136-00; 90137-00), (90142-01), (30286-00), (41782-00; 41785-00; 41785-01), (30289-00), (90149-00), (41758-00), (90147-00), (45761-01), (45051-00; 90684-00), 41716-05, 34100-02 от обхвата на медицинската специалност „Пластично-възстановителна хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна хирургия“ по отношение на оперативни процедури с кодове: (42518-01; 42521-01; 45797-02; 45794-02), (42527-00), (42543-00; 42543-01; 42545-01), (42533-01), (90110-00; 45797-01; 45794-01), (90133-00; 45051-00; 45797-03; 45797-04; 45794-03; 45794-04), (41671-01), (45761-01), (45051-00; 90684-00)), от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“ по отношение на оперативни процедури с код 30286-00.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ, СПОРЕД МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТ.

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК и съгласно изискванията в съответните медицински стандарти.

.

Задължително звено/медицинска апаратура по медицински стандарт УНГ
1. Клиника/отделение /структура по УНГ или Клиника/отделение по лицево-челюстна хирургия или Клиника по пластично-възстановителна хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК и съгласно изискванията в съответните медицински стандарти.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Носни сплинтове	НЗОК не заплаща посочените изделия
Биологично тъканно лепило	НЗОК не заплаща посочените изделия
Еднократни накрайници за високотехнологична апаратрура	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сет за интубация на слъзни пътища	НЗОК не заплаща посочените изделия
Балони и катетри за дилатация на синусни отвори	НЗОК не заплаща посочените изделия
ПВА и гелфоам тампонади	НЗОК не заплаща посочените изделия
Изкуствена дура и кост	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за фиксиращи процедури	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

Пациентите трябва да бъдат информирани, че по тази КП се осигуряват дейности които служат за решаване на определен здравен проблем. Ползването на еднократни накрайници за високотехнологична апаратура и/или останалите медицински изделия от таблицата е алтернатива на осигуреното по тази пътека базисно лечение.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се консултира от Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване. Копие от протокола следва да се приложи към ИЗ.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология и/или клинична алергология.

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

За изпълнението на КП се изискват брой специалисти, съгласно нивата в съответните медицински стандарти.

Специалисти по УНГ болести от клиники/отделения II, III нива на компетентност съгласно медицински стандарт „УНГ“; Специалисти по ЛЧХ с медицинско образование от клиники/отделения II, III нива на компетентност съгласно медицински стандарт „ЛЧХ”; Специалисти по пластично-възстановителна и естетична хирургия от клиники/отделения II ниво на компетентност съгласно общ медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия”; Специалисти по детска хирургия II, III нива на компетентност съгласно „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;

При пациенти под 18 години се изисква и лекар специалист по педиатрия.

Специалисти по Пластично-възстановителна хирургия могат да изпълняват само следните процедури с кодове: (42518-01, 42521-01, 45797-02, 45794-02), (42527-00),

(42543-00, 42543-01, 42545-01), (42533-01), (90110-00, 45797-01, 45794-01), (90133-00, 45051-00, 45797-03, 45797-04, 45794-03, 45794-04), (41671-01), (41671-01), (45051-00, 90684-00).

42518-01	Поставяне на изкуствен имплант към анофталмична орбита
42521-01	Поставяне на изкуствен орбитален интегриран имплант при анофталмична орбита
45797-02	Осеоинтеграционна процедура, фиксиране на транскутанна основа за закрепване на орбитална протеза
45794-02	Осеоинтеграционна процедура, имплантиране на титанов фиксатор за закрепване на орбитална протеза
42527-00	Ревизия на анофталмична орбита
42543-00	Експлоративна орбитотомия, ретробулбарен аспект, с ексцизия на лезия
42543-01	Експлоративна орбитотомия, ретробулбарен аспект, с отстраняване на чуждо тяло
42545-01	Орбитотомия за декомпресия на орбита чрез отстраняване на интраорбиталните (перибулбарни) (ретробулбарни) мазнини
42533-01	Експлоративна орбитотомия с биопсия
90110-00	Друго възстановяване на външно ухо
45797-01	Осеоинтеграционна процедура, фиксиране на транскутанна основа за закрепване на ушна протеза
45794-01	Осеоинтеграционна процедура, имплантиране на титанов фиксатор за закрепване на ушна протеза
90133-00	Други процедури на носа
45051-00	Реконструкция на контури на лице с имплант
45797-03	Осеоинтеграционна процедура, фиксиране на транскутанна основа за закрепване на костите и фиксиране на протеза на носа, частична
45797-04	Осеоинтеграционна процедура, фиксиране на транскутанна основа за закрепване на носна протеза, тотална
45794-03	Осеоинтеграционна процедура, имплантиране на титанов фиксатор за закрепване на носна протеза, частична
45794-04	Осеоинтеграционна процедура, имплантиране на титанов фиксатор за закрепване на носна протеза, тотална
41671-01	Затваряне перфорация на носна преграда
45761-01	Уголемяваща гениопластика
45051-00	Реконструкция на контури на лице с имплант
90684-00	Друга реконструкция на лицева кост

Специалисти по ЛЧХ могат да изпълняват само следните процедури с кодове:; 30313-00, 30314-00), (42518-01, 42521-01, 45797-02, 45794-02), (42527-00), (42543-00, 42543-01, 42545-01), (42533-01), (90110-00; 45797-01; 45794-01), (41725-00), (41707-00), (90133-00, 45051-00, 45797-03, 45797-04, 45794-03, 45794-04), (41737-00 (41737-06), (30272-00, 45675-01, 45033-03), (90136-00; 90137-00), (90142-01), (30286-00), (41782-00, 41785-00, 41785-01), (30289-00), (90149-00), 41758-00), (90147-00), (45761-01), (45051-00, 90684-00),

30313-00	Ексцизия на тироглосална киста

30314-00	Радикална ексцизия на тироглосалнакиста или фистула
42518-01	Поставяне на изкуствен имплант към анофталмична орбита
42521-01	Поставяне на изкуствен орбитален интегриран имплант при анофталмична орбита
45797-02	Осеоинтеграционна процедура, фиксиране на транскутанна основа за закрепване на орбитална протеза
45794-02	Осеоинтеграционна процедура, имплантиране на титанов фиксатор за закрепване на орбитална протеза
42527-00	Ревизия на анофталмична орбита
42543-00	Експлоративна орбитотомия, ретробулбарен аспект, с ексцизия на лезия
42543-01	Експлоративна орбитотомия, ретробулбарен аспект, с отстраняване на чуждо тяло
42545-01	Орбитотомия за декомпресия на орбита чрез отстраняване на интраорбиталните (перибулбарни) (ретробулбарни) мазнини
42533-01	Експлоративна орбитотомия с биопсия
90110-00	Друго възстановяване на външно ухо
45797-01	Осеоинтеграционна процедура, фиксиране на транскутанна основа за закрепване на ушна протеза
45794-01	Осеоинтеграционна процедура, имплантиране на титанов фиксатор за закрепване на ушна протеза
41725-00	Прекъсване на етмоидална артерия
41707-00	Прекъсване на максиларна артерия
90133-00	Други процедури на носа
45051-00	Реконструкция на контури на лице с имплант
45797-03	Осеоинтеграционна процедура, фиксиране на транскутанна основа за закрепване на костите и фиксиране на протеза на носа, частична
45797-04	Осеоинтеграционна процедура, фиксиране на транскутанна основа за закрепване на носна протеза, тотална
45794-03	Осеоинтеграционна процедура, имплантиране на титанов фиксатор за закрепване на носна протеза, частична
45794-04	Осеоинтеграционна процедура, имплантиране на титанов фиксатор за закрепване на носна протеза, тотална
41737-00	Други интраназални процедури на фронтален синус
41737-06	Интраназално отстраняване на полип от етмоидален синус
30272-00	Частична ексцизия на езика
45675-01	Редукция размера на език
45033-03	Ексцизия на съдова аномалия на езика
90136-00	Друго възстановяване на език
90137-00	Други процедури на език

90142-01	Друго възстановяване на небце
30286-00	Ексцизия на бранхиална киста
41782-00	Частична фарингектомия
41785-00	Частична фарингектомия с частична глосектомия
41785-01	Частична фарингектомия с тотална глосектомия
30289-00	Ексцизия на бранхиална фистула
90149-00	Ексцизия на друга лезия на фаринкс
41758-00	Освобождаване на фарингеални сраствания
90147-00	Други процедури на фаринкс
45761-01	Уголемяваща гениопластика
45051-00	Реконструкция на контури на лице с имплант
90684-00	Друга реконструкция на лицева кост
34100-02	Прекъсване на каротидна артерия
41716-05	Биопсия на максиларен синус

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

На хоспитализация в УНГ клиника за оперативно лечение или диагностично уточняване и последващо оперативно лечение подлежат следните състояния:

- остри възпалителни и/или реактивно-репаративни процеси на УНГ органите;
- кръвотечение от УНГ органите (спонтанно, посттравматично или постоперативно), неовладяно в амбулаторни условия;
- травми и други патологични състояния на органите и меките тъкани в областта на УНГ, главата и шията, трахеята, бронхите и хранопровода, изискващи хемостаза и/или възстановяване целостта на тъканите по спешност;
- остро чуждо тяло на ларинкса, трахеята, бронхите или хранопровода;
- онкологични заболявания на УНГ органите, налагащи хирургично лечение, включено в обема на пътеката.
- патологични състояния на носа и околоносните кухини, налагащи ендоназална хирургия или пластично възстановяване, включени в обема на пътеката;
- патологични състояния на орбитата, налагащи хирургично лечение, включено в обема на пътеката;
- патологични състояния на външното, средното и вътрешното ухо, налагащи хирургично лечение, включено в обема на пътеката;
- хронично чуждо тяло на ларинкса, трахеята, бронхите или хранопровода, вкл. медицински изделия (стентове, импланти);
- патологични състояния на ларинкс и трахея, налагащи пластично възстановяване, включено в обема на пътеката;
- патологични състояния на меките тъкани на шията и фаринкса, налагащи хирургично лечение, включено в обема на пътеката;

- патологични състояния на езика и фаринкса, налагащи хирургично лечение, включено в обема на пътеката;
- патологични състояния на орбитата, налагащи хирургично лечение, включено в обема на пътеката;
- патологични състояния на носа, ухото, лицевите кости и орбитата, налагащи пластично възстановяване.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Контраиндикации:

- Остри и хронични медицински състояния, които представляват по-голяма спешност/имат приоритет и са в компетенцията на други специалности/включени са в техните КП
- Несъгласие от страна на пациента/родителя/настойника

При стадирането на онкологичното заболяване на главата и шията се използва актуалното издание на TNM – класификацията.

5б). ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Оториноларингологичен преглед се извършва в момента на хоспитализацията на пациента.
2. Биологичен материал (кръв) за медико-диагностични изследвания се взема до 24 часа от хоспитализацията на пациента.
3. КТ по преценка се провежда в хода на лечебно-диагностичния процес.
4. При прием по спешност, първоначално необходимите диагностични и терапевтични процедури трябва да се проведат до 6 часа от хоспитализацията.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

• завършеност на диагностичния и лечебен алгоритъм
• гладък следоперативен период
• нормално зарастваща рана
• стабилни жизнени функции
• запознатост на пациента/придружителите с особеностите на постоперативния период
• запознатост на пациента/придружителите с амбулаторните грижи за пациента
• запознатост на пациента/придружителите с обслужването на евентуални медицински изделия (дренове/протези/импланти).

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. **ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА** се документира в "История на заболяването" (ИЗ) и в част II на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за Предоперативна анестезиологична консултация (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника).

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от "История на заболяването".

ОПЕРАТИВНИЯТ ПРОТОКОЛ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на носа и околоносните кухини са с огромно социално значение и са едни от най-често срещаните заболявания на УНГ-органите. Голяма част от тях се проявяват с водещ симптом затруднено носно дишане. Зад него могат да се крият анатомични особености (изкривена носна преграда), остър и хроничен риносинуит, носни полипи, чужди тела тумори и т.н. Съществуват различни методи за точна диагностика на тези състояния. При неуспех от определено медикаментозно и консервативно лечение, на пациента може да се предложи оперативно лечение на носната преграда, околоносните кухини и носните конхи. Подобни операции се извършват най-често под обща анестезия. Могат да се използват модерни ендоскопски хирургични методи, подкрепени и с хирургични навигационни системи. Времетраенето на подобна операция може да варира от един до няколко часа. Често след подобни операции пациентите имат тампони в носа, които имат за цел да притискат кръвоносните съдове в областта на операцията, но и възпрепятстват нормалното носно дишане. Подходящо е антибиотично, антиалергично, аналгетично и антипиретично лечение. Следоперативният период продължава от 7 до 15 дни, а пълното възстановяване на носното дишане настъпва след около 1 месец.

Макар и рядко срещани, **туморите на носа и околоносните кухини** представляват сериозен медицински проблем Характерни симптоми на неоплазмите в областта на носа и околоносните кухини са:

- слузно-гноен секрет с неприятна миризма;
- чести кръвоизливи от носа или кървави жилки в секрета;
- намалено обоняние;
- болка или разклащане на зъбите;
- дори безболезнено изпадане на няколко зъба;
- деформация на носа.

Тази операция се извършва под обща анестезия. Времетраенето на операцията е в зависимост от обема на оперативната интервенция. Поради поставяне на тампоните е невъзможно носното дишане в следоперативния период, който е около 10 дни. Необходимо е да се постави лед за около 2 часа в областта на очите, за избягване на хематоми. Подходящо е антибиотично, антиалергично, аналгетично и антипиретично лечение.

Окончателната диагноза се поставя след получаване на хистологичния резултат. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация). Лечението в следоперативния период се определя в зависимост от вида на неоплазмата; стадия на заболяването; общото състояние на пациента.

Лъчетерапия, химиотерапия и имунотерапия

След уточняване на заболяването и стадият му, ние Ви представяме на съвместно обсъждане с лъчетерапевт и химиотерапевт; за постигане на туморен контрол. Може да се наложи допълнително лъчетерапия и химиотерапия.

Лъчетерапията най- често се провежда след оперативното лечение, но при някои от случаите тя може да бъде първа и да последва оперативното лечение.

В зависимост от вида на тумора и неговото развитие, може да се наложи да се проведе само лъчетерапия. Химиотерапията и имунотерапията се използват допълнително при някои от видовете тумори, за постигане на добри резултати.

Защо е необходимо да постъпите в болница?

Необходимостта за постъпване в болница се налага за доказване наличието на малигнен тумор на ларинкса, фаринкса и шията и предприемане на съответно лечение.

Лечение и прогноза

Възможностите за лечение и прогноза зависят от разпространението на тумора – дали е само в рамките на органа или засяга и други съседни области, наличие на разсейки, възраст, общото състояние на пациента и вида на тумора.

След провеждане на лечението (хирургично, лъчелечение, химиотерапия или

комбинирано), пациентите подлежат на редовни контролни прегледи, при които се следи дали заболяването е в контрол или не.

Какво представлява глухотата ?

Глухотата е загуба на слуха, дължаща се на увреда на различните части на слуховия анализатор. При наличие на намаление на слуха, настъпило преди развитие на говора, се наблюдава невъзможност за развитие на речта и изоставане в нервнопсихичното развитие, поради нарушената възможност за комуникация и невъзприемане на слухова информация чрез слуховия анализатор. При частично намаление на слуха се наблюдават и различи други говорни дефекти. В различна степен се наблюдава социална изолация и изоставане при възприемането на училищния материал.

Функция на нормалното ухо

Ухото се разделя на три части: външно, средно и вътрешно ухо. Външното ухо събира и насочва звука, механизмът в средното ухо трансформира звука, а вътрешното ухо приема звука. Звуковите вълни предизвикват вибрации на тъпанчето, които се предават посредством слуховите костици на средното ухо към течността във вътрешното ухо. Костиците на средното ухо (чукче, наковалня и стреме) превръщат звуковите вибрации на въздуха във вибрации на течността във вътрешното ухо. Вълните на тази течност стимулират много фини нервни окончания на слуховия нерв и електричните импулси в нерва се предават на мозъка, където се интерпретират като разбираем звук.

Видове увреждане на слуха

Външното и средното ухо провеждат звука, а вътрешното го приема. Ако има някакво увреждане на външното или средното ухо се развива проводно намаление на слуха, а ако проблема е във вътрешното ухо глухотата е приемна.

При патология в ушния канал звуковите вълни са възпрепятствани да достигнат структурите на средното ухо, което води до проводно намаление на слуха.

При наличието на перфорация на тъпанчевата мембрана или прекъсване на костната верига в средното ухо, звуковите вълни са възпрепятствани да бъдат доведени до овалното прозорче на средното ухо, което довежда до проводно намаление на слуха.

При отосклероза основната плочка на стремето е фиксирано към лабиринта и не може да предава трептенията към вътрешното ухо, което е съпроводено с проводно намаление на слуха. Отосклерозата е честа причина за намаление на слуха и е наследствена. Вероятно някой от Вашите предци е имал това заболяване и Вие сте го наследили от него. По подобен начин Вашите наследници могат да го получат от Вас, въпреки че болестта може да не се прояви в няколко поколения.

Съществуват форми на отосклероза с комбинирано и със звукоприемно намаление на слуха.

При предхождащи гнойни процеси с ангажиране и на вътрешното ухо или наличието на кохлеарна форма на отосклероза, глухотата може да бъде от смесен тип - проводно и приемно намаление на слуха. При комбинираните форми на намаление на слуха възможностите за постигане на социално адекватен слух са силно ограничени.

Прецизното апаратно изследване на слуха и на средното ухо и прилежащите му структури с модерни образни методи позволяват на лекаря да Ви информира най-добре за Вашето състояние и възможностите за лечението му с цел постигане на добри функционални резултати.

Чуждите тела в дихателните пътища представляват сериозно състояние, което може да завърши със смъртен изход. Запушването на дихателните пътища може да бъде частично или пълно. При пълното запушване на дихателните пътища – гръклян, трахея или двата бронха, смъртният изход е неизбежен.

В болница попадат най-често пациенти с чужди тела в някои от отделите на дихателната система, които не запушват напълно тези пътища и дишането все пак, макар и непълноценно, е възможно. Особено опасни са чужди тела като бобени и царевични зърна, защото те за няколко часа набъбват и могат да запушат напълно дадения бронх или даже да причинят неговото разкъсване. Това се наблюдава най-често при децата. Необходимо е да се знае от родители и пациенти, че след попадане на чуждото тяло в трахеята може да настъпи и период на т. нар. ”мнимо благополучие”, когато кашлицата и задухът намаляват и

изчезват, но този феномен не трябва да заблуждава и успокоява пациенти и лекари. Ето защо в целият свят е възприета доктрината: даже при съмнение за чуждо тяло, което не винаги може да се докаже, се прибягва към трахеобронхоскопия. Трахеобонхоскопия означава оглед на дихателните пътища със специален уред и се извършва под обща анестезия или местна. Липсата на чуждо тяло се доказва само чрез извършване на трахеобронхоскопия. За извършването на трахеобронхоскопията не съществуват противопоказания.

Чуждите тела в хранопровода са също едно сериозно състояние, което може да завърши със смърт, ако не се вземат незабавни мерки, особено при децата, които гълтат предмети от най-различен произход. Освен, че възпрепятства храненето, чуждото тяло може да пробие хранопровода и да причини смърт от медиастинит. Чуждото тяло може да бъде вдишано (аспирирано) и да попадне в дихателните пътища, което е също много опасно. Значителна част от чуждите тела в хранопровода не са видими за рентгеновите лъчи и поради тази причина често се пропускат. Затова, при съмнение за чуждо тяло в хранопровода, особено при малки деца, се пристъпва незабавно към езофагоскопия (начин за оглеждане на хранопровода със специален уред, наречен езофагоскоп), под обща или местна анестезия.

По принцип, пълни гаранции за лечението никой не може да даде. В хода на бронхоскопията/езофагоскопията под обща анестезия, могат да възникнат редица усложнения, водещи до необходимостта от намесата на гръден хирург, загуба на орган или на неговата функция, вкл. и фатален край.

Туморите на ларинкса, фаринкса, езика и шията са сравнително често заболяване в рискови групи, подложени на действието на дразнещи вещества, химични и физични агенти, хронични възпаления на горните дихателни пътища и др.

При това заболяване нормални клетки от покривна лигавица се израждат в туморни клетки, т.е. в такива клетки, които се делят безконтролно и не носят никаква функционална или структурна полза за организма.

Как се лекува онкологично новообразувание на ларинкс, фаринкс език и шия и неговите метастази?

Хирургичното лечение има за цел премахване на туморното образувание. При началните тумори се премахва само част от органа. Възможно е болният да носи за известен период от време канюла (тръбичка поставена в трахеята), която помага да се гарантира свободно дишане.

При напредналите стадии се налага да се премахне целият орган, а при наличие на “бучки” на шията се оперира и шията и Вие оставате с постоянно оформен дихателен отвор в областта на шията.

Гласът не е функция само на ларинкса. При подходящо обучение или протезиране е възможно да се научите да говорите добре и разбираемо и да изпълнявате ежедневните си задължения и да контактувате с околните.

Лъчева, химиотерапия и имунотерапия

След уточняване на заболяването и стадият му, ние Ви представяме на съвместно обсъждане с лъчетерапевт, химиотерапевт и други специалисти (онкологичен комитет); за постигане на туморен контрол. Може да се наложи допълнително лъчетерапия и химиотерапия.

Лъчетерапията най-често се провежда след оперативното лечение, но при някои от случаите тя може да бъде първа и да последва оперативното лечение.

В зависимост от вида на тумора и неговото развитие, може да се наложи да се проведе само лъчетерапия. Химиотерапията и имунотерапията се използват допълнително при някои от видовете тумори, за постигане на добри резултати.

Защо е необходимо да постъпите в болница?

Необходимостта за постъпване в болница се налага за доказване наличието на малигнен тумор на ларинкса, фаринкса, езика и шията и предприемане на съответно лечение.

Лечение и прогноза

Възможностите за лечение и прогноза зависят от разпространението на тумора – дали е само в рамките на органа или засяга и други съседни области, наличие на разсейки,

възраст, общото състояние на пациента и вида на тумора.

След провеждане на лечението (хирургично, лъчелечение, химиотерапия или комбинирано), пациентите подлежат на редовни контролни прегледи, при които се следи дали заболяването е в контрол или не.

КП № 138 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЗАБОЛЯВАНИЯ В ОБЛАСТТА НА УШИТЕ, НОСА И ГЪРЛОТО СЪС СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1.Минимален болничен престой – 2 дни

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
300 Процедури за изследване на външно ухо	
90119-00	Отоскопия
370 Процедури за изследване на нос	
41764-00	Ендоскопия на носни кухини Риноскопия *Кодирай също когато е направена:* Биопсия на назофаринкс (41761-00 [375])
450 Стоматологичен преглед	
97011-00	Цялостен преглед на устна кухина
416 Процедури за изследване на фаринкс	
41764-02	Фиброоптично изследване на фаринкс Фиброоптична фарингоскопия *Включва:* назофаринкс Кодирай също когато е направена: • биопсия на интраназално пространство (41761-00 [375])
520 Процедури за изследване на ларинкса	
	Включва: биопсия трахеоскопия
41849-00	Ларингоскопия Директна ларингоскопия
41849-01	Индиректна ларингоскопия
41764-03	Фиброоптична ларингоскопия Фиброоптична ларингоскопия
41855-00	Микроларингоскопия *Не включва:* микроларингоскопия с изваждане на тумор или лезия (41864-00, 41861-00 [523])
1954 Компютърна томография на орбита (и мозък)	
	Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
56013-00	Компютърна томография на орбита
56013-01	Компютърна томография на орбита с интравенозна контрастна материя
56013-02	Компютърна томография на орбита и мозък
56013-03	Компютърна томография на орбита и мозък с интравенозна контрастна материя
1955 Компютърна томография на средно ухо и слепоочна кост (и мозък)	
	Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350) [1966]
56016-00	Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост,едностранно
56016-01	Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, едностранно
56016-02	Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, едностранно
56016-03	Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, едностранно
56016-04	Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост, двустранно
56016-05	Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, двустранно
56016-06	Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, двустранно

56016-07	Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, двустранно
1956 Компютърна томография на лицева кост и/или параназален синус (и мозък)	
	Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
56022-00	Компютърна томография на лицева кост
56028-00	Компютърна томография на лицева кост с интравенознаконтрастна материя
	Компютърна томография на лицева кост без, след това с венозен контраст
56022-01	Компютърна томография на параназален синус
56028-01	Компютърна томография на параназален синус с интравенозна контрастна материя
	Компютърна томография на околоносен синус без, след това с венозен контраст
56030-00	Компютърна томография на лицева кост, параназален синус и мозък
56036-00	Компютърна томография на лицеви кости, параназален синус и мозък с интравенозна контрастна материя
	Компютърна томография на лицева кост, околоносен синус и мозък без, след това с венозен контраст
56022-02	Компютърна томография на лицева кост и параназален синус
56028-02	Компютърна томография на лицева кост и параназален синус с интравенозна контрастна материя
	Компютърна томография на лицева кост и околоносен синус без, след това с венозен контраст
1958 Компютърна томография на шия	
	Включва: ларинкс фаринкс слюнчена жлеза горен хранопровод
	Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) тази за шиен гръбнак (виж блок [1959]) тази при сканиране на глава, корем и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
56101-00	Компютърна томография меки тъкани на шия
56107-00	Компютърна томография меки тъкани на шия с интравенозна контрастна материя
	Компютърна томография меки тъкани на шия без, след това с венозен контраст
1951 Томография	
60100-00	Томография
	Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966]) такава с: • холецистография (58924-00 [1976]) • венозна пиелография (58706-00 [1978])
1990 Друга ангиография	
59754-00	Лимфангиография
	Включва: последваща радиография
1967 Рентгенография на глава или шия	
57918-00	Рентгенография на слюнчена жлеза
	Радиография на камък на слюнчена жлеза
	Сиалография
57942-00	Палатофарингеално изследване
57939-00	Палатофарингеално изследване с флуороскопски скрининг
57945-00	Рентгенография на ларинкс
	Включва: меки тъкани на врата
1988 Друга рентгенография	
90903-00	Рентгенография на мека тъкан, некласифицирана другаде
1967 Рентгенография на глава или шия	
	Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])
57902-00	Цефалометрия
	Не включва: ортодонтска цефалометрия (57930-00, 57933-00 [1967])
57915-00	Рентгенография на мандибула

Не включва: тази при ортопантомография (57960-00 [1967])
тази на темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])

57930-00 Рентгенография на зъби
Зъбна радиография
Ортодонтска:
• цефалография
• цефалометрия
Не включва: тази на цяла уста (57933-00 [1967])

57933-00 Рентгенография на зъби, цяла уста
Не включва: ортопантомография (57960-00 [1967])

57960-00 Ортопантомография

57927-00 Рентгенография на темпоромандибуларна става
Не включва: артрография (59751-00 [1985])

57903-00 Рентгенография на параназален синус

Рентгенография на мастоидна кост

57909-00 Рентгенография на петрозна темпорална кост

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
тази на:
• мастоидна кост (57906-00 [1967])
• околоносен синус (57903-00 [1967])
• петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

57927-00 Рентгенография на темпоромандибуларна става
Не включва: артрография (59751-00 [1985])

57912-00 Рентгенография на друга лицева кост
Включва: маларна
максила
орбита
Не включва: тази на:
• мандибула (57915-00 [1967])
• нос (57921-00 [1967])
• темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])

57921-00 Рентгенография на нос

1985 Артрография

59751-00 Артрография
Включва: контрастно изследване
предварителен общ план (обзорна графия)

1968 Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални посоки

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

1974 Рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: Бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: тези на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

1940 Ултразвук на глава или шия

55030-00 Ултразвук на орбитално съдържание
Ултразвук на око (двупланово) (еднопланово)

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
този за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

1846 Други диагностични тестове на ухо, нос, уста и гърло, измервания или изследвания

92026-00 Назални функционални изследвания
Риноманометрия

1825 Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

1827 Изследване евокирани отговори на централна нервна система

Включва: тези чрез компютризирано усреднени техники
Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка
Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране
Не включва: тези, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1849 Друго измерване на дихателна функция

11512-00 Непрекъснато измерване на връзка между въздушен поток и белодробен обем по време на вдишване и издишване
Спирометрия

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест } БДУ
Спирометрия }

520 Процедури за изследване на ларинкса

Включва: биопсия
трахеоскопия

41849-01 Индиректна ларингоскопия

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларенстрес тест (11712-00 [1857])

11713-00 ЕКГ запис с осреднен сигнал
Включва: анализ, интерпретация и доклад за записа
този, включващ не повече от 300 удара, използвайки поне 3 отвеждания с придобиване на данни на не по-малко от 1000 Hz на поне 100 QRS комплекса

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1926 Микробиологични изследвания

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1927 Морфологични изследвания

91929-06 Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за хистология

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1826 Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1839 Слухови евокирани потенциали

11300-00 Аудиометрия на евокирани потенциали на мозъчен ствол
96173-00 Електрична слухова аудиометрия на стволов отговор
96050-00 Кортикален евокиран отговор аудиометрия
96051-00 Равновесно състояние – евокирани потенциали

1845 Тестове на вестибуларна функция

11339-00 Електронистагмография

1836 Тестове за слухова функция

11312-00 Аудиометрия на въздушна и костна проводимост, стандартна техника

1841 Импеданс аудиометрия

11324-00 Тимпанометрия чрез използване на сонда със стандартен тон
11324-01 Тимпанометрия чрез използване на сонда с високачестотен тон
96052-00 Акустичен рефлекс праг
96053-00 Акустично рефлексно разпадане
96054-00 Тест за дисфункция на евстахиева тръба

1843 Друга аудиометрия

11306-00 Друга аудиометрия

1820 Физиологична оценка

Забележка: Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други физикални тестове

Не включва: тези, които са част от:
- оценка на стареене (96023-00 [1824])
- тестване на развитие (96184-00 [1824])
- генетична оценка (96035-00 [1824])
- ментална или поведенческа оценка (96175-00 [1823])

96009-00 Слухово функционална оценка

Не включва: тази за определяне нужда от устройство, подпомагащо слуха (96024-00 [1822])

1916 Общи интервенции свързани с грижа за здравето

95550-06 Асоциирана здравна интервенция, аудиология

1845 Тестове на вестибуларна функция

11333-00 Топлинен тест на лабиринт

Окуловестибуларен тест
11336-00 Симултантен битермален термичен тест на лабиринт
Симултантен битермален окуловестибуларен тест
11339-00 Електронистагмография
96063-00 Оценка на вестибуларна функция чрез въртящ се стол
Включва: фиксирано подтискане
обикновено хармонично усилване
спонтанен нистагъм
трапецоиди
96064-00 Други тестове на вестибуларна функция

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

3. ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

74 Разделяне на периферен нерв

Не включва: такава на менинги на очния нерв(обвивка) (42548-00 [69])
39324-01 Отворена невротомия на повърхностен периферен нерв
39327-01 Отворена невротомия на дълбок периферен нерв
Отворена невротомия:
•екстракраниален нерв
• първични задни коренчета на спинален нерв
Не включва: разделяне на:
• интракраниален нерв (39327-03 [73])
• симпатиков нерв (35000, 35003, 35012, 90014-00 [81])

82 Друга невректомия

39324-00 Невректомия на повърхностен периферен нерв
39327-00 Невректомия на дълбок периферен нерв
Не включва: интракраниална невректомия при тригеминална невралгия (39106-00 [73])

80 Премахване лезия на нерв

39324-02 Премахване лезия от повърхностен периферен нерв
Ексцизия на периферен невром от повърхностен периферен нерв
Не включва: интракраниален невробластом (43987-02 [80])
невром на Morton (49866-00 [1534])
39327-02 Отстраняване на лезия от дълбок периферен нерв
Ексцизия на периферен невром от дълбок периферен нерв
Не включва: невром на Morton (49866-00 [1534])
43987-02 Ексцизия на невробластом, некласифициран другаде
Не включва: интраабдоминален невробластом (43987-01 [989])
интраторакален невробластом (43987-00 [563])

61 Прилагане на анестетик в краниален нерв

Блокада на краниален нерв с невролитик
Забележка: извършвана за управление на болката
39100-00 Приложение на невролитик в първичен клон на тригеминалния нерв
Инжекция на:
• алкохол
• фенол
18290-00 Прилагане наневролитик в друг краниален нерв

72 Перкутанна невротомия на друг периферен нерв

Не включва: такава за:
• първични задни клончета на гръбначен нерв (39115-00 [71])
• тригеминален нерв (ганглий) (39109 [70])

39118-00 Перкутанна радиочестотна невротомия за денервация на фасетна става
Включва: радиочестотна:
• аблация
• сонда

39323-00 Друга радиочестотна перкутанна невротомия
Включва: радиочестотна:
• аблация
• генератор на лезия
термокуагулация

39118-01 Перкутанна невротомия за денервация на фасетна става чрез криосонда
Включва: криоаблация
крионевротомия

39323-01 Друга перкутанна невротомия чрез криосонда
Включва: криоаблация
крионевротомия

78 Деструкция на нерв

52824-00 Криотерапия на периферни клончета на тригеминалния нерв
Забележка: Извършвана за облекчаване на болка

1645 Друг разцепен кожен графт, малък

Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])
Не включва: алографт (90670 [1640])
инлей графт (45445-00 [1647])
синтетичен кожен графт (90672 [1640])
такъв за:
• изгаряния (45485, 45486, 45488, 45494-00 [1643], 45406-00 [1644])
• гранулираща зона (45400, 45403 [1641] и [1642])
ксенографт (90671 [1640])

45448-00 Малък разцепен кожен графт на клепач
Не включва: такъв за симблефарон (45629-00 [1676])

1649 Друг многослоен кожен графт

Пълнослоен инлей графт
Wolfe графт
Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])
Не включва: такъв при изгаряне (виж блокове [1648])

45451-00 Пълнослоен кожен графт на клепач
Не включва: такъв с рецесия на ретракторите на клепач (42860 [234])

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място непосредствено до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап
Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне
Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)
Не включва: Възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45206-00 Локално кожно ламбо на клепач
Не включва: реконструкция на клепач с ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])

1669 Смесен графт

Хондрокутанен
Хондромукозен } графт

45656-02 Смесен графт на клепач
Септохондромукозен графт на клепач
Не включва: графт при симблефарон (45629-00 [1676])

1684 Реконструкция на клепач и ухо

45614-00 Реконструкция на клепач
Реконструкция на клепач, БДУ
Не включва: такава с:
• ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
• графт:
• космени фоликули (90095-00 [237])
• мукозен (45656-02 [1669])
• кожа (45400-01, 45403-01 [1641], 45400-00 [1642], 45485-00 [1643], 45448-00 [1645], 45451-10 [1648], 45451-00 [1649])

45671-01 Реконструкция на клепач с ламбо, единствен или първи етап
Abbe ламбо на клепач, първи етап
Fricke (чело) ламбо
Tripier (горен клепач) ламбо
Кодирай също когато е направена:
• септохондромукозен графт на клепач (45656-02 [1669])

45674-01 Реконструкция на клепач с ламбо, втори етап
Разделяне по Abbe клепачно ламбо

247 Възстановителни процедури на слъзна система

42623-00 Дакриоцисториностомия [DCR]
Фистулизация на слъзен сак към носна кухина
Кодирай също когато е направена:
• създаване проходимост на слъзен канал (42599, 42602 [249])
• поставяне на назолакримална тръба/стент (42608 [242])
Не включва: реоперация, вторична или последваща процедура (42626-00 [248])
такава с оформяне на конюнктивално платно (42629-00 [247])

248 Реоперативни процедури на слъзни канали

42626-00 Реоперация на дакриоцисториностомия, втора или последваща процедура
Кодирай също когато е направена:
• създаване на слъзна проходимост (42599-00, 42599-01, 42602-00, 42602-01 [249])
• поставяне на назолакримална тръба/стент (42608-00, 42608-01 [242])

303 Ексцизионни процедури на външно ухо

Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия на ухо (45665-02 [1663])

30104-00 Ексцизия на преаурикуларен синус
Радикална ексцизия на преаурикуларен синус или киста

41506-00 Екстирпация на ушен полип, външно ухо

41509-00 Отстраняване на кератозис обтуранс от външния слухов проход

41518-00 Отстраняване на екзостози от външен слухов проход

1620 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан

Включва: Бенигнена/малигнена:
• киста
• тумор
Не включва: ексцизия (на):
• чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612], 90662-00 [1617])
• белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657])
• синус (30099-00 [1630])
• язва (31205-01 [1630])
• хемохирургия на Moh (31000-00 [1626])

31230-02 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на ухо
Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-02 [1663])

1663 Ексцизия, ухо

45665-02 Пълнослойна клиновидна ексцизия на ухо
Ексцизия лезия на ухо, пълнослойна
Включва: възстановяване чрез директно зашиване

1693 Ексцизия на артериовенозна малформация [AVM]

Не включва: ексцизия на артериовенозна малформация:
• интракраниална (39803-00 [16])
• спинална (40318-00 [53])

45045-03 Ексцизия на артериовенозна малформация на ухо

1566 Ексционизни процедури на други мускулно-скелетни места

90575-00 Ексцизия на мека тъкан, некласифицирана другаде

1678 Възстановяване на ухо

Не включва: реконструкция на ухо (45660-00, 45661-00 [1684])

45659-00 Корекция на проминиращо ухо – клепоухост
Корекция на проминиращо или щръкнало ухо
Изтегляне на ушите назад

304 Възстановителни процедури на външно ухо

90110-00 Друго възстановяване на външно ухо
Възстановяване на:
• ушна мида БДУ
• външен слухов канал БДУ

41521-00 Корекция стеноза на слухов канал
Включва: меатопластика

41521-01 Корекция стеноза на слухов канал с кожен графт
Включва: меатопластика

306 Други процедури на външно ухо

Включва: ушна мида
външен слухов канал

90111-00 Други процедури на външно ухо
Инцизия на външно ухо

312 Ексцизионни процедури на тъпанче или средно ухо

30075-29 Биопсия на средно ухо

41635-00 Ексцизия лезия на средното ухо
Прочистване на:
• холестеатом
• гранулом
• полип
} на средно ухо

Не включва: отстраняване на лезия на гломус (41620-00, 41623-00 [312])
такава с:
• миринготомия (41635-01 [313], 41638-01 [315])
• реконструкция на костна верига (41638-00, 41638-01 [315])

41644-00 Опресняване ръбове на перфорирала тъпанчева мембрана
Включва: отстраняване на тимпаностомна тръба
Не включва: каутеризация на перфорирана тъпанчева мембрана (41641-00 [311])
такава с миринготомия – пропусни кода

41644-01 Друга ексцизия на средно ухо

379 Възстановяване на назален септум

41671-02 Септопластика
Включва: турбинектомия
Кодирай също когато е направена:
• ринопластика (виж блок [1679])

41671-03 Септопластика със субмукозна резекция на носна преграда
Включва: турбинектомия
Кодирай също когато е направена:
• ринопластика (виж блок [1679])

376 Ексцизионни процедури на назална спирална кост

41689-00 Частична турбинектомия, едностранна

41689-01 Частична турбинектомия, двустранна
41689-02 Тотална турбинектомия, едностранна
41689-03 Тотална турбинектомия, двустранна
41692-00 Едностранна субмукозна резекция на носни конхи
41692-01 Двустранна субмукозна резекция на носни конхи

1680 Друго възстановяване на нос

45714-00 Затваряне на ороназална фистула
Ороназална фистулектомия
Включва: Възстановяване с ламбо
ревизия на ламбо
Не включва: такова при вторично възстановяване на цепнатина на небцето (45710-00 [1690])
45714-01 Затваряне на друга назална фистула
Назолабиална фистулектомия
Назофарингеална фистулектомия
Възстановяване на назална фистула БДУ
Включва: възстановяване на ламбо
ревизия на ламбо

379 Възстановяване на назален септум

41671-02 Септопластика
Включва: турбинектомия
Кодирай също когато е направена:
• ринопластика (виж блок [1679])

1687 Ревизия на други пластични процедури на мека тъкан

45650-00 Ревизия на ринопластика
Повторна ревизия на ринопластика

1679 Ринопластика

Включва: турбинектомия
Кодирай също когато е направена:
• септопластика (41671-02, 41671-03 [379])
Не включва: увеличаваща ринопластика с имплант (45051-01 [1682])
смесен графт на нос (45656-00 [1669])
ревизия на ринопластика (45650-00 [1687])
кожно:
• ламбо на нос (45206-01 [1651], 45221-01, 45224-01 [1653], 45230 [1653] и [1654], 45227-00, 45233, 45236-00 [1654])
• графт на нос (45400-01 [1641], 45400-00 [1642], 45448-01 [1645], 45445-00 [1647], 45451-01 [1649])
45644-00 Ринопластика използваща хрущялен графт от отдалечено донорско място
Увеличаваща ринопластика използваща хрущялен графт от отдалечено донорско място
Включва: извличане на хрущял за графт
45644-01 Ринопластика използваща костен графт от отдалечено донорско място
Увеличаваща ринопластика използваща костен графт от отдалечено донорско място
Включва: извличане на хрущял за графт
вомер графт
45644-02 Ринопластика използваща костен или хрущялен графт от отдалечено донорско място
Увеличаваща ринопластика използваща костен или хрущялен графт от отдалечено донорско място
Включва: доставка на кост и хрущял за графт
45632-00 Ринопластика включваща корекция на хрущял
Ринопластика на върха на носа
45635-00 Ринопластика включваща корекция на костен свод
45641-00 Ринопластика използваща назален или септален хрущялен графт
Увеличаваща ринопластика използваща назален или септален хрущялен графт
45641-01 Ринопластика използваща назален костен графт
Увеличаваща ринопластика използваща назален костен графт
45641-02 Ринопластика използваща назален костен и назален септално/хрущялен графт
Увеличаваща ринопластика използваща назален костен и назален септален/хрущялен графт

1682 Контурна реконструкция

45051-00 Реконструкция на контури на лице с имплант
Увеличаваща ринопластика с имплант
Увеличение на брадичка включваща меки тъкани с имплант
Не включва: увеличаваща ринопластика с графт (45641, 45644 [1679])
увеличение на брадичка с костен графт (45761-00 [1702])

380 Други възстановителни процедури на носа

90132-00 Друго възстановяване на нос
Прикрепване на ампутиран нос БДУ
Не включва: прикрепване на ампутиран нос чрез графт (45451-01 [1649], 45656-00 [1669])

1634 Други ексцизионни процедури на кожа и подкожна тъкан

45653-00 Изрязване на ринофима

384 Биопсия на назални синуси

41716-05 Биопсия на максиларен синус
41752-04 Биопсия на сфеноидален синус
41737-07 Биопсия на фронтален синус
41737-08 Биопсия на етмоидален синус

387 Максиларна антростомия

41710-00 Радикална максиларна антростомия, едностранно
Антростомия по Caldwell-Luc, едностранна
Радикална максиларна антректомия, едностранна
Не включва: такава с трансантрална:
• етмоидектомия (41713-00 [387])
• невректомия на Видианов нерв (41713-01 [387])

41710-01 Радикална максиларна антростомия, двустранно
Антростомия по Caldwell-Luc, двустранна
Радикална максиларна антректомия, двустранна
Не включва: такава с трансантрална:
• етмоидектомия (41713-00 [387])
• невректомия на Видианов нерв (41713-01 [387])

386 Други ексцизионни процедури на назални синуси

Не включва: интраназално отстраняване на полипи от носните синуси:
• максиларна кухина (41716-03 [385])
• етмоидален (41737-06 [385])
• фронтален (41737-05 [385])
• сфеноидален (41752-03 [385])
радикална етмоидектомия (41734-00 [388])

41716-06 Ексцизия на лезия от максиларен синус
Външна максиларна антректомия
Включва: такава чрез достъп по Caldwell-Luc
Не включва: ексцизия на полип (41716-03 [385])
максиларна антректомия:
• интраназална (41716 [387])
• радикална (41710, 41713 [387])
• обикновена (41716 [387])

41737-09 Фронтална синусектомия
Ексцизия на лезия на фронтален синус

41746-00 Радикална облитерация на фронтален синус

383 Инцизионни процедури на назални синуси

41743-00 Трепанация на фронтален синус
Синусотомия на фронтален синус

41719-00 Дренаж на максиларен синус през зъбна алвеола
Дренаж на назален синус през зъбен джоб

388 Други възстановителни процедури на назални синуси

41722-00 Затваряне на оро-антрална фистула
Пластично затваряне на оро-антрална фистула
45849-00 Костен графт на максиларен синус
Повдигане на синус

396 Деструктивни процедури на слюнчена жлеза или канал

30262-01 Диатермия на слюнчена жлеза или канал
Деструкция на лезия на слюнчена жлеза или канал чрез диатермия

397 Ексцизионни процедури на слюнчена жлеза или канал

90138-00 Ексцизия на лезия на слюнчена жлеза

401 Инцизионни процедури върху уста, небце или увула

96215-00 Инцизия и дренаж на лезия в устна кухина
Дренаж на:
• абцес
• киста
} в устна кухина
Ексцизия
Не включва: ексцизия кожа, подкожие и меки тъкани на устна (виж блок [1664])

406 Други процедури за възстановяване на уста, небце или увула

30052-04 Затваряне фистула на устата
Не включва: затваряне на фистула:
• назолабиална (45714-01 [1680])
• оро-антрална (41722-00 [388])
• ороназална (45714-00 [1680])

1689 Процедури при заешка устна

Не включва: такива с възстановяване на заешка устна и предно небце (45680-00, 45686-00 [1691])
45677-00 Първично възстановяване на заешка устна, едностранно
Единствен етап на възстановяване на заешка устна, едностранно
Не включва: удължаване на колумела (45698-00 [1689])
процедура на устна адхезия (45689-00 [1689])
реконструкция с използване на ламбо (45701-00, 45704-00 [1689])
ревизия (45692-00, 45695-00 [1689])
45683-00 Първично възстановяване на заешка устна, двустранно
Единствен етап на възстановяване на заешка устна, двустранно
Не включва: удължаване на колумела (45698-00 [1689])
процедура на устна адхезия (45689-00 [1689])
реконструкция с използване на ламбо (45701-00, 45704-00 [1689])
ревизия (45692-00, 45695-00 [1689])
45701-00 Реконструкция на заешка устна с използването на ламбо, единствен или първи етап
Abbe ламбо на заешка устна, първи етап
45704-00 Реконструкция на заешка устна с използване на ламбо, единствен или първи етап
Разделяне на Abbe ламбо за заешка устна

1685 Реконструкция на устна или уста

Не включва: реконструкция на заешка устна (45701-00, 45704-00 [1689])
45671-00 Реконструкция на устна с ламбо, единствен или първи етап
Abbe ламбо на устна, първи етап
Estlander ламбо
Gillies ветрилообразно ламбо
Karapandzic ламбо
McGregor ламбо
Модифицирано Gillies ламбо
45674-00 Реконструкция на устна с ламбо, втори етап
Разделяне по Abbe ламбо на устна
52324-00 Реконструкция на уста с директно ламбо от език, единствен или първи етап
52327-00 Реконструкция на уста с директно ламбо от език, втори етап

1645 Друг разцепен кожен графт, малък

Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])
Не включва: алографт (90670 [1640])
инлей графт (45445-00 [1647])
синтетичен кожен графт (90672 [1640])
такъв за:
• изгаряния (45485, 45486, 45488, 45494-00 [1643], 45406-00 [1644])
• гранулираща зона (45400, 45403 [1641] и [1642])
ксенографт (90671 [1640])

45448-02 Малък разцепен кожен графт на устна

1649 Друг многослоен кожен графт

Пълнослоен инлей графт
Wolfe графт
Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])
Не включва: такъв при изгаряне (виж блокове [1648])

45451-02 Пълнослоен кожен графт на устна

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място непосредствено до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап
Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне
Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)
Не включва: Възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45206-02 Локално кожно ламбо на устна
Включва: уста
Не включва: реконструкция на устна с ламбо (45671-00, 45674-00 [1685], 45701-00, 45704-00 [1689])

406 Други процедури за възстановяване на уста, небце или увула

45676-00 Друго възстановяване на уста
90142-01 Друго възстановяване на небце
90142-02 Друго възстановяване на увула

405 Увулопалатофарингопластика

41786-00 Увулопалатофарингопластика
41786-01 Увулопалатофарингопластика с тонзилектомия

401 Инцизионни процедури върху уста, небце или увула

41810-00 Увулотомия

404 Други ексцизионни процедури на уста, небце или увула

41810-01 Увулектомия
Ексцизия на лезия на увула, БДУ
Не включва: ревизионна увулектомия

41787-00 Увулектомия с частична палатектомия
Включва: лазерна инцизия на небцето

41787-01 Увулектомия с частична палатектомия и тонзилектомия
Включва: лазерна инцизия на небцето

96215-00 Инцизия и дренаж на лезия в устна кухина

Дренаж на:
• абцес
• киста
} в устна кухина
Ексцизия
Не включва: ексцизия кожа, подкожие и меки тъкани на устна (виж блок [1664])

418 Инцизионни процедури на фаринкс

41779-00 Фаринготомия

409 Инцизионни процедури на тонзили или аденоиди

41807-00 Инцизия и дренаж на перитонзиларен абсцес

1559 Инцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

30223-03 Инцизия и дренаж на мекотъканен абсцес

412 Тонзилектомия или аденоидектомия

41789-00 Тонзилектомия без аденоидектомия
Ексцизия на тонзиларни израстъци
Не включва: отстраняване на лингвална тонзила (41804-00 [412])
такава с:
• увулектомия (41787-01 [404])
• увулопалатофарингопластика (41786-01 [405])

41789-01 Тонзилектомия с аденоидектомия

41804-00 Премахване езична сливица

41801-00 Аденоидектомия без тонзилектомия

415 Други процедури на тонзили или аденоиди

90146-00 Други процедури на сливици и аденоиди

410 Деструктивни процедури на тонзили или аденоиди

41797-00 Спиране на хеморагия след тонзилектомия и аденоидектомия

522 Инцизионни процедури върху ларинкс

90164-00 Инцизия на ларинкс
Инцизия на трахея
Марсупиализация на ларингеална киста
Не включва: трахеостомия за асистирано дишане (41881 [536])

525 Други инцизионни процедури върху ларинкс

41813-00 Отстраняване на валекуларна киста
Изваждане на епиглотисни кисти

90161-00 Ексцизия на друга лезия на ларинкс
Стрипинг на гласни струни
Не включва: ексцизия на лезии на горен дихателно-дигестивен тракт (31400-00 [421])

523 Ларингоскопия с ексцизия

Включва: трахеоскопия

41864-00 Микроларингоскопия с премахване на лезия
Епиглотидектомия

41852-00 Ларингоскопия с премахване на лезия
Директна ларингоскопия с отстраняване на тумор или лезия

41861-00 Микроларингоскопия с премахване на лезия чрез лазер

41867-00 Микроларингоскопия с аритеноидектомия
Не включва: реоперация за аритеноидектомия (41867-01 [530])

530 Реоперативни процедури на ларинкс

41867-01 Реоперативна аритеноидектомия
Включва: Чрез лазер

521 Процедури за приложение, поставяне или премахване върху ларинкс

18368-00 Прилагане на ботулинов токсин в гласните връзки
Инжектиране на ботулинов токсин в ларинкса
41870-00 Прилагане на друго вещество в гласните връзки
Инжектиране в ларинкса или гласните струни на:
• колаген
• мастна тъкан
• Gelfoam
• Teflon

536 Трахеостомия

Не включва: самостоятелно обслужване на трахеостомия (90179-06 [568])
41880-00 Перкутанна трахеостомия
Нехирургична трахеостомия
41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули
41881-01 Отворена трахеостомия, постоянна
Включва: отделяне на тироидния истмус
отделяне на подезични мускули

542 Други процедури на трахея

90162-00 Други процедури на трахея

522 Инцизионни процедури върху ларинкс

90164-00 Инцизия на ларинкс
Инцизия на трахея
Марсупиализация на ларингеална киста
Не включва: трахеостомия за асистирано дишане (41881 [536])

520 Процедури за изследване на ларинкса

Включва: биопсия
трахеоскопия
41849-00 Ларингоскопия
Директна ларингоскопия
41764-03 Фиброоптична ларингоскопия
Фиброоптична ларингоскопия
41855-00 Микроларингоскопия
Не включва: микроларингоскопия с изваждане на тумор или лезия (41864-00, 41861-00 [523])

532 Процедури за изследване на трахея

41764-04 Трахеоскопия чрез изкуствена стома
Включва: Биопсия

534 Ексцизионни процедури върху трахея

90167-00 Ексцизия лезия на трахея

526 Ларингопластика

41876-02 Ларингопластика
Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия (41880-00, 41881 [536])

531 Други процедури на ларинкс

90150-00 Тиропластика
Възстановяване на тироиден хрущял
Тиропластика със силиконов имплант
Включва: Силиконов имплант

539 Други процедури за възстановяване на трахея

41879-02 Затваряне външна фистула на трахея
Затваряне на трахеотомия
41879-03 Затваряне на друга фистула на трахея

541 Ревизионни процедури на трахея

41881-02 Ревизия на трахеостомия
Ревизия на трахеостома

82 Друга невректомия

39327-00 Невректомия на дълбок периферен нерв
Не включва: интракраниална невректомия при тригеминална невралгия (39106-00 [73])

1559 Инцизионни процедури на други мускулно-скелетни места

90571-00 Освобождаване адхезия на мека тъкан, некласифицирана другаде

521 Процедури за приложение, поставяне или премахване върху ларинкс

41905-02 Поставяне на ларингеален стент
Не включва: при подмяна (41905-03 [521])
41905-03 Подмяна на ларингеален стент

540 Реконструктивни процедури на трахея

41885-00 Трахео-езофагеална фистулизация
Трахео-езофагеална фистулизация
Включва: поставяне на гласова протеза (Blom-Singer)

522 Инцизионни процедури върху ларинкс

41868-00 Освобождаване на ларингеална тъкан чрез използване на микроларингоскопски техники
Микроларингоскопия с разделяне на ларингеална ципа

697 Прекъсване на артерия

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране
Не включва: такава при висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някоя друга съдова процедура – пропусни кода
34100-02 Прекъсване на каротидна артерия
41707-00 Прекъсване на максиларна артерия
Включва: такава чрез трансантрален достъп
Забележка: Изпълнена за спиране на епистаксис
52141-00 Прекъсване на мандибуларна артерия
52141-01 Прекъсване на фациална артерия
52141-02 Прекъсване на лингвална артерия

806 Ексцизни процедури на лимфни възли на шията

Ексцизия на шийни лимфни възли
31423-00 Ексцизия на лимфни възли на шия
Тотална (обикновена) ексцизия на шийни лимфни възли

1606 Инцизия и дренаж на кожа и подкожна тъкан

30223-00 Инцизия и дренаж на хематом на кожа и подкожна тъкан
30223-01 Инцизия и дренаж на абцес на кожа и подкожна тъкан
Инцизия и дренаж на целулит
30223-02 Друга инцизия и дренаж на абцес на кожа и подкожна тъкан
Инцизия и дренаж на:
• карбункул
• фурункул

1620 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан

Включва: Бенигнена/малигнена:
• киста
• тумор
Не включва: ексцизия (на):
• чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612],

90662-00 [1617])
• белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657])
• синус (30099-00 [1630])
• язва (31205-01 [1630])
• хемохирургия на Moh (31000-00 [1626])

31230-00 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на клепач
Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-01 [1662])

31230-01 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на нос

31230-02 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на ухо
Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-02 [1663])

31230-03 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на устна
Не включва: ексцизия на лезии(и) на вермилион (ръб) (45668-00 [1664])
пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-00 [1664])

31235-00 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на друго място на главата
Ексцизия на лезии(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• буза
• лице БДУ
• чело
• пред и постаурикуларен регион
• скалп

31235-01 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на шия

1645 Друг разцепен кожен графт, малък

Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])
Не включва: алографт (90670 [1640])
инлей графт (45445-00 [1647])
синтетичен кожен графт (90672 [1640])
такъв за:
• изгаряния (45485, 45486, 45488, 45494-00 [1643], 45406-00 [1644])
• гранулираща зона (45400, 45403 [1641] и [1642])
ксенографт (90671 [1640])

45448-01 Малък разцепен кожен графт на нос

45448-03 Малък разцепен кожен графт на ухо

45448-09 Малък разцепен кожен графт на други области на лице
Включва: Буза
брадичка
чело

45448-04 Малък разцепен кожен графт на шия

1649 Друг многослоен кожен графт

Пълнослоен инлей графт
Wolfe графт
Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])
Не включва: такъв при изгаряне (виж блокове [1648])

45451-01 Пълнослоен кожен графт на нос

45451-03 Пълнослоен кожен графт (графт от кожа цяла дебелина) при изгаряне на цялата кожа на ухото

45451-24 Пълнослоен кожен графт при изгаряне на други зони на лице
Включва: Буза
брадичка
чело
Не включва: цяло лице (45451-25 [1649])

45451-25 Пълнослоен кожен графт при изгаряне на цяло лице
Не включва: ухо (45451-03 [1649])

45451-04 Пълнослоен кожен графт на шия

1642 Друг разцепен кожен графт на гранулиращо място от изгаряне

Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• възстановяванена вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: такова при гранулиращо изгаряне (45400-01, 45403-01 [1641])

45400-00 Разцепен кожен графт на малка гранулираща зона

45403-00 Разцепен кожен графт на широка гранулираща зона

1647 Друго разделяне на кожен графт, инлей

45445-00 Разцепен кожен графт като инлей графт

Включва: ексцизия на кожа за графт
поставяне и премахване на форма
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: пълнослоен инлей графт (виж блок [1649])

1650 Дермален графт

45018-00 Дермална присадка
Дермален графт

Включва: такъв при изгаряне

1671 Миокутанно платно

Ламбо от смесена тъкан (кожа и подкожна тъкан/мускул /фасция), със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място в близост до дефекта и трансферирано на реципиентно място

Включва: фасциомиокутанно ламбо

Не включва: миокутанно ламбо:
• свободно (виж блок [1674])
• остров (виж блок [1673])
това при реконструкция на гърда (45530-02 [1756])

45015-01 Отлагане на (отложено) миокутанно ламбо

Ламбо частично повдигнато на донорското място с отложен трансфер за по-късен оперативен епизод за подобряване на кръвоснабдяването на ламбото

45003-01 Миокутанно ламбо

1672 Мускулно ламбо

Мускулно ламбо, взето от донорско място в близост до дефекта и е трансферирано към реципиентно място със собствено кръвоснабдяване

Кодирай също когато е направена:
• кожен графт към реципиентно място (виж Индекс: Графт, кожа, по локализация или по тип)

Не включва: мускулно ламбо:
• свободно (виж блок [1674])
• остров (виж блок [1673])
миокутанно ламбо:
• свободно (виж блок [1674])
• остров (виж блок [1673])
• БДУ (виж блок [1671])

45015-00 Отлагане на мускулно ламбо

Ламбо частично повдигнато на донорското място с отложен трансфер за по-късен оперативен епизод за подобряване на кръвоснабдяването на ламбото

45009-01 Мускулно ламбо

1673 Островно ламбо

Ламбо използващо трансферирана тъкан, напълно отделена от околните тъкани и основата, с изключение на краче съдържащо артерии и вени. Тъканта е тунелирана под кожата и прехвърлено на реципиентното място (с краче

оставащо под кожата и прикрепено към донорското място)

Включва: лицево челюстно
фасциомиокутанно
мускулно
миокутанно
} островно ламбо

Не включва: свободно ламбо (виж блок [1674])
това при реконструкция на гърда (45530-02 [1756])

45563-00 Островно ламбо на съдово краче
Неинервирано островно ламбо
Не включва: това за транспозиция пръст на ръка (46507-00 [1467])

45563-01 Островно ламбо на нервно-съдово краче
Инервирано островно ламбо
Не включва: това за ръка за пулпарна инервация (46504-00 [1467])

1674 Свободно ламбо

Резецирано ламбо на трансферирано към друго място, където съдове в ламбото са анастомозирани към съдове на реципиентното място
Трансфер на свободна тъкан
Включва: кост
смесена тъкан:
• фасциокутанна
• фасциомиокутанно
• миокутанно
черва
микрохирургична анастомоза на кръвоносни съдове
мускул
повдигане и поставяне на свободен трансфер на тъкан
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез зашиване
Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (напр. мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)
Не включва: ревизия (виж блок [1686])

45562-00 Неинервирано свободно ламбо

45562-01 Инервирано свободно ламбо
Включва: Възстановяване на нерв

1653 Директно отдалечено кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от далечно място от дефекта и прикрепено директно към реципиентно място
Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)
Не включва: реконструкция на:
• клепач чрез ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
• устна чрез ламбо 45671-00, 45674-00 [1685],
ревизия на директно отдалечено кожно ламбо (45239-01 [1658])

45230-00 Отлагане на директно отдалечено кожно ламбо
Кожно ламбо частично повдигнато към донорско място, с трансфер отложен за по-късен оперативен етап за подобряване кръвоснабдяването на ламбото. Може да бъде предварителна стъпка преди трансфера

45221-01 Директно отдалечено кожно ламбо – първи етап
Директно отдалечено кожно ламбо – първи етап (повдигане на платно от донорското място, трансфер и прикрепяне на реципиентно място):
• коремно
• кръстосано:
• ръка
• пръст на ръка
• крак

1654 Индиректно отдалечено кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, преместено от донорско място далеч от дефекта към реципиентно място, чрез междинно място

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова при изгаряне
тръбовиден педикул

Кодирай също когато е направена:
- възстановяване на вторичен дефект:
- чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
- некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: ревизия на индиректно отдалечено кожно ламбо (45239-02 [1658])

45227-00 Индиректно отдалечено кожно ламбо, образуванена тубовидно краче

Индиректно отдалечено кожно ламбо с тубиране на кожно ламбо да екстериоризира кожната повърхност, да намали или елиминира груби зони

45230-01 Отлагане на индиректно отдалечено кожно ламбо

Кожно ламбо частично повдигнато към донорско място с отложен трансфер за по-късен оперативен епизод за подобряване кръвоснабдяването на ламбото. Може да бъде предварителна стъпка преди трансфер

45233-00 Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на междинно място

45233-01 Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на крайно място

1658 Ревизия на кожно ламбо

Включва: такава чрез липосукция

45239-00 Ревизия на локално кожно ламбо

Не включва: ревизия на ламбо при възстановяване на назална фистула (45714 [1680])

45239-01 Ревизия на директно отдалечено кожно ламбо

45239-02 Ревизия на индиректно отдалечено кожно ламбо

1692 Процедури при парализа на лицев нерв

45581-00 Ексцизия на тъкан при парализа на лицев нерв

Не включва: тази с:
- фасциален графт (45575-00 [1692])
- мускулен трансфер (45578-00 [1692])
- суспензия (45581-01 [1692])

45581-01 Ексцизия на тъкан при парализа на лицев нерв със суспензия

Ексцизия на тъкан при парализа на лицев нерв с:
- дермодеза
- фасциодеза
- подкожна пликация

45575-00 Фасциален графт при парализа на лицев нерв

Включва: ексцизия на тъкан

45578-00 Мускулен трансфер при парализа на лицев нерв

Включва: ексцизия на тъкан

1607 Освобождаване на кожа и подкожна тъкан

Не включва: освобождаване на контрактура от изгаряне (45519-00 [1656])

45515-01 Освобождаване контрактура на кожа и подкожна тъкан

Разделяне на мрежова контрактура
Z-пластика на контрактура

1656 Ревизия на белег от изгаряне или контрактура

45519-00 Ревизия на белег от изгаряне или контрактура от изгаряне

Разделяне
Ексцизия
Освобождаване } на белег от изгаряне или контрактура от изгаряне
Отпускане
Z-пластика

Не включва: есхаротомия (45054-00 [1607])
лазер при белег от изгаряне (45025, 45026-00 [1615])

1657 Ревизия на друг кожен белег

Ексцизия } на белег

	Отпускане Освобождаване Z-пластика *Не включва:* приложение на агент в белег (90660-00, 30207-00 [1602]) лазер на белег (45025, 45026-00 [1615]) освобождаване на контрактура (45515-01 [1607], 45519-00 [1656]) премахване на белег инцидентно при друга процедура – пропусни кода такава за белег от изгаряне (45519-00 [1656])
45506-00	Ревизия белег на лице ≤ 3 см. дължина
45512-00	Ревизия белег на лице > 3 см. дължина
45506-01	Ревизия на белег на шия ≤ 3 см. дължина
45512-01	Ревизияна белег на шия > 3 см. дължина
45515-00	Ревизия на белег на друго място ≤ 7 см. дължина
45518-00	Ревизия на белег на друго място > 7 см. дължина
1660 Други процедури на кожа и подкожна тъкан	
90676-00	Други процедури на кожа и подкожна тъкан
1661 Процедури за прилагане, поставяне или премахване на тъканен пълнител или имплант	
45566-00	Поставяне на тъканен пълнител *Не включва:* интраоперативен тъканен пълнител (45572-00 [1661]) такъв за гърда (45539-00 [1756])
45572-00	Интраоперативно поставяне на тъканен пълнител Поставяне на тъканен пълнител заедно с друга хирургична процедура Кодирай първо: • извършена хирургична процедура(и) *Не включва:* такъв за гърда (45539-00 [1756])
45566-01	Инжектиране в тъканен пълнител Впръскване на тъканен експандер *Не включва:* такъв за гърда (45539-00 [1756])
45566-03	Приспособяване на тъканен пълнител Преместване на клапа на тъканен експандер *Не включва:* такъв за гърда (45548-02 [1758])
45568-00	Отстраняване на тъканен пълнител *Не включва:* такъв за гърда (45542-00, 45548-01 [1758])
90606-00	Премахване на лицев имплант Премахване на имплант от: • буза (скули) (субмаларно) • брадичка (мандибуларно) • чело • нос Не включва: такъв от: • око (42518-04 [164], 42644-04 [167], 42704-00 [194], 42812-00 [209], 90606-02 [221]) • зъб (97663-00 [473])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум две диагностични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури, насочени към основната диагноза.**

ЕКГ се извършва до 24 часа. По преценка на специалист по педиатрия, ЕКГ може да не се извършва до 9 год.възраст.

По тази клинична пътека код (41786-00, 41786-01, 90142-01) се отчита само ако е извършена резекция на тъкани.

41786-00	Увулопалатофарингопластика
41786-01	Увулопалатофарингопластика с тонзилектомия
90142-01	Друго възстановяване на небце

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Ушно-носно-гърлени болести“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести”, от обхвата на медицинската специалност „Лицево-челюстна хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Лицево-челюстна хирургия“ – за процедури с кодове: (39324-01; 39327-01), (39324-00; 39327-00), (39324-02; 39327-02; 43987-02); (39100-00; 18290-00; 39118-00; 39323-00; 39118-01; 39323-01; 52824-00); (45714-00; 45714-01), (41671-02; 45650-00), (45644-00; 45644-01; 45644-02; 45051-00), (45632-00), (45635-00; 45641-00; 45641-01; 45641-02), (90132-00); (30262-01), (90138-00), (96215-00); (41786-00; 41786-01; 90142-01); (41810-01), (41787-00; 41787-01); (31423-00), от обхвата на медицинската специалност „Пластично-възстановителна хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна хирургия“ – за процедури с кодове: (45448-00; 45451-00; 45206-00), (45656-02); (45614-00; 45671-01; 45674-01); (90110-00); (45714-00; 45714-01), (41671-02; 45650-00), (45655-00; 45644-01; 45644-02; 45051-00), (45632-00), (45635-00; 45641-00; 45641-01; 45641-02), (90132-00), (45671-00; 45674-00; 52324-00; 52327-00), (45448-02; 45451-02; 45206-02); (45448-01; 45448-03; 45448-09; 45448-04), (45451-01; 45451-03; 45451-24; 45451-25; 45451-04), (45445-00; 45018-00); (45015-01; 45003-01; 45015-00; 45009-01; 45563-00; 45563-01; 45562-00; 45562-01), (45230-00; 45221-01; 45227-00; 45230-01), (45233-00; 45233-01), (45239-00; 45239-01; 45239-02), от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“ по отношение на оперативни процедури с кодове: ((31423-00) при деца от 1 - до 3 - годишна възраст).

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК и изискванията в съответните медицински стандарти.

.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по УНГ болести I, II и III ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „УНГ“ или, 2. Клиника/отделение по ЛЧХ II ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „ЛЧХ” или 3. Клиника/отделение по ПВЕХ II ниво на компетентност съгласно общ медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия” 4. Клиника/отделение по детска хирургия II ниво на компетентност
5. Операционен блок/зали
6. Структура по Анестезиология I ниво според медицински стандарт по Анестезиология и интензивно лечение
7. Клинична лаборатория, собствена или по договор на територията на лечебното заведение

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА

ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК и изискванията в съответните медицински стандарти.

.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Носни сплинтове	НЗОК не заплаща посочените изделия
Биологично тъканно лепило	НЗОК не заплаща посочените изделия
Еднократни накрайници за високотехнологична апаратрура	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сет за интубация на слъзни пътища	НЗОК не заплаща посочените изделия
Балони и катетри за дилатация на синусни отвори	НЗОК не заплаща посочените изделия
ПВА и гелфоам тампонади	НЗОК не заплаща посочените изделия
Изкуствена дура и кост	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за фиксиращи процедури	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

Пациентите трябва да бъдат информирани, че по тази КП се осигуряват дейности които служат за решаване на определен здравен проблем. Ползването на еднократни накрайници за високотехнологична апаратура и/или останалите медицински изделия от таблицата е алтернатива на осигуреното по тази пътека базисно лечение.

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

За изпълнението на КП се изискват брой специалисти, съгласно нивата в съответните медицински стандарти.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- Специалисти по УНГ болести от клиники/отделения/структури I, II, III нива на компетентност съгласно медицински стандарт „УНГ“;
- Специалисти по ЛЧХ с медицинско образование от клиники/отделения II ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „ЛЧХ”;
- Специалисти по пластично-възстановителна и естетична хирургия от клиники/отделения II ниво на компетентност съгласно общ медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия”.
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Специалисти по УНГ болести от клиники/отделения I, II, III нива на компетентност съгласно медицински стандарт „УНГ“;
- Специалисти по ЛЧХ с медицинско образование от клиники/отделения II ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „ЛЧХ”;
- Специалисти по пластично-възстановителна и естетична хирургия от клиники/отделения II ниво на компетентност съгласно общ медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия”.
- Специалисти по детска хирургия от клиники/отделения II, III нива на компетентност съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“
- Лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

– Лекар със специалност по педиатрия.

Специалисти по ЛЧХ могат да изпълняват процедури с кодове:

(39324-01, 39327-01), (39324-00, 39327-00), (39324-02, 39327-02, 43987-02); (39100-00, 18290-00); (45714-00, 45714-01), (41671-02, 45650-00), (45644-00, 45644-01, 45644-02, 45051-00), (45632-00), (45635-00, 45641-00, 45641-01, 45641-02), (90132-00); (30262-01), (90138-00), (96215-00); (41786-00, 41786-01, 90142-01); (41810-01), (41787-00, 41787-01); (31423-00).

39324-01	Отворена невротомия на повърхностен периферен нерв
39327-01	Отворена невротомия на дълбок периферен нерв
39324-00	Невректомия на повърхностен периферен нерв
39327-00	Невректомия на дълбок периферен нерв
39324-02	Премахване лезия от повърхностен периферен нерв
39327-02	Отстраняване на лезия от дълбок периферен нерв
43987-02	Ексцизия на невробластом, некласифициран другаде
39100-00	Приложение на невролитик в първичен клон на тригеминалния нерв
18290-00	Прилагане наневролитик в друг краниален нерв
45714-00	Затваряне на ороназална фистула
45714-01	Затваряне на друга назална фистула
41671-02	Септопластика
45650-00	Ревизия на ринопластика
45644-00	Ринопластика използваща хрущялен графт от отдалечено донорско място
45644-01	Ринопластика използваща костен графт от отдалечено донорско място
45644-02	Ринопластика използваща костен или хрущялен графт от отдалечено донорско място
45051-00	Реконструкция на контури на лице с имплант
45632-00	Ринопластика включваща корекция на хрущял
45635-00	Ринопластика включваща корекция на костен свод
45641-00	Ринопластика използваща назален или септален хрущялен графт
45641-01	Ринопластика използваща назален костен графт
45641-02	Ринопластика използваща назален костен и назален септално/хрущялен графт
90132-00	Друго възстановяване на нос
30262-01	Диатермия на слюнчена жлеза или канал
90138-00	Ексцизия на лезия на слюнчена жлеза
96215-00	Инцизия и дренаж на лезия в устна кухина
41786-00	Увулопалатофарингопластика
41786-01	Увулопалатофарингопластика с тонзилектомия
90142-01	Друго възстановяване на небце
41810-01	Увулектомия
41787-00	Увулектомия с частична палатектомия
41787-01	Увулектомия с частична палатектомия и тонзилектомия
31423-00	Ексцизия на лимфни възли на шия

Специалисти по Пластично-възстановителна и естетична хирургия могат да изпълняват процедури с кодове:

(45448-00, 45451-00, 45206-00), (45656-02); (45614-00, 45671-01, 45674-01); (90110-00); (45714-00, 45714-01), (41671-02, 45650-00), (45644-00, 45644-01, 45644-02, 45051-00), (45632-00), (45635-00, 45641-00, 45641-01, 45641-02), (90132-00); (45671-00, 45674-00, 52324-00, 52327-00), (45448-02, 45451-02), (45448-01, 45448-03, 45448-09, 45448-04), (45451-01, 45451-03, 45451-24, 45451-25, 45451-04) , (45445-00, 45018-00); (45015-01, 45003-01, 45015-00, 45009-01, 45563-00, 45563-01, 45562-00, 45562-01), (45230-00, 45221-01, 45227-00, 45230-01), (45233-00, 45233-01), (45239-00, 45239-01, 45239-02).

45448-00	Малък разцепен кожен графт на клепач
45451-00	Пълнослоен кожен графт на клепач
45206-00	Локално кожно ламбо на клепач
45656-02	Смесен графт на клепач
45614-00	Реконструкция на клепач
45671-01	Реконструкция на клепач с ламбо, единствен или първи етап
45674-01	Реконструкция на клепач с ламбо, втори етап

90110-00	Друго възстановяване на външно ухо
45714-00	Затваряне на ороназална фистула
45714-01	Затваряне на друга назална фистула
41671-02	Септопластика
45650-00	Ревизия на ринопластика
45644-00	Ринопластика използваща хрущялен графт от отдалечено донорско място
45644-01	Ринопластика използваща костен графт от отдалечено донорско място
45644-02	Ринопластика използваща костен или хрущялен графт от отдалечено донорско място
45051-00	Реконструкция на контури на лице с имплант
45632-00	Ринопластика включваща корекция на хрущял
45635-00	Ринопластика включваща корекция на костен свод
45641-00	Ринопластика използваща назален или септален хрущялен графт
45641-01	Ринопластика използваща назален костен графт
45641-02	Ринопластика използваща назален костен и назален септално/хрущялен графт
90132-00	Друго възстановяване на нос
45671-00	Реконструкция на устна с ламбо, единствен или първи етап
45674-00	Реконструкция на устна с ламбо, втори етап
52324-00	Реконструкция на уста с директно ламбо от език, единствен или първи етап
52327-00	Реконструкция на уста с директно ламбо от език, втори етап
45448-02	Малък разцепен кожен графт на устна
45451-02	Пълнослоен кожен графт на устна
45448-01	Малък разцепен кожен графт на нос
45448-03	Малък разцепен кожен графт на ухо
45448-09	Малък разцепен кожен графт на други области на лице
45448-04	Малък разцепен кожен графт на шия
45451-01	Пълнослоен кожен графт на нос
45451-03	Пълнослоен кожен графт (графт от кожа цяла дебелина) при изгаряне на цялата кожа на ухото
45451-24	Пълнослоен кожен графт при изгаряне на други зони на лице
45451-25	Пълнослоен кожен графт при изгаряне на цяло лице
45451-04	Пълнослоен кожен графт на шия
45445-00	Разцепен кожен графт като инлей графт
45018-00	Дермална присадка
45015-01	Отлагане на (отложено) миокутанно ламбо
45003-01	Миокутанно ламбо
45015-00	Отлагане на мускулно ламбо
45009-01	Мускулно ламбо
45563-00	Островно ламбо на съдово краче
45563-01	Островно ламбо на нервно-съдово краче
45562-00	Неинервирано свободно ламбо
45562-01	Инервирано свободно ламбо
45230-00	Отлагане на директно отдалечено кожно ламбо
45221-01	Директно отдалечено кожно ламбо – първи етап
45227-00	Индиректно отдалечено кожно ламбо, образуванена тубовидно краче
45230-01	Отлагане на индиректно отдалечено кожно ламбо
45233-00	Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на междинно място
45233-01	Индиректно отдалечено кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на крайно място
45239-00	Ревизия на локално кожно ламбо
45239-01	Ревизия на директно отдалечено кожно ламбо
45239-02	Ревизия на индиректно отдалечено кожно ламбо

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се консултира от Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт "Медицинска онкология") на лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване. Копие от протокола следва да се приложи към ИЗ.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а).ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- туморни и тумороподобни процеси и други заболявания на меките тъкани и кости в лицево-челюстната област и шията и неизяснени увеличени лимфни възли на шията;
- кръвотечение от носа, неовладяно в амбулаторни условия;
- авансирани тумори в носа и околоносните кухини;
- травми на носа;
- травматична руптура;
- травма на ушна мида и външен слухов проход;
- остро гнойно възпаление на средно ухо;
- диспнея - цианоза, стридор, изпотяване, безпокойство, стягане в гръдната област;
- дисфагия - затруднения при преглъщане (в началото към твърди храни, а по-късно към течности).
- сънна апнея;
- затруднено носно дишане;
- продължителна постоянна хрема;
- рецидивиращи остри отити;
- стичане на гноевиден секрет от назофаринкса;
- повтарящ се остър катар на горните дихателни пътища (ОКГДП);
- чести епистаксиси;
- хронични възпаления на тонзилите;
- нарушение на дишането по време на сън;
- дисфония - дрезгав глас;
- болки и подутина в областта на шията;
- болки в областта на ларинкса, усещане за "чуждо тяло";
- ирадииращa болка към ушите;
- сиалолитиаза.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5б). ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-терапевтичен план.

1. Оториноларингологичен преглед се извършва в момента на хоспитализацията на пациента.

2. Биологичен материал (кръв) за медико-диагностични изследвания се взема до 24 часа от хоспитализацията на пациента.

3. Рентгенография на сърце и бял дроб, когато е необходима; рентгенография/КАТ/МРТ на нос и околоносни кухини, мастоиден израстък се извършва до 12 – 24 час от началото на хоспитализацията на пациента.

4. ЕКГ се извършва до 24 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

5. Аудиометрия и/или тимпанометрия (при намален слух) се извършва до 24 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза при туморните процеси се поставя след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза с определяне на степен на малигненост и стадий на тумора по TNM класификация. При всички останали случаи

поставянето на окончателна диагноза се извършва на основата на общохирургичните принципи.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- отзвучаване на ранните следоперативни симптоми - болки и невъзможност за преглъщане, хранене поне с течно-кашава храна;
- липса фебрилитет;
- нормален оздравителен процес на оперативната рана.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ОПЕРАТИВНИЯТ ПРОТОКОЛ И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВАТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Затрудненото носно дишане представлява нарушаване на физиологията на носа и околоносните кухини. Изразява се в нарушаване на носният цикъл, състоящ се от дишане през лявата и дясната носна половина. Най-често затрудненото дишане е през нощта, като болният се събужда многократно с главоболие, компресия в сърдечната област, умора, отпадналост, но понякога тези оплаквания са постоянни. Често пъти тези симптоми са придружени от носна секреция, намалено обоняние, нарушение на слуха. Поради външната деформация на носа, пациента е с изразен естетичен дискомфорт.

След неуспех от определено медикаментозно и консервативно лечение, на пациента се предлага оперативно лечение на носната преграда, околоносните кухини и външния нос.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА – СЕПТОПЛАСТИКА И ТУРБИНОПЛАСТИКА

Когато носът е счупен при травма или при раждане и имате затруднено дишане е необходима оперативна корекция. Септопластиката и турбинопластиката са хирургични процедури, с които се коригира посочения проблем. Много често, ако няма външна деформация на носа, септопластиката и турбинопластиката са достатъчни за отстраняване на носната обструкция. Възможно е затруднено носно дишане да се получи и при прекомерна употреба на капки за нос. Септопластиката и турбинопластиката са операции за подобряване на носното дишане, въпреки че те могат да бъдат и част от козметична операция на носа.

Оперативните интервенции се извършват обичайно под обща анестезия. Хрущялната и костната част на носната преграда се подравняват или реконструират в зависимост от деформацията на септума. Реконструираната носна преграда се фиксира в срединно положение със силиконови плаки и шевове. В повечето случаи за корекция на носното дишане се налага и извършване на турбинопластика – намаляване на обема на долните носни конхи чрез частично субмукозно изрязване с шейвър, субмукозна каутеризация с радиочестотен каутер или диоден лазер.

Възможните усложнения включват перфорация на носната преграда, която може да се появи в резултат на отслабване или некроза на хрущяла при следоперативна инфекция или при разкъсване на лигавицата при силно изкривена носна преграда. Кървене от носа и образуване на гъсти съсиреци могат също да бъдат усложнение на операцията. Най-често те са резултат от изрязване на носните конхи или при проблеми с високо артериално налягане или със състоянието на коагулацията. Много рядко, след операцията може да има преходно намаление или загуба на обонянието или да се усеща тежест или болка във фронталната област.

Информация за пациента при риносептопластика

Риносептопластиката е сложна хирургична процедура и има за цел да промени външния вид на носа, неговите структури и функция. Тя може да намали или увеличи носа, да промени формата или очертанията на гърба на носа и носния връх, ноздрите и да промени ъгъла между носа и горната устна.

Операцията се извършва под обща анестезия. Операцията може да бъде извършена с еднодневен или двудневен болничен престой. Обикновено се препоръчва 10-20 дневно отсъствие от работа, поради наличието на фиксираща външна превръзка, отоци и кръвонасядания около очите, носна тампонада и силиконови плаки в носа.

Достъпите за риносептопластика могат да бъдат външен или вътрешен (ендоназален). Едновременно с ринопластичните процедури се извършва и септопластика при затруднено носно дишане, вследствие изкривена носна преграда и с цел редукция на външния нос.

Риск от ринопластика

Ринопластиката е операция, която се извършва върху живи тъкани, които биха могли да

реагират по различен начин на хирургическата травма – възпаление, фиброза, цикатризация, което означава, че не винаги реалните резултати биха могли да са идентични с желаните. Необходимо е всеки риск и всяка потенциална компликация да бъдат обсъдени с Вашия хирург.

Окончателният резултат от риносептопластиката може да се очаква от шест месеца до една година след операцията.

Информация за пациента при операции на външно ухо и тъпънчевата мембрана

Какво представлява глухотата ?

Глухотата е загуба на слуха, дължаща се на увреда на различните части на слуховия анализатор. При наличие на намаление на слуха, настъпило преди развитие на говора, се наблюдава невъзможност за развитие на речта и изоставане в нервнопсихичното развитие, поради нарушената възможност за комуникация и невъзприемане на слухова информация чрез слуховия анализатор. При частично намаление на слуха се наблюдават определени говорни дефекти, засягащи главно високочестотната област на речта. В различна степен се наблюдава социална изолация и изоставане при възприемането на училищния материал.

Функция на нормалното ухо

Ухото се разделя на три части: външно, средно и вътрешно ухо. Външното ухо събира и насочва звука, механизмът в средното ухо трансформира звука, а вътрешното ухо приема звука.

Звуковите вълни предизвикват вибрации на тъпанчето, които се предават посредством слуховите костици на средното ухо към течността във вътрешното ухо. Костиците на средното ухо (чукче, наковалня и стреме) превръщат звуковите вибрации на въздуха във вибрации на течността във вътрешното ухо. Вълните на тази течност стимулират много фини нервни окончания на слуховия нерв и електричните импулси в нерва се предават на мозъка, където се интерпретират като разбираем звук.

Видове увреждане на слуха

Външното и средното ухо провеждат звука, а вътрешното го приема. Ако има някакво увреждане на външното или средното ухо се развива проводно намаление на слуха, а ако проблема е във вътрешното ухо глухотата е приемна.

При патология в ушния канал (атрезии, остеоми), звуковите вълни са възпрепятствани да достигнат структурите на средното ухо, което води до проводно намаление на слуха.

При наличието на перфорация на тъпанчевата мембрана или прекъсване на костната верига в средното ухо, звуковите вълни са възпрепятствани да бъдат доведени до овалното прозорче на средното ухо, което довежда до проводно намаление на слуха.

Информация за пациента при операции на тонзилите

Какво представляват тонзилите?

Тонзилите (сливиците) представляват струпвания на лимфна тъкан в определени места на гълтача (фаринкса). Компактно оформени са двете небни сливици, назофарингеалната тонзила (т.е. трета сливица) и езичната сливица в корена на езика.

За какво служат тонзилите?

Тонзилите са важен имунологичен орган. Не случайно те се намират в началото на дихателния и храносмилателен път, където се осъществява първият контакт на човешкия организъм с външните дразнители (вкл. вируси и бактерии), който отключва сложните процеси на имунния (защитен) отговор. За осъществяване на по–продължителен контакт между външните частици (антигени) и имунните (защитни) клетки на третата сливица има 3 - 6 дълбоки бразди, а по небните тонзили 12-15 нагънати каналчета, чиито отвори се виждат на повърхността. В тези дупчици често се задържат остатъци от храна, олющени клетки от лигавицата (т.н. тапички), които могат да се объркат с гнойни налепи.

Най - голямо е значението на тонзилите до навършване на 7-годишна възраст, когато

се изгражда имунитета - т.нар. ”имунологично училище”. Повишената им активност през този период може да обясни и по - големия им размер, което се счита за физиологично.

Третата сливица нормално е най - голяма около 3–4 - годишна възраст, след което постепенно намалява и напълно изчезва около пубертета.

От какво боледуват тонзилите?

Най - честото заболяване на тонзилите е тяхното остро възпаление, причинено от вируси или бактерии. При често повтарящи се остри възпаления (ангини) може да се развие хроничен тонзилит (хронично възпаление на небните тонзили) или хроничен аденоидит (хронично възпаление на третата сливица). Последният се наблюдава само у деца. В някои случаи хроничният тонзилит може да се развие и без предшестващи остри ангини.

По правило хроничният адено-/тонзилит води до увеличаване размера на сливиците и по-рядко до атрофия.

Какви са признаците на хроничният аденоидит?

От хроничния аденоидит боледуват само децата. Водещ симптом е продължителното (над 20 дни) затруднение на носното дишане от уголемената трета сливица. Дишане през носа е шумно, децата спят с отворена уста и хъркат.

Нарушеният сън причинява отпадналост и сънливост през деня, апатичност, отслабено внимание, лоша концентрация.

Запушеният нос води до задръжка на секрета, поява на рагади по ноздрите, продължителни хреми и дори появата на синуит. Обонянието е намалено, а оттам идва и липсата на апетит.

Постоянното дишане през устата причинява изсъхване на лигавицата, която става податлива на инфекции. Появяват се суха, дразнеща кашлица, чести ангини, трахеити и бронхити. По–късно се развиват деформации на лицето, небцето и зъбите, които допълнително влошават дишането.

От хроничното възпаление шийните лимфни възли се увеличават, а в гърлото и дихателните пътища постоянно се стича секрет, който причинява дълбока влажна кашлица нощем и сутрин. **Тази кашлица обикновено не се влияе от обичайните противокашлични средства.**

Затрудненото носно дишане при възрастните може да бъде резултат от развитие на тумор.

Кои деца са склонни към заболяването?

По - често боледуват деца с намалени защитни сили, деца посещаващи детски ясли и градини както и често лекуваните с антибиотици по повод на възпаление на ГДП.

Кой и как поставя диагнозата?

Точна диагноза може да постави само УНГ специалист, който разполага с необходимите знания, опитност и инструментариум. Той ще определи най - подходящия метод на лечение.

Огледът на третата сливица се извършва посредством малко, кръгло огледалце, което се вкарва зад мекото небце. Тази манипулация е неболезнена, но неприятна и не винаги възможна поради малката възраст на детето, неспокойствие, плач, нежелание за съдействие и др.

В такива случаи трябва да се направи рентгенова снимка за уточняване големината на третата сливица.

Как се лекува хроничния аденоидит?

- в началото се прилагат неоперативни методи на лечение;
- основна предпоставка за успех от това лечение е редовното изчистване на носа от задържаните секрети; при по-големите деца това става чрез активно издухване на носа, а при малките деца е необходима аспирация със специалните за целта балончета;
- промивки на носа с физиологичен разтвор (солена вода) - по 2 - 4 мл. във всяка ноздра многократно през деня;
- влажни инхалации (особено през зимата);
- отбъбващи капки за нос, но не по - дълго от 5 - 6 дни;
- антибиотични капки за нос, но само при доказан бактериален причинител чрез изследване на гърлен секрет;
- общо антибиотично лечение след бактериограма;
- при неуспех от медикаментозното лечение трябва да се извърши операция,

която се нарича аденотомия. Операцията може да се извърши под местна или обща упойка.

За местна упойка се използват различни средства във вид на спрей или дълги памучни тампони, поставени през носа. Това води обаче само до повърхностно обезболяване на лигавицата.

При общата упойка се постига пълно обезболяване, а самата операция се извършва много по - прецизно на спящото дете.

Третата сливица се отстранява през устата чрез специален инструмент, извит във вид на кюрета, с който сливицата се "остъргва" и изважда. На мястото на отстранената сливица се поставят марлени тампони за няколко минути, което улеснява кръвоспирането, а самата операция трае 2 до 5 минути.

Какви усложнения могат да възникнат след операцията?

Най-честото усложнение е кръвоизливът, който се наблюдава при 2-4% при оперираните болни. Той може да се появи както непосредствено след операцията, така и по - късно (до 10 ия ден) при неспазване на предписаните режим и диета.

При много голяма трета сливица, след отстраняването може да се появи носов говор поради едновременно излизане на въздуха през носа и устата. Това смущение обикновено отзвучава спонтанно с течение на времето.

Ако по време на операцията детето не е било здраво, инфекцията може да проникне през оперативната рана и да доведе до гълтачен абсцес или друго по - тежко усложнение (сепсис).

Какъв режим и диета трябва да спазва оперираното от трета сливица дете?

Режим - да се избягват физически натоварвания до петия ден след операцията. Да не се излага на пряка слънчева топлина през лятото и претоплена стая през зимата.

Диета - първите два дни храната може да бъде обща, но по-кашава. Да не се консумират горещи, студени и газирани течности.

При болки се дават обезболяващи средства (без аспирин).

Контролният преглед при оператора се препоръчва между трети и десети следоперативен ден.

Какви са признаците на хроничният тонзилит?

От хроничен тонзилит боледуват най - често деца от 4 до 15 години, но се наблюдава и у възрастни. Това е една от най-честите, но и най-трудни диагнози, тъй като не съществуват ясни и сигурни белези на заболяването. Най-честите оплаквания са от страна на гърлото - постоянни или периодични болки, чувство на сухота, на залепнала храчка, лош дъх от устата. При силно увеличение на сливиците се появява затруднено дишане, хъркане, както и затруднено преглъщане. По-рядко се наблюдават краткотрайни спирания на дишане по време на сън. По шията се появяват постоянно увеличени лимфни възли.

Една от най - честите причини за търсене на лекарска помощ са честите ангини, които могат да доведат до хроничен тонзилит, а оттам да засегнат сърцето или бъбреците.

Прието е че до 4 гнойни ангини годишно е нормално за едно дете до 7 годишна възраст. Трябва да се знае също, че в детска възраст преобладават острите вирусни инфекции, които неправилно се таксуват като ангина и при които няма опасност от увреждане на сърцето или бъбреците.

От друга страна много родители установяват "бели налепи" по сливиците на децата, които определят като гнойна ангина, докато всъщност се касае за т.нар. тапички, които са нормална находка.

В по-редки случаи хроничният тонзилит може да се появи без предшестващи чести гнойни ангини, да протече безсимптомно и да доведе до сериозни усложнения от страна на други органи и системи.

Кой и как поставя диагнозата?

Общопрактикуващият лекар може да се насочи към диагнозата хроничен тонзилит, но точна диагноза и особено решението за операция може да постави **само УНГ специалистът**. Затова са нужни редица допълнителни изследвания и консултации.

Диагнозата се поставя въз основа на съвкупността от резултатите и тогава УНГ специалистът взема решение за най - правилното лечение.

Как се лекува хроничният тонзилит?

Консервативното лечение включва антибиотици, гаргара с антисептични разтвори, пастили за смучене и средства за стимулиране на имунната система. **Радикалното лечение**

е операцията - тонзилектомията.

Какво представлява операцията на сливиците?

Операцията може да бъде извършена под обща или местна упойка. Задължително е **постъпване в болница за три дни.** Сливиците се отстраняват през устата.

Те се отделят от околните тъкани и се прерязват със специална примка, оглежда се мястото на отстранените сливици за кървене и при нужда се поставят тампони или кървящият съд се зашива. Самата операция трае от 15 до 30 минути.

Какви усложнения могат да настъпят след операцията?

Най-честото усложнение е кръвотечението, което може да настъпи както непосредствено след операцията (до третия ден), така и по - късно към 10 – 15-ия ден.

Усложнения от страна на упойката (местна или обща) могат да настъпят както по време на операцията, така и след нея. Именно поради това е задължително писменото съгласие на пациента (неговите родители или настойници) както за самата операция, така и за вида на упойката.

Кои са етапите, през които трябва да премине болният, за да стигне до операция?

При оплаквания (описани по-горе) съмнителни за хроничен аденоидит или тонзилит, болният или неговият родител трябва да се обърнат първо към семейния лекар.

Ако при прегледа той намери данни за хронично възпаление на сливиците, ще го насочи към УНГ специалиста от извънболничната помощ. Последният ще извърши основен преглед на сливиците, носа и ушите и ще назначи подходящи изследвания и консултации с други специалисти. Ако диагнозата бъде потвърдена, по преценка ще предпише медикаментозно лечение или ще Ви насочи към УНГ клиника/отделение/структура за операция.

Кървене след операция на сливиците

Както всички друга оперативни интервенции и операциите на сливици (тонзилектомия и аденоидектомия) носят риск от постоперативно кървене Кървенето представлява и едно и най-честите усложнения след подобни интервенции. То може да се ранно (до 48 часа след операцията) и късно (до 45 дни след нея).

В повечето случаи такова кървене налага нов прием в болница и предприемане на различни диагностични и терапевтични мерки за овладяването му. Те могат да включват и допълнителна оперативна намеса, както и кръвопреливане.

Информация за пациента при микроларингохирургия

Гласът е основно средство за комуникация и изпълнява важна социална функция. При доброкачествени образувания на ларинкса провеждането на микроларингохирургия допринася за цялостното възстановяване на гласовите качества. Операцията може да се извърши както с фини инструменти, така и с лазер или радиочестотен каутер. В случаи на двустранна парализа на гласните гънки може да се проведе лазер хордектомия или аритеноидхордектомия. При доказване на онкологично заболяване може да се наложи друга оперативна намеса, за която ще получите допълнителна информация.

Оперативните дефекти в лицевата област са изискват трудни и дълготрайни операции поради завишените критерии за естетически приемливото възстановяване на предната част на лицето.

Основните цели при тези операции са съхраняване на функцията на органите, контурите на лицето и симетрията на лицевите половини. Белезите трябва успешно имитират естествените кожни гънки и да са почти незабележими. Възстановяването на формата и функцията на органите е основната цел на всяка реконструкция и тя трябва да бъде осъществявана по най-простия за изпълнение, достъпен и технически възможен начин. Намаляването на болничния престой, увеличаване преживяемостта на тъканите и съхраняването на функцията на донорските участъци и органи, са също основни критерии при планирането на операциите.

Възстановяване на дефектите с трансплантати се прилага в случаите, когато е налице

значителен дефицит на местни тъкани, които не са в състояние да осигурят добро покритие на дефектите. Нужните за реконструкцията тъкани и структури могат да се вземат от отдалечени участъци заедно с прилежащите им съдове и нерви, да бъдат съединени към локалните кръвоносни съдове в приемната ложа и да се адаптират към цялостната кръвна циркулация.

Както във всички други органи, така и в лицево-челюстната и шийната област се развиват доброкачествени и злокачествени - онкологични новообразувания. Доброкачествените тумори обикновено са капсулирани и добре ограничени от околните тъкани и при тях се извършва екстирпация на туморната формация.

При необходимост и възможности се провежда и съответното пластично възстановяване на дефекта.

Злокачествените новообразувания имат тенденция да нарастват. Злокачествените новообразувания могат да се проникват в съседни органи като ги разрушават. Клетки от тумора могат да се разпространят (метастазират) по кръвните и лимфните съдове в други органи.

Онкологичното новообразувание най-често се развива под формата на подутина или незарастваща рана (язва). Когато при прегледа има съмнение за него, обикновено се налагат някои изследвания, необходими за поставяне на точната диагноза, от която зависи и методът на лечение.

Злокачествените онкологични новообразувания налагат незабавно и радикално хирургично лечение, когато това е възможно. Злокачественото новообразувание е заболяване, което крие реален риск от разсейки (метастази) в близост до устната кухина, а също и в други органи, например бели дробове, кости, черен дроб и др. Лечението в такъв напреднал етап от болестта е много трудно. Затова оперативната намеса е по - сполучлива, когато се прави във възможно най - ранен стадий на болестта. При операцията (под обща упойка) се налага да бъде изрязана заедно с тумора и част от съседната здрава тъкан, която огражда туморния процес включително и челюстните кости. Полученият дефект след изрязване на тумора се възстановява с пластична операция или едномоментно или след изчакване на определен период от време. Понякога се прави и премахване на лимфни възли от шията или под долната челюст, засегнати от туморния процес. Почти винаги се налага и облъчване на оперативното поле (преди или след операцията). След оперативната намеса говорът, храненето и преглъщането са затруднени в различна степен, но обикновено след няколко месеца пациентите възстановяват говора си до голяма степен в зависимост от обема на изрязаната тъкан. След изписването пациентите се явяват на контролен преглед всеки месец до първите шест месеца и по преценка на лекуващия лекар.

Доброкачествените новообразувания обикновено са капсулирани и добре ограничени от околните тъкани. Те се отстраняват заедно с капсулата без да засягат околните здрави тъкани.

Най-важно значение за поставяне на диагнозата има микроскопското изследване на туморната тъкан. За целта се изрязва предварително част от тумора, която се изследва микроскопски. Тази манипулация се нарича вземане на биопсия.

След получаване на резултата от изследването се определят начинът на лечение и обемът на операцията.

Прогнозата и възможностите за лечение зависят от вида на тумора и степента на неговото разпространение, което е от особено значение.

Разпространеност на процеса – "стадиране"

Когато е открито (диагностицирано) онкологично новообразувание, е необходимо да се определи дали туморните клетки са се разпространили и в други части на тялото, т.е. да се определи стадият на заболяването, което ще позволи ефективно планиране на бъдещото лечение.

За рецидив говорим, когато имаме отново поява на тумор, след като вече е бил лекуван.

Преглед на възможностите за лечение

Целта на лечението е да се унищожат туморните клетки. Възможностите за това са няколко:

- ***хирургично лечение*** – "изрязване" на тумора;

- ***лъчева терапия*** – използват се рентгенови или други лъчи с висока енергия за унищожаване на туморните клетки;
- ***химиотерапия*** – използват се медикаменти за убиване на туморните клетки.

Хирургичното лечение е най-често използваното лечение при всички стадии на заболяването. То винаги трябва да бъде радикално, т.е., стремежът е да бъдат премахнати всички туморни клетки, защото тези които остават след операцията дават начало на развитие на нов тумор.

При разпространение (метастазиране) на тумора в регионалните лимфни възли (лимфните възли на шията), метастазите също се лекуват хирургично като се премахва целият лимфен басейн в блок от съответната страна (шийна дисекция). Понякога се взима решение за извършване на шийната дисекция профилактично, без да има клинични данни за метастази в лимфните възли.

Туморът "просмуква" (инфилтрира) в здравата тъкан, като я разрушава и туморните клетки могат да се разпространят по лимфните или кръвоносните съдове в други органи, където дават начало на нови тумори. Затова е важно туморът да бъде открит още в началото на неговото появяване, за да може хирургичното лечение да е ефективно.

Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото (тумора), посредством пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия).

Трябва да се отбележи, че различните видове тумори имат различна чувствителност към радиоактивните лъчи. Лъчевата терапия може да бъде използвана самостоятелно или в комбинация с хирургично лечение. Ако е премахнат целия видим тумор по време на операцията, лекарят може да приложи лъчетерапия за да убие клетките, останали невидими след операцията.

Химиотерапията използва специални лекарства за убиване на туморните клетки. Тези лекарства (химиотерапевтици) могат да бъдат таблети или разтвори, които се прилагат венозно. Химиотерапевтиците, постъпвайки в кръвообращението, преминават през цялото тяло и могат да унищожат туморни клетки извън първичното огнище.

Химиотерапията рядко се използва като самостоятелно лечение, а обикновено се прилага в комбинация с някои от другите методи.

Имунотерапията се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с тумора. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатория, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват туморните клетки. Имунотерапията се съчетава с другите видове лечения.

КП № 139 ВИСОКОТЕХНОЛОГИЧНА ДИАГНОСТИКА ПРИ УШНО-НОСНО-ГЪРЛЕНИ БОЛЕСТИ

1.Минимален болничен престой - 2 дена

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Увреждания на лицевия нерв

Включва: увреждания на 7-я черепномозъчен нерв

G51.0 Парализа на Bell
Лицева парализа

G51.1 Възпаление на ganglion geniculi
Не включва: постхерпетично възпаление на ganglion geniculi (B02.2)

G51.2 Синдром на Melkersson
Синдром на Melkersson-Rosenthal

Увреждания на други черепномозъчни нерви

Не включва:
увреждания:
- на слуховия (8-я) нерв (H93.3)
- на зрителния (2-я) нерв(H46, H47.0)

паралитично късогледство, дължащо се на увреждане на нерв (H49.0–H49.2)

G52.0 Увреждания на обонятелния нерв
Увреждания на 1-я черепномозъчен нерв

G52.1 Увреждания на n. Glossopharingeus
Увреждания на 9-я черепномозъчен нерв
Глософарингеална невралгия

G52.2 Увреждания на n. vagus
Увреждания на пневмогастралния (10-я) нерв

G52.3 Увреждания на подезичния нерв
Увреждания на 12-я черепномозъчен нерв

G52.7 Множествени увреждания на черепномозъчните нерви
Краниален полиневрит

G52.8 Увреждания на други уточнени черепномозъчни нерви

G52.9 Увреждане на черепномозъчните нерви, неуточнено

Отосклероза

Включва: отоспонгиоза

H80.2 Кохлеарна, отосклероза
Отосклероза, засягаща:
- капсулата на лабиринта
- овалното прозорче

H80.9 Отосклероза, неуточнена

H82* Вестибуларни синдроми при болести, класифицирани другаде

Други болести на вътрешното ухо

H83.1 Лабиринтна фистула

H83.2 Лабиринтна дисфункция
Повишена чувствителност
Хипофункция } на лабиринта
Загуба на функции

H83.3 Шумови ефекти на вътрешното ухо
Акустична травма
Загуба на слуха от шумово въздействие

H83.8 Други уточнени болести на вътрешното ухо

H83.9 Болест на вътрешното ухо, неуточнена

Глухота, свързана с нарушение в провеждането на звука (кондуктивна) и невросензорна загуба на слуха

Включва: вродена глухота

Не включва: мутизъм, НКД (H91.3)
глухота БДУ (H91.9)

загуба на слуха:
- БДУ(H91.9)
- предизвикана от шум (H83.3)
- ототоксична (H91.0)
- внезапна (идиопатична) (H91.2)

H90.0 Двустранна кондуктивна (проводна) загуба на слуха

H90.1 Едностранна звукопроводна загуба на слуха с нормален слух на другото ухо

H90.2 Звукопроводна загуба на слуха, неуточнена

Глухота, свързана с нарушение в провеждането на звука, БДУ

H90.3 Двустранна невросензорна загуба на слуха

H90.4 Едностранна невросензорна загуба на слуха с нормален слух на другото ухо

H90.5 Невросензорна загуба на слуха, неуточнена

Вродена глухота БДУ

Намаление на слуха:
- централно
- неврогенно
- перцептивно
- сензорно

} БДУ

Невросензорна глухота БДУ

H90.6 Смесена звукопроводна и невросензорна глухота - двустранна

H90.7 Смесена звукопроводна и невросензорна глухота - едностранна, с нормален слух на другото ухо

H90.8 Смесена звукопроводна и невросензорна глухота, неуточнена

Друга загуба на слуха

Не включва: аномалии на слуховото възприятие (H93.2)
загуба на слуха, класифицирана в рубрика H90.–
ушна кал (H61.2)
загуба на слуха от въздействието на шум (H83.3)
психогенна глухота (F44.6)
преходна исхемична глухота (H93.0)

H91.0 Ототоксична загуба на слуха

При необходимост от идентифициране на токсичния агент се използва допълнителен код за външна причина (клас XX).

H91.2 Внезапна идиопатична загуба на слуха

Внезапна загуба на слуха БДУ

H91.3 Глухонемота, некласифицирана другаде

H91.8 Други уточнени форми на глухота

H91.9 Загуба на слуха, неуточнена

Глухота:
БДУ
високочестотна
нискочестотна

Оталгия и отделяния от ухото

H92.0 Оталгия

H92.1 Оторея

Не включва: изтичане на гръбначномозъчна течност от ухото (G96.0)

H92.2 Оторагия (кръвотечение от ухото)

Не включва: травматична оторагия (кодът е според вида на травмата)

Други болести на ухото, некласифицирани другаде

H93.0 Дегенеративни и съдови болести на ухото

Преходна исхемична глухота

Не включва: пресбиакузис (H91.1)

H93.1 Шум в ушите (субективен)

H93.2 Други аномалии на слуховото възприятие

Нарушаване на слуховото възприятие
Диплакузис
Хиперакузис
Преходна смяна на слуховия праг

Не включва: слухови халюцинации (R44.0)

H93.3 Болести на слуховия нерв

Увреждане на 8-я черепномозъчен нерв

H93.8 **Други уточнени болести на ухото**

H93.9 **Болест на ухото, неуточнена**

Други увреждания на ухото при болести, класифицирани другаде

H94.8* **Други уточнени увреждания на ухото при болести, класифицирани другаде**

Увреждания на ухото и мастоидния израстък след медицински процедури, некласифицирани другаде

H95.0 **Рецидивиращ холестеатом в кухината след мастоидектомия**

H95.1 **Други увреждания след мастоидектомия**

Хронично възпаление
Гранулация
Мукозна киста
} на кухината след мастоидектомия

H95.8 **Други увреждания на ухото и мастоидния израстък след медицински процедури**

H95.9 **Увреждане на ухото и мастоидния израстък след медицински процедури, неуточнено**

Болести на слюнчените жлези

K11.7 **Нарушения на слюнчената секреция**

Хипоптиализъм
Птиализъм
Ксеростомия

Не включва: суха уста БДУ (R68.2)

K11.8 **Други болести на слюнчените жлези**

Доброкачествено лимфоепителиално увреждане на слюнчена жлеза
Болест на Mikulicz
Некротизираща сиалометаплазия
Сиалектазия
Стеноза
Стриктура
} на слюнчения канал

Не включва: синдром на Sjogren (M35.0)

Вродени аномалии на ухото, които причиняват увреждане на слуха

Не включва: вродена глухота (H90.–)

Q16.3 **Вродена аномалия на слуховите костици**

Сраствване на слуховите костици

Q16.4 **Други вродени аномалии на средното ухо**

Вродена аномалия на средното ухо БДУ

Q16.5 **Вродена аномалия на вътрешното ухо**

Аномалия на:
мембранозния лабиринт
Кортиевия орган

Нарушения на обонянието и вкусовата чувствителност

R43.0 **Аносмия**

R43.1 **Паросмия**

R43.2 **Парагеузия**

R43.8 **Други и неуточнени нарушения на обонянието и вкусовата чувствителност**

Съчетано нарушение на обонянието и вкуса

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
300 Процедури за изследване на външно ухо	
90119-00	Отоскопия
370 Процедури за изследване на нос	
41764-00	Ендоскопия на носни кухини
	Риноскопия

Кодирай също когато е направена:
Биопсия на назофаринкс (41761-00 [375])

450 Стоматологичен преглед

97011-00 Цялостен преглед на устна кухина

416 Процедури за изследване на фаринкс

41764-02 Фиброоптично изследване на фаринкс
Фиброоптична фарингоскопия
Включва: назофаринкс
Кодирай също когато е направена:
• биопсия на интраназално пространство (41761-00 [375])

520 Процедури за изследване на ларинкса

Включва: биопсия
трахеоскопия

41849-00 Ларингоскопия
Директна ларингоскопия

41849-01 Индиректна ларингоскопия

41764-03 Фиброоптична ларингоскопия
Фиброоптична ларингоскопия

41855-00 Микроларингоскопия
Не включва: микроларингоскопия с изваждане на тумор или лезия (41864-00, 41861-00 [523])

1954 Компютърна томография на орбита (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56013-00 Компютърна томография на орбита

56013-01 Компютърна томография на орбита с интравенозна контрастна материя

56013-02 Компютърна томография на орбита и мозък

56013-03 Компютърна томография на орбита и мозък с интравенозна контрастна материя

1955 Компютърна томография на средно ухо и слепоочна кост (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350) [1966]

56016-00 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост,едностранно

56016-01 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-02 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, едностранно

56016-03 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-04 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост, двустранно

56016-05 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, двустранно

56016-06 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, двустранно

56016-07 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, двустранно

1956 Компютърна томография на лицева кост и/или параназален синус (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56022-00 Компютърна томография на лицева кост

56028-00 Компютърна томография на лицева кост с интравенознаконтрастна материя
Компютърна томография на лицева кост без, след това с венозен контраст

56022-01 Компютърна томография на параназален синус

56028-01 Компютърна томография на параназален синус с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на околоносен синус без, след това с венозен контраст

56030-00 Компютърна томография на лицева кост, параназален синус и мозък

56036-00 Компютърна томография на лицеви кости, параназален синус и мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на лицева кост, околоносен синус и мозък без, след това с венозен контраст

56022-02 Компютърна томография на лицева кост и параназален синус

56028-02 Компютърна томография на лицева кост и параназален синус с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на лицева кост и околоносен синус без, след това с венозен контраст

1958 Компютърна томография на шия

Включва: ларинкс
фаринкс
слюнчена жлеза
горен хранопровод

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
тази за шиен гръбнак (виж блок [1959])
тази при сканиране на глава, корем и таз (56801-00, 56807-00 [1961])

56101-00 Компютърна томография меки тъкани на шия

56107-00 Компютърна томография меки тъкани на шия с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография меки тъкани на шия без, след това с венозен контраст

1951 Томография

60100-00 Томография

Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966])
такава с:
• холецистография (58924-00 [1976])
• венозна пиелография (58706-00 [1978])

1967 Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57918-00 Рентгенография на слюнчена жлеза
Радиография на камък на слюнчена жлеза
Сиалография

57942-00 Палатофарингеално изследване

57939-00 Палатофарингеално изследване с флуороскопски скрининг

57945-00 Рентгенография на ларинкс

Включва: меки тъкани на врата

57903-00 Рентгенография на параназален синус

57906-00 Рентгенография на мастоидна кост

57909-00 Рентгенография на петрозна темпорална кост

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
тази на:
• мастоидна кост (57906-00 [1967])
• околоносен синус (57903-00 [1967])
• петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

57927-00 Рентгенография на темпоромандибуларна става

Не включва: артрография (59751-00 [1985])

57915-00 Рентгенография на мандибула

Не включва: тази при ортопантомография (57960-00 [1967])
тази на темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])

57912-00 Рентгенография на друга лицева кост

Включва: маларна
максила
орбита

Не включва: тази на:
• мандибула (57915-00 [1967])
• нос (57921-00 [1967])
• темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])

57921-00 Рентгенография на нос

1988 Друга рентгенография

90903-00 Рентгенография на мека тъкан, некласифицирана другаде

1968 Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални посоки

58100-00	Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб *Не включва:* радиография на гръбнак: • 2 отдела (58112-00 [1969]) • 3 отдела (58115-00 [1969]) • 4 отдела (58108-00 [1969])
2015 Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък *Не включва:* функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
90901-09	Функционален магнитен резонансен образ на мозък
90901-01	Магнитно резонансна томография на мозък Включва: лице орбита синуси (етмоидален) (фронтален) (максиларен) (сфеноидален) черепна кост *Не включва:* такъв на мозък: • функционални (90901-09 [2015]) • БДУ (90901-00 [2015])
90901-02	Магнитно резонансна томография на шия *Не включва:* такъв на шиен гръбнак (90901-03 [2015])
1846 Други диагностични тестове на ухо, нос, уста и гърло, измервания или изследвания	
92026-00	Назални функционални изследвания Риноманометрия
1926	**Микробиологични изследвания**
91929-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
1839 Слухови евокирани потенциали	
11300-00 или 96173-00 или 96050-00 или 96051-00	Аудиометрия на евокирани потенциали на мозъчен ствол Електрична слухова аудиометрия на стволов отговор Кортикален евокиран отговор аудиометрия Равновесно състояние – евокирани потенциали
1845 Тестове на вестибуларна функция	
11339-00	Електронистагмография
1836 Тестове за слухова функция	
11312-00	Аудиометрия на въздушна и костна проводимост, стандартна техника
1841 Импеданс аудиометрия	
11324-00	Тимпанометрия чрез използване на сонда със стандартен тон
11324-01	Тимпанометрия чрез използване на сонда с високачестотен тон
96052-00	Акустичен рефлекс праг
96053-00	Акустично рефлексно разпадане
96054-00	Тест за дисфункция на евстахиева тръба
1820 Физиологична оценка	
	Забележка: Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други

физикални тестове

Не включва: тези, които са част от:
- оценка на стареене (96023-00 [1824])
- тестване на развитие (96184-00 [1824])
- генетична оценка (96035-00 [1824])
- ментална или поведенческа оценка (96175-00 [1823])

96009-00 Слухово функционална оценка

Не включва: тази за определяне нужда от устройство, подпомагащо слуха (96024-00 [1822])

1916 Общи интервенции свързани с грижа за здравето

95550-06 Асоциирана здравна интервенция, аудиология

1845 Тестове на вестибуларна функция

11333-00 Топлинен тест на лабиринт
Окуловестибуларен тест

11336-00 Симултантен битермален термичен тест на лабиринт
Симултантен битермален окуловестибуларен тест

11339-00 Електронистагмография

96063-00 Оценка на вестибуларна функция чрез въртящ се стол

Включва: фиксирано подтискане
обикновено хармонично усилване
спонтанен нистагъм
трапецоиди

96064-00 Други тестове на вестибуларна функция

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

3. ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

61 Прилагане на анестетик в краниален нерв

Блокада на краниален нерв с невролитик

Забележка: извършвана за управление на болката

39100-00 Приложение на невролитик в първичен клон на тригеминалния нерв

Инжекция на:
- алкохол
- фенол

18290-00 Прилагане наневролитик в друг краниален нерв

1867 Консултация или обучение свързани с лична грижа и други ежедневни дейности/независим живот

96071-00 Консултация или обучение подпомагащо или адаптиращо устройство, помощ или екипировка

Забележка: За списък на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване виж блок [1870]

Не включва: тези с поставяне, изпробване, пригаждане или подмяна на други подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96092-00 [1870])

1628 Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

Не включва: такава:
- чрез личинки дебридман терапия (MDT) (96210-00 [1604])
- от изгаряне (30017-01, 30020-00, 90686-00 [1627])

90686-01 Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан

Неексцизионен дебридман на:
- инфекция
- язва
- рана

Отстраняване на девитализирана тъкан, некроза и ескари чрез методи като:
- четкане
- иригация (под налягане)
- триене
- миене

Аспирационна вакумираща превръзка

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти за системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920]

Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж отделните подрубрики

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологиченагент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж отделните подрубрики

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Прилагане на фармакотерапия
Антибактериален
Антибиотик
Противогъбен
Антипротозоен
Противовирусен
Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологиченагент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж отделните кодове

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Виж отделните подрубрики
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени една терапевтична и три основни диагностични процедури от различни блокове , от които едната задължително е аудиометрия (11312-00), а при лица под 18 годишна възраст - евокирани потенциали (11300-00 или 96173-00 или 96050-00 или 96051-00), с изключение на заболяванията с МКБ кодове G52.–, К11.– и R43., посочени в таблицата Кодове на основни процедури.

КТ (кодове от блокове 1954, 1955, 1956, 1958) или МРТ (кодове от блок 2015) се провежда задължително в рамките на болничния престой, ако няма извършено такова изследване в последните 6 месеца преди хоспитализацията.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Ушно-носно-гърлени болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по "Ушно-носно-гърлени болести".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести".

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК и съгласно изискванията в медицинския стандарт.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по УНГ
2. Клинична лаборатория*
3. Аудиологичен кабинет – за структури по УНГ II ниво съгласно изискванията на стандарт ”УНГ болести”
4. Образна диагностика (рентгенов апарат) – за структури по УНГ II ниво съгласно изискванията на стандарт ”УНГ болести”
5. ОАИЛ/КАИЛ (за лица под 18 години)

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на територията на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по УНГ болести.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК и съгласно изискванията в медицинския стандарт.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
2. Отделение (лаборатория) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари със специалност по "УНГ болести" , един от които притежаващ сертификат за проведен курс по аудиология или отоневрология,
- лекар със специалност по образна диагностика за структурите по УНГ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари със специалност по "УНГ болести" , един от които притежаващ сертификат за проведен курс по аудиология или отоневрология,
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика за структурите по УНГ.
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За Доплерова сонография (невросонология) – лекар със специалност по нервни болести или друг специалист с допълнителна квалификация за извършване доплерова сонография, удостоверена чрез сертификат.

За извършване на отоневрологични изследвания – лекар със специалност по нервни болести и допълнителна квалификация по отоневрология, удостоверена чрез сертификат, или лекар със специалност по УНГ-болести с опит в областта на отоневрологията (опита се доказва чрез проведен курс по отоневрология)

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

За да бъде хоспитализиран пациент по тази клинична пътека е необходимо наличието на комбинация от най-малко два от долуизброените спешни симптоми:

- внезапна глухота до 14 дни от появата й;
- кризи със световъртеж;
- изразен нистагъм документиран с нистагмография, при възможност;
- изявено нарушено равновесие с проява на нистагъм;
- внезапна загуба на обоняние до 14 дни от появата й.
- внезапна поява на шум до 14 дни от появата й.
- внезапно нарушение на функцията на черепно-мозъчен нерв

Високотехнологична диагностика и лечение при неясни състояния на ЛОР органите и симптоми на:

- внезапна загуба на обоняние след 14-ия ден от появата й;
- внезапна поява на шум след 14-ия ден от появата й;
- внезапно нарушение на функцията на черепно-мозъчен нерв след 14-ия ден от появата му.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-терапевтичен план.

1. Оториноларингологичен преглед се извършва в момента на хоспитализацията на пациента.

2. Аудиограма/тимпанометрия - се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията на пациента, при положение, че предварително не е направено това изследване от УНГ- специалист.

3. Биологичен материал (кръв) за медико-диагностични изследвания (при необходимост) се взема до 24 часа от хоспитализацията на пациента.

4. Допълнителни консултации (с кардиолог, невролог или др. специалист) се провеждат при необходимост в първите 24 – 48 часа от хоспитализацията на пациента.

5. Аудиологична или отоневрологична оценка се извършва в рамките на болничния престой.

6. Рентгенография провежда при необходимост, в рамките на болничния престой.

7. Доплер-сонография се провежда при необходимост, в рамките на болничния престой.

8. КТ или МРТ се провежда задължително в рамките на болничния престой.

Диагностичният процес в болничното заведение включва:

1. Локализиране на болестния процес.

2. Поставяне на етиологична диагноза – инфекция, съдов инцидент, демиелинизация, неопластичен процес, травма, системно заболяване, токсично/ототоксично увреждане.

Важно за лечението е поставянето на етиологична диагноза. В много случаи етиологичното изясняване на оплакванията е невъзможно, защото някои от заболяванията на вътрешното са идиопатични.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на обективната симптоматика и резултатите от лабораторните и инструментални методи.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и поставяне на окончателна диагноза, въз основа на проведените медико-диагностични изследвания.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Глухотата е загуба на слуха, дължаща се на увреда на различните части на слуховия анализатор. При наличие на намаление на слуха, настъпило преди развитие на говора, се наблюдава невъзможност за развитие на речта и изоставане в нервнопсихичното развитие, поради нарушената възможност за комуникация и невъзприемане на слухова информация чрез слуховия анализатор. При частично намаление на слуха се наблюдават определени говорни дефекти, засягащи главно високочестотната област на речта. В различна степен се наблюдава социална изолация и изоставане при възприемането на училищния материал.

При намаление на слуха настъпило след развитие на говора се нарушава говора, в зависимост от степента на слуховото намаление. Говорът става замазан, аритмичен, адинамичен, амелодичен с неясна звукова картина, висок говорен дефект.

Рискови групи, при които може да се увреди слуха:

- деца, родени от родители с увреден слух;
- деца, родени от майки прекарали пренатални заболявания;
- деца, с перинатални и постнатални заболявания;
- пациенти прекарали инфекциозни заболявания – менингит, менингоенцефалит заушка, шарки и други;
- лекарства, увреждащи слуха;
- травми на черепа;
- неизвестни причини.

Диагностика и лечение

При извършване на необходимите диагностични процедури могат да се получат следните усложнения:

- увеличаване на шума в ушите;
- при общата упойка използвана при малките деца за обективното изследване на слуха(виж. информирано съгласие на пациента за предстоящата анестезия).

Терапевтичното лечение при загуба на слуха понякога може да е свързано с някои неприятни странични ефекти от прилаганите лекарства и диагностичните процедури - обостряне на някои хронични заболявания (язва, гастрити, хемороиди, разширени вени), промени в кръвното налягане, промени на вътреочното налягане и др.

При установяване на трайно намаление на слуха може да се пристъпи към слухопротезиране или към кохлеарна имплантация.

Консервативното лечение при загуба на слуха понякога може да е свързано с някои неприятни странични ефекти от прилаганите лекарства и диагностичните процедури - обостряне на някои хронични заболявания (язва, гастрити, хемороиди, разширени вени), промени в кръвното налягане, промени на вътреочното налягане и др.

При установяване на трайно намаление на слуха може да се пристъпи към слухопротезиране или към кохлеарна имплантация.

Световъртежът и нарушеното равновесие са синдроми на различни заболявания. Някои от тези заболявания са доброкачествени и напълно лечими, но понякога може да се касае за сравниелно тежко и опасно страдание, поради което поставянето на своевременна и точна диагноза е от съществено значение.

Причина за равновесни разстройства могат да бъдат различни заболявания.

Остро настъпилите световъртежи и равновесни нарушения изискват незабавен преглед от Вашия общопрактикуащ лекар, който ще направи основни изследвания и ще Ви насочи към оториноларинголог. По преценка на специалиста ще бъдете насочени към болницата.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация за пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с оториноларинголог.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен, трябва да подпишете информираното съгласие, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 140 КОНСЕРВАТИВНО ПАРЕНТЕРАЛНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УШНО-НОСНО-ГЪРЛЕНИ БОЛЕСТИ
КП № 140.1 КОНСЕРВАТИВНО ПАРЕНТЕРАЛНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УШНО-НОСНО-ГЪРЛЕНИ БОЛЕСТИ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

B00.2 Херпес-вирусен гингивостоматит и фаринготонзилит
Херпес-вирусен фарингит

Други вирусни инфекции, характеризиращи се с увреждания на кожата и лигавиците, некласифицирани другаде
Не включва: болест, предизвикана от везикуларен стоматитен вирус (A93.8)

B08.5 Ентеровирусен везикуларен фарингит
Херпангина

Кандидоза
Включва: кандидоза
монилиаза
Не включва: неонатална кандидоза (P37.5)

B37.0 Кандидозен стоматит
Млечница

Аспергилоза
*Включва:*аспергилом

B44.2 Тонзиларна аспергилоза

B44.8 Други видове аспергилоза

Зигомикоза

B46.1 Риноцеребрална мукормикоза

Миаза
Включва: инфестация, предизвикана от личинки на мухи

B87.3 Назофарингеална миаза
Ларингеална миаза

B87.4 Ушна миаза

Увреждания на троичния нерв
Включва: увреждания на 5-я черепномозъчен нерв

G50.0 Невралгия на троичния нерв
Синдром на пароксизмална лицева болка
Болезнен тик

G50.1 Атипична лицева болка-pyrosis/glossalgia

Увреждания на лицевия нерв
Включва: увреждания на 7-я черепномозъчен нерв

G51.0 Парализа на Bell
Лицева парализа

G51.1 Възпаление на ganglion geniculi
Не включва: постхерпетично възпаление на ganglion geniculi (B02.2)

G51.2 Синдром на Melkersson
Синдром на Melkersson-Rosenthal

Увреждания на други черепномозъчни нерви
Не включва: увреждания:
- на слуховия (8-я) нерв (H93.3)
- на зрителния (2-я) нерв(H46, H47.0)
- паралитично късогледство, дължащо се на

увреждане на нерв (H49.0–H49.2)

G52.0 Увреждания на обонятелния нерв

Увреждания на 1-я черепномозъчен нерв

G52.1 Увреждания на n. Glossopharingeus

Увреждания на 9-я черепномозъчен нерв
Глософарингеална невралгия

G52.2 Увреждания на n. vagus

Увреждания на пневмогастралния (10-я) нерв

G52.3 Увреждания на подезичния нерв

Увреждания на 12-я черепномозъчен нерв

G52.7 Множествени увреждания на черепномозъчните нерви

Краниален полиневрит

G52.8 Увреждания на други уточнени черепномозъчни нерви

G52.9 Увреждане на черепномозъчните нерви, неуточнено

Болести на орбитата

Не включва: вродени аномалии на орбитата (Q10.7)

H05.0 Остро възпаление на орбитата

Абсцес
Целулит
Остеомиелит
Периостит
Тенонит
} на орбитата

Външен отит

H60.0 Абсцес на външното ухо

Цирей
Карбункул
Фурункул
} На ушната раковина или външния слухов проход

H60.1 Целулит на външното ухо

Целулит на:

- ушната мида
- външния слухов проход

H60.2 Злокачествен външен отит

H60.3 Други инфекциозни външни отити

Външен отит:

- дифузен
- хеморагичен

Ухо на плувец

H60.4 Холестеатом на външното ухо

Кератозис обтуранс на външното ухо (канала)

H60.5 Остър външен отит, неинфекциозен

Остър външен отит:

- БДУ
- актиничен
- химичен
- контактен
- екзематозен
- реактивен

H60.8 Други външни отити

Хроничен външен отит БДУ

H60.9 Външен отит, неуточнен

Други болести на външното ухо

H61.0 Перихондрит на външното ухо

Хондродерматитис нодуларис на ушната висулка
Перихондрит на:

- външното ухо
- ушната мида

H61.9 Болест на външното ухо, неуточнена

Увреждания на външното ухо при болести, класифицирани другаде

H62.0* **Външен отит при бактериални болести, класифицирани другаде**
Външен отит при еризипел (A46†)

H62.1* **Външен отит при вирусни болести, класифицирани другаде**
Външен отит при:
- херпес-вирусна [herpes simplex] инфекция (B00.1†)
- herpes zoster (B02.8†)

H62.2* **Външен отит при микози**
Външен отит при:
- аспергилоза (B44.8†)
- кандидоза (B37.2†)

Отомикоза БДУ (B36.9†)

H62.3 **Външен отит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде**

H62.4 **Външен отит при други болести, класифицирани другаде**
Външен отит при импетиго (L01.1†)

H62.8 **Други увреждания на външното ухо при болести, класифицирани другаде**

Негнойно възпаление на средното ухо

Включва: с мирингит

H65.0 **Остро серозно възпаление на средното ухо**
Остър и подостър секреторен отит

H65.1 **Други остри негнойни отити на средното ухо**
Otitis media, остър и подостър:
- алергичен (мукозен)(хеморагичен)(серозен)
- мукозен
- негноен БДУ
- хеморагичен
- серомуцинозен

Не включва: отит в резултат на баротравма (T70.0)
otitis media acuta БДУ (H66.9)

H65.2 **Хронично серозно възпаление на средното ухо**
Хроничен туботимпанален катар

H65.3 **Хронично мукоидно възпаление на средното ухо**
"Лепкаво" ухо
Хроничен otitis media:
- мукозен
- секреторен
- трансудатен

Не включва: адхезивна болест на средното ухо (H74.1)

H65.4 **Други хронични негнойни възпаления на средното ухо**
Хронично възпаление на средното ухо:
- алергично
- ексудативно
- негнойно БДУ
- серомуцинозно
- с излив (негноен)

H65.9 **Негнойно възпаление на средното ухо, неуточнено**
Възпаление на средното ухо:
- алергично
- катарално
- ексудативно
- мукоидно
- секреторно
- серомуцинозно
- серозно
- трансудатно
- с излив (негноен)

Гнойно и неуточнено възпаление на средното ухо

Включва: с мирингит

H66.0 **Остро гнойно възпаление на средното ухо**

H66.1 Хронично туботимпанално гнойно възпаление на средното ухо
Доброкачествен хроничен гноен отит на средното ухо
Хронична туботимпанална болест [мезотимпанит]

H66.2 Хронично епитимпано-антрален гноен отит на средното ухо
Хронична епитимпано-антрална болест [епитимпанит]

H66.3 Други хронични гнойни отити на средното ухо
Хроничен гноен отит на средното ухо БДУ

H66.4 Гноен отит на средното ухо, неуточнен
Гноен отит на средното ухо БДУ

H66.9 Възпаление на средното ухо, неуточнено
Otitis media
- БДУ
- остър БДУ
- хроничен БДУ

Възпаление на средното ухо при болести, класифицирани другаде

H67.0* Възпаление на средното ухо при бактериални болести, класифицирани другаде
Otitis media при:
- скарлатина (A38†)
- туберкулоза (A18.6†)

H67.1* Възпаление на средното ухо при вирусни болести, класифицирани другаде
Otitis media при:
- грип(J10-J11†)
- морбили (B05.3†)

H67.8* Възпаление на средното ухо при други болести, класифицирани другаде

Възпаление и запушване на Евстахиевата тръба

H68.0 Възпаление на Евстахиевата тръба

H68.1 Запушване на Евстахиевата тръба
Компресия, Стеноза, Стриктура } на Евстахиевата тръба

Други болести на Евстахиевата тръба

H69.0 Отворена Евстахиевата тръба

H69.8 Други уточнени болести на Евстахиевата тръба

H69.9 Болест на Евстахиевата тръба, неуточнена

Мастоидит и сродни състояния

H70.0 Остър мастоидит
Абсцес, Емпием } на мастоидния израстък

H70.1 Хроничен мастоидит
Кариес, Фистула } на мастоидния израстък

H70.2 Петрозит
Възпаление на pars petrosa (остро) (хронично)

H70.8 Други мастоидити и сродни състояния

H70.9 Мастоидит, неуточнен

Други болести на тъпанчето

H73.0 Остър миринги
Остър тимпанит
Булозен миринги
Не включва: с otitis media (H65-H66)

H73.1 Хроничен миринги
Хроничен тимпанит
Не включва: с otitis media (H65-H66)

H73.8 Други уточнени болести на тъпанчето

H73.9 Болест на тъпанчето, неуточнена

Други увреждания на средното ухо и мастоидния израстък при болести,

класифицирани другаде

H75.0* **Мастоидит при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде**
Туберкулозен мастоидит (A18.0†)

H75.8 **Други уточнени болести на средното ухо и мастоидния израстък, класифицирани другаде**

H82* Вестибуларни синдроми при болести, класифицирани другаде

Други болести на вътрешното ухо

H83.0 **Лабиринтит**

H83.1 **Лабиринтна фистула**

H83.2 **Лабиринтна дисфункция**
Повишена чувствителност
Хипофункция
Загуба на функции
} на лабиринта

H83.3 **Шумови ефекти на вътрешното ухо**
Акустична травма
Загуба на слуха от шумово въздействие

H83.8 **Други уточнени болести на вътрешното ухо**

H83.9 **Болест на вътрешното ухо, неуточнена**

Глухота, свързана с нарушение в провеждането на звука (кондуктивна) и невросензорна загуба на слуха

Включва: вродена глухота

Не включва: мутизъм, НКД (H91.3)
глухота БДУ (H91.9)
загуба на слуха:
- БДУ(H91.9)
- предизвикана от шум (H83.3)
- ототоксична (H91.0)
- внезапна (идиопатична) (H91.2)

H90.0 **Двустранна кондуктивна (проводна) загуба на слуха**

H90.1 **Едностранна звукопроводна загуба на слуха с нормален слух на другото ухо**

H90.2 **Звукопроводна загуба на слуха, неуточнена**
Глухота, свързана с нарушение в провеждането на звука, БДУ

H90.3 **Двустранна невросензорна загуба на слуха**

H90.4 **Едностранна невросензорна загуба на слуха с нормален слух на другото ухо**

H90.5 **Невросензорна загуба на слуха, неуточнена**
Вродена глухота БДУ
Намаление на слуха:
- централно
- неврогенно
- перцептивно
- сензорно

} БДУ

Невросензорна глухота БДУ

H90.6 **Смесена звукопроводна и невросензорна глухота - двустранна**

H90.7 **Смесена звукопроводна и невросензорна глухота - едностранна, с нормален слух на другото ухо**

H90.8 **Смесена звукопроводна и невросензорна глухота, неуточнена**

Друга загуба на слуха

Не включва: аномалии на слуховото възприятие (H93.2)
загуба на слуха, класифицирана в рубрика H90.–
ушна кал (H61.2)
загуба на слуха от въздействието на шум (H83.3)
психогенна глухота (F44.6)
преходна исхемична глухота (H93.0)

H91.0 **Ототоксична загуба на слуха**
При необходимост от идентифициране на токсичния агент се използва допълнителен код за външна причина (клас XX).

H91.2 **Внезапна идиопатична загуба на слуха**

Внезапна загуба на слуха БДУ

H91.9 Загуба на слуха, неуточнена

Глухота:
- БДУ
- високочестотна
- нискочестотна

Оталгия и отделяния от ухото

H92.0 Оталгия

H92.1 Оторея

Не включва: изтичане на гръбначномозъчна течност от ухото (G96.0)

H92.2 Оторагия (кръвотечение от ухото)

Не включва: травматична оторагия (кодът е според вида на травмата)

Други увреждания на ухото при болести, класифицирани другаде

H94.0* Кохлеарен неврит при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде

Кохлеарен неврит при сифилис (A52.1†)

H94.8* Други уточнени увреждания на ухото при болести, класифицирани другаде

Увреждания на ухото и мастоидния израстък след медицински процедури, некласифицирани другаде

H95.0 Рецидивиращ холестеатом в кухината след мастоидектомия

H95.1 Други увреждания след мастоидектомия

Хронично възпаление
Грануларция
Мукозна киста
} на кухината след мастоидектомия

H95.8 Други увреждания на ухото и мастоидния израстък след медицински процедури

H95.9 Увреждане на ухото и мастоидния израстък след медицински процедури, неуточнено

Неспецифичен лимфаденит

Не включва: остър лимфаденит, с изключение на мезентериален (L04.–)
увеличени лимфнивъзли БДУ (R59.–)
болест предизвикана от вируса на човешкия имунодефицит [HIV], водеща до генерализирана лимфаденопатия (B23.1)

I88.8 Други неспецифични лимфаденити

Остър синуит

Включва: абсцес
емпием
инфекция
възпаление
нагнояване
} остър (-ра)(-ро) на синус (допълнителен)(назален)

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95–B97).

Не включва: синуит, хроничен или БДУ (J32.–)

J01.0 Остър максиларен синуит

Остър антрит

J01.1 Остър фронтален синуит

J01.2 Остър етмоидален синуит

J01.3 Остър сфеноидален синуит

J01.4 Остър пансинуит

J01.8 Друг остър синуит

Остри синуите, включващи повече от един синус, но не пансинуити

Остър тонзилит (ангина)

Не включва: перитонзиларен абсцес (J36)
възпалено гърло:
- БДУ (J02.9)
- остро (J02.–)

- стрептококово (J02.0)

J03.0 Стрептококов тонзилит

J03.8 Остър тонзилит, предизвикан от други уточнени причинители

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95–B97)

Не включва: фаринготонзилит, предизвикан от вируса на herpes simplex (B00.2)

J03.9 Остър тонзилит, неуточнен

Тонзилит (остър):

- БДУ
- фоликуларен
- гангренозен
- инфекциозен
- улцерозен

Остър ларингит и трахеит

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95–B97)

Не включва: остър обструктивен ларингит[круп] и епиглотит (J05.–)
ларингизъм (стридор) (J38.5)

J04.0 Остър ларингит

Ларингит (остър):

- БДУ
- едематозен
- субглотисен
- гноен
- улцерозен

Не включва: хроничен ларингит (J37.0)
грипен ларингит, грипен вирус
- идентифициран (J10.1)
- неидентифициран (J11.1)

J04.1 Остър трахеит

Трахеит (остър):

- БДУ
- катарален

Не включва: хроничен трахеит (J42)

J04.2 Остър ларинготрахеит

Ларинготрахеит
Трахеит (остър) с ларингит (остър)

Не включва: хроничен ларинготрахеит (J37.1)

Остър обструктивен ларингит [круп] и епиглотит

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95 – B97).

J05.0 Остър обструктивен ларингит [круп]

Обструктивен ларингитБДУ

J05.1 Остър епиглотит

Епиглотит БДУ

Остри инфекции на горните дихателни пътища с множествена и неуточнена локализация

Не включва: остра респираторна инфекция БДУ (J22)
грипен вирус
- идентифициран (J10.1)
- неидентифициран (J11.1)

J06.0 Остър ларингофарингит

J06.8 Други остри инфекции на горните дихателни пътища с множествена локализация

Хроничен синуит

Включва: абсцес, емпием } хронични на синуса (допълнителен)(назален)

инфекция
нагнояване

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95–B97).

Не включва: остър синуит (J01.–)

J32.0 Хроничен максиларен синуит
Антрит (хроничен)
Максиларен синуит БДУ

J32.1 Хроничен фронтален синуит
Фронтален синуит БДУ

J32.2 Хроничен етмоидален синуит
Етмоидален синуит БДУ

J32.3 Хроничен сфеноидален синуит
Сфеноидален синуит БДУ

J32.4 Хроничен пансинуит
Пансинуит БДУ

J32.8 Други хронични синуити
Синуит (хроничен), включващ повече от един синус, но не пансинуит

Други болести на носа и носните синуси

Не включва: варикозна язва на носната преграда (I86.8)

J34.0 Абсцес, фурункул и карбункул на носа
Целулит
Некроза
Улцерация
} на носа (преградата)

Болести на гласните връзки и ларинкса, некласифицирани другаде

Не включва: вроден стридор на ларинкса (Q31.4)
ларингит
- обструктивен (остър) (J05.0)
- улцерозен (J04.0)

следпроцедурно субглотисно стеснение (J95.5)
стридор (R06.1)

J38.0 Парализа на гласните връзки и ларинкса
Ларингоплегия
Парализа на глотиса

J38.4 Оток на ларинкса
Оток на:
- глотиса
- субглотиса
- супраглотиса

Не включва: ларингит:
- остър обструктивен [круп] (J05.0)
- едематозен (J04.0)

J38.5 Спазъм на ларинкса
Ларингизъм (стридор)

Болести на слюнчените жлези

K11.2 Сиалоаденит
Не включва: епидемичен паротит (B26.—)
увеопаротитна треска [Heetfordt] (D86.8

K11.3 Абсцес на слюнчена жлеза

K11.4 Фистула на слюнчена жлеза
Не включва: вродена фистула на слюнчена жлеза (Q38.4)

Болести на езика

Не включва: еритроплакия
огнищна епителна хиперплазия
левкоедем
левкоплакия
космата левкоплакия (K13.3)
} на езика (K13.2)

макроглосия (вродена) (Q38.2)
субмукозна фиброза на езика (K13.5)

K14.0 Глосит
Абсцес
Улцерация (травматична) } на езика
Не включва: атрофичен глосит (K14.4)

Абсцес на кожата, фурункул и карбункул

Включва: фурункул
фурункулоза
Не включва: анална и генитална локализация (K61.—)
полови органи (външни):
• женски (N76.4)
• мъжки (N48.2, N49.—)

L02.0 Абсцес на кожата, карбункул и фурункул на лицето
Не включва: външно ухо (H60.0)
клепач (H00.0)
глава [всяка част без лицето] (L02.8)
слъзни:
• жлези (H04.0)
• канали (H04.3)
уста (K12.2)
нос (J34.0)
орбита (H05.0)
субмандибуларна област (K12.2)

L02.1 Абсцес на кожата, фурункул и карбункул на шията

Целулит

Включва: остър лимфангит
Не включва: целулит на:
- анална и ректална област (K61.–)
- външен слухов проход (H60.1)
- външни полови органи:
  - женски (N76.4)
  - мъжки (N82.2,N49.–)
- клепач (H00.0)
- слъзен апарат (H04.3)
- уста (K12.2)
- нос (J34.0)

еозинофилен целулит [Wells] (L98.3)
фебрилна неутрофилна дерматоза [Sweet] (L98.2)
лимфангит (хроничен) (субакутен) (I89.1)

L03.2 Целулит на лицето
L03.8 Целулит с други локализации
Глава [всяка област без лицето]
Окосмена част на главата

Остър лимфаденит

Включва: абсцес (остър) } на всеки лимфен възел без
лимфаденит (остър) } мезентериален
Не включва: увеличени лимфни възли (R59.–)
болест, предизвикана от вируса на човешкия имунодефицит [HIV], водеща до генерализирана лимфаденопатия (B23.1)
лимфаденит:
- БДУ (I88.9)
- хроничен или подостър, с изключение на мезентериален (I88.1)
- мезентериален, неспецифичен (I88.0)

L04.0 Остър лимфаденит на лицето, главата и шията

Неспецифични системни заболявания

M31.3 Грануломатоза на Вегенер

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

300 Процедури за изследване на външно ухо

90119-00 Отоскопия

370 Процедури за изследване на нос

41764-00 Ендоскопия на носни кухини
Риноскопия
Кодирай също когато е направена:
Биопсия на назофаринкс (41761-00 [375])

450 Стоматологичен преглед

97011-00 Цялостен преглед на устна кухина

416 Процедури за изследване на фаринкс

41764-02 Фиброоптично изследване на фаринкс
Фиброоптична фарингоскопия
Включва: назофаринкс
Кодирай също когато е направена:
• биопсия на интраназално пространство (41761-00 [375])

520 Процедури за изследване на ларинкса

Включва: биопсия
трахеоскопия

41849-00 Ларингоскопия
Директна ларингоскопия

41849-01 Индиректна ларингоскопия

41764-03 Фиброоптична ларингоскопия
Фиброоптична ларингоскопия

41855-00 Микроларингоскопия
Не включва: микроларингоскопия с изваждане на тумор или лезия (41864-00, 41861-00 [523])

1954 Компютърна томография на орбита (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56013-00 Компютърна томография на орбита

56013-01 Компютърна томография на орбита с интравенозна контрастна материя

56013-02 Компютърна томография на орбита и мозък

56013-03 Компютърна томография на орбита и мозък с интравенозна контрастна материя

1955 Компютърна томография на средно ухо и слепоочна кост (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350) [1966]

56016-00 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост,едностранно

56016-01 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-02 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, едностранно

56016-03 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-04 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост, двустранно

56016-05 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, двустранно

56016-06 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, двустранно

56016-07 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, двустранно

1956 Компютърна томография на лицева кост и/или параназален синус (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56022-00 Компютърна томография на лицева кост

56028-00 Компютърна томография на лицева кост с интравенознаконтрастна материя
Компютърна томография на лицева кост без, след това с венозен контраст

56022-01 Компютърна томография на параназален синус

56028-01 Компютърна томография на параназален синус с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на околоносен синус без, след това с венозен контраст

56030-00 Компютърна томография на лицева кост, параназален синус и мозък

56036-00 Компютърна томография на лицеви кости, параназален синус и мозък с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на лицева кост, околоносен синус и мозък без, след това с венозен контраст

56022-02 Компютърна томография на лицева кост и параназален синус

56028-02 Компютърна томография на лицева кост и параназален синус с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на лицева кост и околоносен синус без, след това с венозен контраст

1958 Компютърна томография на шия

Включва: ларинкс
фаринкс
слюнчена жлеза
горен хранопровод

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
тази за шиен гръбнак (виж блок [1959])
тази при сканиране на глава, корем и таз (56801-00, 56807-00 [1961])

56101-00 Компютърна томография меки тъкани на шия

56107-00 Компютърна томография меки тъкани на шия с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография меки тъкани на шия без, след това с венозен контраст

1951 Томография

60100-00 Томография

Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966])
такава с:
• холецистография (58924-00 [1976])
• венозна пиелография (58706-00 [1978])

1990 Друга ангиография

59754-00 Лимфангиография

Включва: последваща радиография

1967 Рентгенография на глава или шия

57918-00 Рентгенография на слюнчена жлеза

Радиография на камък на слюнчена жлеза
Сиалография

57942-00 Палатофарингеално изследване

57939-00 Палатофарингеално изследване с флуороскопски скрининг

57945-00 Рентгенография на ларинкс

Включва: меки тъкани на врата

1988 Друга рентгенография

90903-00 Рентгенография на мека тъкан, некласифицирана другаде

1967 Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57902-00 Цефалометрия

Не включва: ортодонтска цефалометрия (57930-00, 57933-00 [1967])

57915-00 Рентгенография на мандибула

Не включва: тази при ортопантомография (57960-00 [1967])
тази на темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])

57930-00 Рентгенография на зъби

Зъбна радиография
Ортодонтска:
• цефалография
• цефалометрия

Не включва: тази на цяла уста (57933-00 [1967])

57933-00 Рентгенография на зъби, цяла уста

Не включва: ортопантомография (57960-00 [1967])

57960-00 Ортопантомография

1967 Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57927-00 Рентгенография на темпоромандибуларна става

Не включва: артрография (59751-00 [1985])

57903-00 Рентгенография на параназален синус

57906-00 Рентгенография на мастоидна кост

57909-00 Рентгенография на петрозна темпорална кост

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
тази на:
• мастоидна кост (57906-00 [1967])
• околоносен синус (57903-00 [1967])
• петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

57927-00 Рентгенография на темпоромандибуларна става

Не включва: артрография (59751-00 [1985])

57915-00 Рентгенография на мандибула

Не включва: тази при ортопантомография (57960-00 [1967])
тази на темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])

57912-00 Рентгенография на друга лицева кост

Включва: маларна
максила
орбита

Не включва: тази на:
• мандибула (57915-00 [1967])
• нос (57921-00 [1967])
• темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])

57921-00 Рентгенография на нос

1985 Артрография

59751-00 Артрография

Включва: контрастно изследване
предварителен общ план (обзорна графия)

1968 Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални посоки

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

1974 Рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: Бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: тези на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

1940 Ултразвук на глава или шия

55030-00 Ултразвук на орбитално съдържание

Ултразвук на око (двупланово) (еднопланово)

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])

този за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

1846 Други диагностични тестове на ухо, нос, уста и гърло, измервания или изследвания

92026-00 Назални функционални изследвания

Риноманометрия

1825 Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

1827 Изследване евокирани отговори на централна нервна система

Включва: тези чрез компютризирано усреднени техники

Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка

Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране

Не включва: тези, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1849 Друго измерване на дихателна функция

11512-00 Непрекъснато измерване на връзка между въздушен поток и белодробен обем по време на вдишване и издишване

Спирометрия

11506-00 Други изследвания на дихателна функция

Дихателен функционален тест
Спирометрия
} БДУ

520 Процедури за изследване на ларинкса

Включва: биопсия
трахеоскопия

41849-01 Индиректна ларингоскопия

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларенстрес тест (11712-00 [1857])

11713-00 ЕКГ запис с осреднен сигнал

Включва: анализ, интерпретация и доклад за записа
този, включващ не повече от 300 удара, използвайки поне 3 отвеждания с придобиване на данни на не по-малко от 1000 Hz на поне 100 QRS комплекса

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1926 Микробиологични изследвания

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1927 Морфологични изследвания

91929-06 Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за

хистология

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1826 Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1839 Слухови евокирани потенциали

11300-00 Аудиометрия на евокирани потенциали на мозъчен ствол
96173-00 Електрична слухова аудиометрия на стволов отговор
96050-00 Кортикален евокиран отговор аудиометрия
96051-00 Равновесно състояние – евокирани потенциали

1845 Тестове на вестибуларна функция

11339-00 Електронистагмография

1836 Тестове за слухова функция

11312-00 Аудиометрия на въздушна и костна проводимост, стандартна техника

1841 Импеданс аудиометрия

11324-00 Тимпанометрия чрез използване на сонда със стандартен тон
11324-01 Тимпанометрия чрез използване на сонда с високачестотен тон
96052-00 Акустичен рефлекс праг
96053-00 Акустично рефлексно разпадане
96054-00 Тест за дисфункция на евстахиева тръба

1843 Друга аудиометрия

11306-00 Друга аудиометрия

1820 Физиологична оценка

Забележка: Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други физикални тестове

Не включва: тези, които са част от:
- оценка на стареене (96023-00 [1824])
- тестване на развитие (96184-00 [1824])
- генетична оценка (96035-00 [1824])
- ментална или поведенческа оценка (96175-00 [1823])

96009-00 Слухово функционална оценка

Не включва: тази за определяне нужда от устройство, подпомагащо слуха (96024-00 [1822])

1916 Общи интервенции свързани с грижа за здравето

95550-06 Асоциирана здравна интервенция, аудиология

1845 Тестове на вестибуларна функция

11333-00 Топлинен тест на лабиринт

Окуловестибуларен тест

11336-00 Симултантен битермален термичен тест на лабиринт

Симултантен битермален окуловестибуларен тест

11339-00 Електронистагмография

96063-00 Оценка на вестибуларна функция чрез въртящ се стол

Включва: фиксирано подтискане
обикновено хармонично усилване
спонтанен нистагъм
трапецоиди

96064-00 Други тестове на вестибуларна функция

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

3. ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1880 Терапии с агенти, некласифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук

Не включва: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

64 Прилагане на невролитик в друг периферен нерв

Блокада на друг периферен нерв с невролитик

Включва: прилагане в спинални нерви:
- клон
- плексус
- корен

Не включва: това в:
- краниален нерв (виж блок [61])
- заден първичен клон на спинален нерв (39013-02 [62])
- симпатиков нерв (виж блок [66])

18292-00 Прилагане на невролитик в друг периферен нерв

Прилагане на невролитик в:
- дорзален коренов ганглий
- интервертебрален отвор

78 Деструкция на нерв

52824-00 Криотерапия на периферни клончета на тригеминалния нерв

Забележка: Извършвана за облекчаване на болка

61 Прилагане на анестетик в краниален нерв

Блокада на краниален нерв с невролитик

Забележка: извършвана за управление на болката

39100-00 Приложение на невролитик в първичен клон на тригеминалния нерв

Инжекция на:
- алкохол
- фенол

18290-00 Прилагане на невролитик в друг краниален нерв

768 Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
- балон
- спирали
- етанол
- желатинова гъба
- лепило
- пластмасови частици

катетеризация

35321-03 Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове, лице и шия

1880 Терапии с агенти, некласифицирани другаде

92178-00 Топлинна терапия

Хипертермична терапия

Включва: терапевтично поведение с използване на:
- загряващи превръзки

• инфрачервено облъчване
• микровълни
• къси вълни
• смоли

Забележка: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстракорпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана като допълнение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирано от микровълни, ултразвук, ниско-енергийни радиочестотно провеждане или сондиране.

Кодирай също когато е направена:
• химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)
• радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация)
термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна)
термокератопластика (90064 [173])
термосклеротомия (42746-03 [191])
термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])

1628 Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

Не включва: такава:
• чрез личинки дебридман терапия (MDT) (96210-00 [1604])
• от изгаряне (30017-01, 30020-00, 90686-00 [1627])

90686-01 Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан

Неексцизионен дебридман на:
• инфекция
• язва
• рана

Отстраняване на девитализирана тъкан, некроза и ескари чрез методи като:
• четкане
• иригация (под налягане)
• триене
• миене

Аспирационна вакумираща превръзка

1884 Имунизация

92179-00 Имунизация при алергия

Десенситизация

Не включва: приложение на змийски протеин (96195 [1884])

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти за системен ефект

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920]

Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Прилагане на фармакологични агенти за системен ефект
Антибактериален
Антибиотик
Противогъбен
Антипротозоен
Противовирусен
Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Прилагане на фармакотерапия

96206-03 Неуточнено приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди
Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния

96206-09	Неуточнено приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две терапевтични процедури, посочени в таблицата **Кодове на основни процедури** от настоящата КП.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Ушно-носно-гърлени болести“, осъществявана най-малко първо на ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Ушно-носно-гърлени болести”, от обхвата на медицинската специалност „Лицево-челюстна хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Лицево-челюстна хирургия“.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ.

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК и съгласно изискванията в съответните медицински стандарти.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Структура/клиника/отделение по УНГ или отоневрология или Клиника/отделение по ЛЧХ
2. Клинична лаборатория*
3. ОАИЛ/КАИЛ (за лица под 18 години)

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК и съгласно изискванията в съответните медицински стандарти.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
2. Рентгенов апарат за скопия и графия

4.б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

За изпълнението на КП се изискват брой специалисти, съгласно нивата в съответните медицински стандарти.

– в клиника/отделение по УНГ - двама лекари, от които един с призната специалност по "Ушни-носни-гърлени болести"

или

– в клиника/отделение по ЛЧХ – най-малко двама лекари със специалност ("Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия" и/или "Лицево-челюстна хирургия"), от които поне един със специалност "Лицево-челюстна хирургия";

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Диагностично уточняване и парентерално консервативно лечение на болни, при които са изчерпани възможностите за амбулаторно лечение по повод:

- остри възпалителни заболявания на УНГ органите;
- остри възпалителни заболявания на кожата на лицето, шията и главата с вирусна или бактериална етиология;
- остри възпалителни заболявания на лигавицата на устната кухина с вирусна или бактериална етиология;
- остри възпалителни заболявания на меките тъкани и челюстните кости, неизискващи хирургична намеса;
- остри възпалителни заболявания на слюнчените жлези и сиалолитиаза, с неголеми размери на камъка;
- повърхностни и закрити травми на главата, лицето и шията.

Диагностично уточняване и парентерално консервативно лечение при:
амбулаторно лекувани заболявания на черепно-мозъчните нерви без благоприятно повлияване;

- специфични и неспецифични заболявания на ЛОР органите;
- вродени и придобити заболявания на езика;
- наличие на отологично заболяване - възпаление на средното ухо, намаление на слуха по сензоневрален или кондуктивен тип.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5б). ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-терапевтичен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания при хоспитализация по спешни индикации се извършва до 6 час от постъпването. В случаите извън спешност вземането на биологичен материал се извършва до 24 час. Други медико-диагностични изследвания - образни или инструментални се извършват до 48 час от постъпването.

Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променени показатели се извършват задължително до края на хоспитализацията.

Лечението е консервативно – въвеждане или инфузия на лечебно или профилактично средство, както и използване на физикални (ултразвук, лазер, йонофореза) методи.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клинични и параклинични и/или микробиологични данни.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:
Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- стихване на възпалителните прояви;
- липса на фебрилитет;
- липса на значими субективни оплаквания;

- стихване на симптоми, свързани с усложненията.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в "История на заболяването" (ИЗ).

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Консервативно лечение в областта на ушите, носа и гърлото и лицевата област се прилага когато за лечението не са необходими операции от какъвто и да е характер. Основните цели при това лечение са възстановяването на функцията на увредения орган чрез медикаменти.

Лечението на някои от тези заболявания на лицето може да налага използуването на комбинация от консервативно и хирургично лечение.

П № 140 КОНСЕРВАТИВНО ПАРЕНТЕРАЛНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УШНО-НОСНО-ГЪРЛЕНИ БОЛЕСТИ
КП № 140.2 КОНСЕРВАТИВНО ПАРЕНТЕРАЛНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УШНО-НОСНО-ГЪРЛЕНИ БОЛЕСТИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1.Минимален болничен престой - 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

B00.2 Херпес-вирусен гингивостоматит и фаринготонзилит
Херпес-вирусен фарингит

Други вирусни инфекции, характеризиращи се с увреждания на кожата и лигавиците, некласифицирани другаде
Не включва: болест, предизвикана от везикуларен стоматитен вирус (A93.8)

B08.5 Ентеровирусен везикуларен фарингит
Херпангина

Кандидоза
Включва: кандидоза
монилиаза
Не включва: неонатална кандидоза (P37.5)

B37.0 Кандидозен стоматит
Млечница

Аспергилоза
*Включва:*аспергилом

B44.2 Тонзиларна аспергилоза
B44.8 Други видове аспергилоза

Зигомикоза
B46.1 Риноцеребрална мукормикоза

Миаза
Включва: инфестация, предизвикана от личинки на мухи

B87.3 Назофарингеална миаза
Ларингеална миаза
B87.4 Ушна миаза

Увреждания на троичния нерв
Включва: увреждания на 5-я черепномозъчен нерв

G50.0 Невралгия на троичния нерв
Синдром на пароксизмална лицева болка
Болезнен тик
G50.1 Атипична лицева болка-pyrosis/glossalgia

Увреждания на лицевия нерв
Включва: увреждания на 7-я черепномозъчен нерв

G51.0 Парализа на Bell
Лицева парализа
G51.1 Възпаление на ganglion geniculi
Не включва: постхерпетично възпаление на ganglion geniculi (B02.2)
G51.2 Синдром на Melkersson
Синдром на Melkersson-Rosenthal

Увреждания на други черепномозъчни нерви
Не включва: увреждания:
- на слуховия (8-я) нерв (H93.3)
- на зрителния (2-я) нерв(H46, H47.0)

- паралитично късогледство, дължащо се на увреждане на нерв (H49.0–H49.2)

G52.0 Увреждания на обонятелния нерв

Увреждания на 1-я черепномозъчен нерв

G52.1 Увреждания на n. Glossopharingeus

Увреждания на 9-я черепномозъчен нерв
Глософарингеална невралгия

G52.2 Увреждания на n. vagus

Увреждания на пневмогастралния (10-я) нерв

G52.3 Увреждания на подезичния нерв

Увреждания на 12-я черепномозъчен нерв

G52.7 Множествени увреждания на черепномозъчните нерви

Краниален полиневрит

G52.8 Увреждания на други уточнени черепномозъчни нерви

G52.9 Увреждане на черепномозъчните нерви, неуточнено

Болести на орбитата

Не включва: вродени аномалии на орбитата (Q10.7)

H05.0 Остро възпаление на орбитата

Абсцес
Целулит
Остеомиелит
Периостит
Тенонит
} на орбитата

Външен отит

H60.0 Абсцес на външното ухо

Цирей
Карбункул
Фурункул
} На ушната раковина или външния слухов проход

H60.1 Целулит на външното ухо

Целулит на:
- ушната мида
- външния слухов проход

H60.2 Злокачествен външен отит

H60.3 Други инфекциозни външни отити

Външен отит:
- дифузен
- хеморагичен

Ухо на плувец

H60.4 Холестеатом на външното ухо

Кератозис обтуранс на външното ухо (канала)

H60.5 Остър външен отит, неинфекциозен

Остър външен отит:
- БДУ
- актиничен
- химичен
- контактен
- екзематозен
- реактивен

H60.8 Други външни отити

Хроничен външен отит БДУ

H60.9 Външен отит, неуточнен

Други болести на външното ухо

H61.0 Перихондрит на външното ухо

Хондродерматитис нодуларис на ушната висулка
Перихондрит на:
- външното ухо
- ушната мида

H61.9 Болест на външното ухо, неуточнена

Увреждания на външното ухо при болести, класифицирани другаде

H62.0* **Външен отит при бактериални болести, класифицирани другаде**
Външен отит при еризипел (A46†)

H62.1* **Външен отит при вирусни болести, класифицирани другаде**
Външен отит при:
- херпес-вирусна [herpes simplex] инфекция (B00.1†)
- herpes zoster (B02.8†)

H62.2* **Външен отит при микози**
Външен отит при:
- аспергилоза (B44.8†)
- кандидоза (B37.2†)

Отомикоза БДУ (B36.9†)

H62.3 **Външен отит при други инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде**

H62.4 **Външен отит при други болести, класифицирани другаде**
Външен отит при импетиго (L01.1†)

H62.8 **Други увреждания на външното ухо при болести, класифицирани другаде**

Негнойно възпаление на средното ухо

Включва: с миринги

H65.0 **Остро серозно възпаление на средното ухо**
Остър и подостър секреторен отит

H65.1 **Други остри негнойни отити на средното ухо**
Otitis media, остър и подостър:
- алергичен (мукозен)(хеморагичен)(серозен)
- мукозен
- негноен БДУ
- хеморагичен
- серомуцинозен

Не включва: отит в резултат на баротравма (T70.0)
otitis media acuta БДУ (H66.9)

H65.2 **Хронично серозно възпаление на средното ухо**
Хроничен туботимпанален катар

H65.3 **Хронично мукоидно възпаление на средното ухо**
"Лепкаво" ухо
Хроничен otitis media:
- мукозен
- секреторен
- трансудатен

Не включва: адхезивна болест на средното ухо (H74.1)

H65.4 **Други хронични негнойни възпаления на средното ухо**
Хронично възпаление на средното ухо:
- алергично
- ексудативно
- негнойно БДУ
- серомуцинозно
- с излив (негноен)

H65.9 **Негнойно възпаление на средното ухо, неуточнено**
Възпаление на средното ухо:
- алергично
- катарално
- ексудативно
- мукоидно
- секреторно
- серомуцинозно
- серозно
- трансудатно
- с излив (негноен)

Гнойно и неуточнено възпаление на средното ухо

Включва: с миринги

H66.0 **Остро гнойно възпаление на средното ухо**

H66.1 **Хронично туботимпанално гнойно възпаление на средното ухо**
Доброкачествен хроничен гноен отит на средното ухо
Хронична туботимпанална болест [мезотимпанит]

H66.2 **Хронично епитимпано-антрален гноен отит на средното ухо**
Хронична епитимпано-антрална болест [епитимпанит]

H66.3 **Други хронични гнойни отити на средното ухо**
Хроничен гноен отит на средното ухо БДУ

H66.4 **Гноен отит на средното ухо, неуточнен**
Гноен отит на средното ухо БДУ

H66.9 **Възпаление на средното ухо, неуточнено**
Otitis media
- БДУ
- остър БДУ
- хроничен БДУ

Възпаление на средното ухо при болести, класифицирани другаде

H67.0* **Възпаление на средното ухо при бактериални болести, класифицирани другаде**
Otitis media при:
- скарлатина (A38†)
- туберкулоза (A18.6†)

H67.1* **Възпаление на средното ухо при вирусни болести, класифицирани другаде**
Otitis media при:
- грип(J10-J11†)
- морбили (B05.3†)

H67.8* **Възпаление на средното ухо при други болести, класифицирани другаде**

Възпаление и запушване на Евстахиевата тръба

H68.0 **Възпаление на Евстахиевата тръба**

H68.1 **Запушване на Евстахиевата тръба**
Компресия, Стеноза, Стриктура } на Евстахиевата тръба

Други болести на Евстахиевата тръба

H69.0 **Отворена Евстахиевата тръба**

H69.8 **Други уточнени болести на Евстахиевата тръба**

H69.9 **Болест на Евстахиевата тръба, неуточнена**

Мастоидит и сродни състояния

H70.0 **Остър мастоидит**
Абсцес, Емпием } на мастоидния израстък

H70.1 **Хроничен мастоидит**
Кариес, Фистула } на мастоидния израстък

H70.2 **Петрозит**
Възпаление на pars petrosa (остро) (хронично)

H70.8 **Други мастоидити и сродни състояния**

H70.9 **Мастоидит, неуточнен**

Други болести на тъпанчето

H73.0 **Остър мирингит**
Остър тимпанит
Булозен мирингит
Не включва: с otitis media (H65-H66)

H73.1 **Хроничен мирингит**
Хроничен тимпанит
Не включва: с otitis media (H65-H66)

H73.8 **Други уточнени болести на тъпанчето**

H73.9 **Болест на тъпанчето, неуточнена**

Други увреждания на средното ухо и мастоидния израстък при болести, класифицирани другаде

H75.0* Мастоидит при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде
Туберкулозен мастоидит (A18.0†)

H75.8 Други уточнени болести на средното ухо и мастоидния израстък, класифицирани другаде

H82* Вестибуларни синдроми при болести, класифицирани другаде

Други болести на вътрешното ухо

H83.0 Лабиринтит

H83.1 Лабиринтна фистула

H83.2 Лабиринтна дисфункция
Повишена чувствителност
Хипофункция
Загуба на функции
} на лабиринта

H83.3 Шумови ефекти на вътрешното ухо
Акустична травма
Загуба на слуха от шумово въздействие

H83.8 Други уточнени болести на вътрешното ухо

H83.9 Болест на вътрешното ухо, неуточнена

Глухота, свързана с нарушение в провеждането на звука (кондуктивна) и невросензорна загуба на слуха

Включва: вродена глухота

Не включва: мутизъм, НКД (H91.3)
глухота БДУ (H91.9)
загуба на слуха:
- БДУ(H91.9)
- предизвикана от шум (H83.3)
- ототоксична (H91.0)
- внезапна (идиопатична) (H91.2)

H90.0 Двустранна кондуктивна (проводна) загуба на слуха

H90.1 Едностранна звукопроводна загуба на слуха с нормален слух на другото ухо

H90.2 Звукопроводна загуба на слуха, неуточнена
Глухота, свързана с нарушение в провеждането на звука, БДУ

H90.3 Двустранна невросензорна загуба на слуха

H90.4 Едностранна невросензорна загуба на слуха с нормален слух на другото ухо

H90.5 Невросензорна загуба на слуха, неуточнена
Вродена глухота БДУ
Намаление на слуха:
- централно
- неврогенно
- перцептивно
- сензорно

} БДУ

Невросензорна глухота БДУ

H90.6 Смесена звукопроводна и невросензорна глухота - двустранна

H90.7 Смесена звукопроводна и невросензорна глухота - едностранна, с нормален слух на другото ухо

H90.8 Смесена звукопроводна и невросензорна глухота, неуточнена

Друга загуба на слуха

Не включва: аномалии на слуховото възприятие (H93.2)
загуба на слуха, класифицирана в рубрика H90.–
ушна кал (H61.2)
загуба на слуха от въздействието на шум (H83.3)
психогенна глухота (F44.6)
преходна исхемична глухота (H93.0)

H91.0 Ототоксична загуба на слуха
При необходимост от идентифициране на токсичния агент се използва допълнителен код за външна причина (клас XX).

H91.2 **Внезапна идиопатична загуба на слуха**
Внезапна загуба на слуха БДУ

H91.9 **Загуба на слуха, неуточнена**
Глухота:
- БДУ
- високочестотна
- нискочестотна

Оталгия и отделяния от ухото

H92.0 **Оталгия**

H92.1 **Оторея**
Не включва: изтичане на гръбначномозъчна течност от ухото (G96.0)

H92.2 **Оторагия (кръвотечение от ухото)**
Не включва: травматична оторагия (кодът е според вида на травмата)

Други увреждания на ухото при болести, класифицирани другаде

H94.0* **Кохлеарен неврит при инфекциозни и паразитни болести, класифицирани другаде**
Кохлеарен неврит при сифилис (A52.1†)

H94.8* **Други уточнени увреждания на ухото при болести, класифицирани другаде**

Увреждания на ухото и мастоидния израстък след медицински процедури, некласифицирани другаде

H95.0 **Рецидивиращ холестеатом в кухината след мастоидектомия**

H95.1 **Други увреждания след мастоидектомия**
Хронично възпаление
Гранулация
Мукозна киста
} на кухината след мастоидектомия

H95.8 **Други увреждания на ухото и мастоидния израстък след медицински процедури**

H95.9 **Увреждане на ухото и мастоидния израстък след медицински процедури, неуточнено**

Неспецифичен лимфаденит

Не включва: остър лимфаденит, с изключение на мезентериален (L04.–)
увеличени лимфнивъзли БДУ (R59.–)
болест предизвикана от вируса на човешкия имунодефицит [HIV], водеща до генерализирана лимфаденопатия (B23.1)

I88.8 **Други неспецифични лимфаденити**

Остър синуит

Включва: абсцес
емпием
инфекция
възпаление
нагнояване
} остър (-ра)(-ро) на синус (допълнителен)(назален)

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95–B97).

Не включва: синуит, хроничен или БДУ (J32.–)

J01.0 **Остър максиларен синуит**
Остър антрит

J01.1 **Остър фронтален синуит**

J01.2 **Остър етмоидален синуит**

J01.3 **Остър сфеноидален синуит**

J01.4 **Остър пансинуит**

J01.8 **Друг остър синуит**
Остри синуите, включващи повече от един синус, но не пансинуити

Остър тонзилит (ангина)

Не включва: перитонзиларен абсцес (J36)
възпалено гърло:
- БДУ (J02.9)

- остро (J02.–)
- стрептококово (J02.0)

J03.0 Стрептококов тонзилит

J03.8 Остър тонзилит, предизвикан от други уточнени причинители

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95–B97)

Не включва: фаринготонзилит, предизвикан от вируса на herpes simplex (B00.2)

J03.9 Остър тонзилит, неуточнен

Тонзилит (остър):

- БДУ
- фоликуларен
- гангренозен
- инфекциозен
- улцерозен

Остър ларингит и трахеит

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95–B97)

Не включва: остър обструктивен ларингит[круп] и епиглотит (J05.–)
ларингизъм (стридор) (J38.5)

J04.0 Остър ларингит

Ларингит (остър):

- БДУ
- едематозен
- субглотисен
- гноен
- улцерозен

Не включва: хроничен ларингит (J37.0)
грипен ларингит, грипен вирус
- идентифициран (J10.1)
- неидентифициран (J11.1)

J04.1 Остър трахеит

Трахеит (остър):

- БДУ
- катарален

Не включва: хроничен трахеит (J42)

J04.2 Остър ларинготрахеит

Ларинготрахеит
Трахеит (остър) с ларингит (остър)

Не включва: хроничен ларинготрахеит (J37.1)

Остър обструктивен ларингит [круп] и епиглотит

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95 – B97).

J05.0 Остър обструктивен ларингит [круп]

Обструктивен ларингитБДУ

J05.1 Остър епиглотит

Епиглотит БДУ

Остри инфекции на горните дихателни пътища с множествена и неуточнена локализация

Не включва: остра респираторна инфекция БДУ (J22)
грипен вирус
- идентифициран (J10.1)
- неидентифициран (J11.1)

J06.0 Остър ларингофарингит

J06.8 Други остри инфекции на горните дихателни пътища с множествена локализация

Хроничен синуит

Включва: абсцес } хронични на синуса

емпием (допълнителен)(назален)
инфекция
нагнояване

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95–B97).

Не включва: остър синуит (J01.–)

J32.0 Хроничен максиларен синуит
Антрит (хроничен)
Максиларен синуит БДУ

J32.1 Хроничен фронтален синуит
Фронтален синуит БДУ

J32.2 Хроничен етмоидален синуит
Етмоидален синуит БДУ

J32.3 Хроничен сфеноидален синуит
Сфеноидален синуит БДУ

J32.4 Хроничен пансинуит
Пансинуит БДУ

J32.8 Други хронични синуити
Синуит (хроничен), включващ повече от един синус, но не пансинуит

Други болести на носа и носните синуси

Не включва: варикозна язва на носната преграда (I86.8)

J34.0 Абсцес, фурункул и карбункул на носа
Целулит
Некроза } на носа (преградата)
Улцерация

Болести на гласните връзки и ларинкса, некласифицирани другаде

Не включва: вроден стридор на ларинкса (Q31.4)
ларингит
- обструктивен (остър) (J05.0)
- улцерозен (J04.0)

следпроцедурно субглотисно стеснение (J95.5)
стридор (R06.1)

J38.0 Парализа на гласните връзки и ларинкса
Ларингоплегия
Парализа на глотиса

J38.4 Оток на ларинкса
Оток на:
- глотиса
- субглотиса
- супрагллотиса

Не включва: ларингит:
- остър обструктивен [круп] (J05.0)
- едематозен (J04.0)

J38.5 Спазъм на ларинкса
Ларингизъм (стридор)

Болести на слюнчените жлези

K11.2 Сиалоаденит
Не включва: епидемичен паротит (B26.—)
увеопаротитна треска [Heetfordt] (D86.8

K11.3 Абсцес на слюнчена жлеза

K11.4 Фистула на слюнчена жлеза
Не включва: вродена фистула на слюнчена жлеза (Q38.4)

Болести на езика

Не включва: еритроплакия
огнищна епителна хиперплазия
левкоедем
левкоплакия
} на езика (K13.2)

космата левкоплакия (K13.3)
макроглосия (вродена) (Q38.2)
субмукозна фиброза на езика (K13.5)

K14.0 Глосит
Абсцес
Улцерация (травматична) } на езика
Не включва: атрофичен глосит (K14.4)

Абсцес на кожата, фурункул и карбункул

Включва: фурункул
фурункулоза
Не включва: анална и генитална локализация (K61.—)
полови органи (външни):
• женски (N76.4)
• мъжки (N48.2, N49.—)

L02.0 Абсцес на кожата, карбункул и фурункул на лицето
Не включва: външно ухо (H60.0)
клепач (H00.0)
глава [всяка част без лицето] (L02.8)
слъзни:
• жлези (H04.0)
• канали (H04.3)
уста (K12.2)
нос (J34.0)
орбита (H05.0)
субмандибуларна област (K12.2)

L02.1 Абсцес на кожата, фурункул и карбункул на шията

Целулит

Включва: остър лимфангит
Не включва: целулит на:
- анална и ректална област (K61.–)
- външен слухов проход (H60.1)
- външни полови органи:
  - женски (N76.4)
  - мъжки (N82.2,N49.–)
- клепач (H00.0)
- слъзен апарат (H04.3)
- уста (K12.2)
- нос (J34.0)

еозинофилен целулит [Wells] (L98.3)
фебрилна неутрофилна дерматоза [Sweet] (L98.2)
лимфангит (хроничен) (субакутен) (I89.1)

L03.2 Целулит на лицето
L03.8 Целулит с други локализации
Глава [всяка област без лицето]
Окосмена част на главата

Остър лимфаденит

Включва: абсцес (остър) } на всеки лимфен възел без
лимфаденит (остър) } мезентериален
Не включва: увеличени лимфни възли (R59.–)
болест, предизвикана от вируса на човешкия имунодефицит [HIV], водеща до генерализирана лимфаденопатия (B23.1)
лимфаденит:
- БДУ (I88.9)
- хроничен или подостър, с изключение на мезентериален (I88.1)
- мезентериален, неспецифичен (I88.0)

L04.0 Остър лимфаденит на лицето, главата и шията

Неспецифични системни заболявания

M31.3 Грануломатоза на Вегенер

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

300 Процедури за изследване на външно ухо

90119-00 Отоскопия

370 Процедури за изследване на нос

41764-00 Ендоскопия на носни кухини
Риноскопия
Кодирай също когато е направена:
Биопсия на назофаринкс (41761-00 [375])

450 Стоматологичен преглед

97011-00 Цялостен преглед на устна кухина

416 Процедури за изследване на фаринкс

41764-02 Фиброоптично изследване на фаринкс
Фиброоптична фарингоскопия
Включва: назофаринкс
Кодирай също когато е направена:
• биопсия на интраназално пространство (41761-00 [375])

520 Процедури за изследване на ларинкса

Включва: биопсия
трахеоскопия

41849-00 Ларингоскопия
Директна ларингоскопия

41849-01 Индиректна ларингоскопия

41764-03 Фиброоптична ларингоскопия
Фиброоптична ларингоскопия

41855-00 Микроларингоскопия
Не включва: микроларингоскопия с изваждане на тумор или лезия (41864-00, 41861-00 [523])

1954 Компютърна томография на орбита (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56013-00 Компютърна томография на орбита

56013-01 Компютърна томография на орбита с интравенозна контрастна материя

56013-02 Компютърна томография на орбита и мозък

56013-03 Компютърна томография на орбита и мозък с интравенозна контрастна материя

1955 Компютърна томография на средно ухо и слепоочна кост (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350) [1966]

56016-00 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост,едностранно

56016-01 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-02 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, едностранно

56016-03 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, едностранно

56016-04 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост, двустранно

56016-05 Компютърна томография на средно ухо и темпорална кост с интравенозна контрастна материя, двустранно

56016-06 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък, двустранно

56016-07 Компютърна томография на средно ухо, темпорална кост и мозък с интравенозна контрастна материя, двустранно

1956 Компютърна томография на лицева кост и/или параназален синус (и мозък)

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56022-00 Компютърна томография на лицева кост

56028-00 Компютърна томография на лицева кост с интравенознаконтрастна материя
Компютърна томография на лицева кост без, след това с венозен контраст

56022-01 Компютърна томография на параназален синус

56028-01 Компютърна томография на параназален синус с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на околоносен синус без, след това с венозен контраст

56030-00 Компютърна томография на лицева кост, параназален синус и мозък
56036-00 Компютърна томография на лицеви кости, параназален синус и мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на лицева кост, околоносен синус и мозък без, след това с венозен контраст
56022-02 Компютърна томография на лицева кост и параназален синус
56028-02 Компютърна томография на лицева кост и параназален синус с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на лицева кост и околоносен синус без, след това с венозен контраст

1958 Компютърна томография на шия

Включва: ларинкс
фаринкс
слюнчена жлеза
горен хранопровод
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
тази за шиен гръбнак (виж блок [1959])
тази при сканиране на глава, корем и таз (56801-00, 56807-00 [1961])

56101-00 Компютърна томография меки тъкани на шия
56107-00 Компютърна томография меки тъкани на шия с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография меки тъкани на шия без, след това с венозен контраст

1951 Томография

60100-00 Томография
Не включва: компютърна томография (виж блокове [1952] до [1966])
такава с:
• холецистография (58924-00 [1976])
• венозна пиелография (58706-00 [1978])

1990 Друга ангиография

59754-00 Лимфангиография
Включва: последваща радиография

1967 Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])
57918-00 Рентгенография на слюнчена жлеза
Радиография на камък на слюнчена жлеза
Сиалография
57942-00 Палатофарингеално изследване
57939-00 Палатофарингеално изследване с флуороскопски скрининг
57945-00 Рентгенография на ларинкс
Включва: меки тъкани на врата
57902-00 Цефалометрия
Не включва: ортодонтска цефалометрия (57930-00, 57933-00 [1967])
57915-00 Рентгенография на мандибула
Не включва: тази при ортопантомография (57960-00 [1967])
тази на темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])
57930-00 Рентгенография на зъби
Зъбна радиография
Ортодонтска:
• цефалография
• цефалометрия
Не включва: тази на цяла уста (57933-00 [1967])
57933-00 Рентгенография на зъби, цяла уста
Не включва: ортопантомография (57960-00 [1967])
57960-00 Ортопантомография
57927-00 Рентгенография на темпоромандибуларна става
Не включва: артрография (59751-00 [1985])
57903-00 Рентгенография на параназален синус
57906-00 Рентгенография на мастоидна кост
57909-00 Рентгенография на петрозна темпорална кост
57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])

тази на:
• мастоидна кост (57906-00 [1967])
• околоносен синус (57903-00 [1967])
• петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

57915-00 Рентгенография на мандибула

Не включва: тази при ортопантомография (57960-00 [1967])
тази на темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])

57912-00 Рентгенография на друга лицева кост

Включва: маларна
максила
орбита

Не включва: тази на:
• мандибула (57915-00 [1967])
• нос (57921-00 [1967])
• темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])

57921-00 Рентгенография на нос

1988 Друга рентгенография

90903-00 Рентгенография на мека тъкан, некласифицирана другаде

1985 Артрография

59751-00 Артрография

Включва: контрастно изследване
предварителен общ план (обзорна графия)

1968 Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални посоки

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

1974 Рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: Бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: тези на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

1940 Ултразвук на глава или шия

55030-00 Ултразвук на орбитално съдържание

Ултразвук на око (двупланово) (еднопланово)

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
този за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

1846 Други диагностични тестове на ухо, нос, уста и гърло, измервания или изследвания

92026-00 Назални функционални изследвания

Риноманометрия

1845 Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

1827 Изследване евокирани отговори на централна нервна система

Включва: тези чрез компютризирано усреднени техники
Забележка: Едно изследване – един стимул в една точка
Второ или последващи изследвания – различен стимул в същата точка или друга точка на стимулиране
Не включва: тези, включващи аудиометрия (виж блок [1839])

11024-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, 1 или 2 изследвания

11027-00 Изследване на евокирани потенциали на централна нервна система, ≥ 3 изследвания

1849 Друго измерване на дихателна функция

11512-00 Непрекъснато измерване на връзка между въздушен поток и белодробен обем по време на вдишване и издишване
Спирометрия

11506-00 Други изследвания на дихателна функция
Дихателен функционален тест } БДУ
Спирометрия }

520 Процедури за изследване на ларинкса

Включва: биопсия
трахеоскопия

41849-01 Индиректна ларингоскопия

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларенстрес тест (11712-00 [1857])

11713-00 ЕКГ запис с осреднен сигнал
Включва: анализ, интерпретация и доклад за записа
този, включващ не повече от 300 удара, използвайки поне 3 отвеждания с придобиване на данни на не по-малко от 1000 Hz на поне 100 QRS комплекса

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1926 Микробиологични изследвания

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1927 Морфологични изследвания

91929-06 Микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за хистология

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1826 Невромускулна електродиагностика

ЕМГ [електромиография]:
- на ≥ 1 мускул(и)
- използвайки кръгови иглени електроди

Изследване на невромускулна проводимост

11012-00 Електромиография (ЕМГ)

Не включва: мускули на тазово дъно и анален сфинктер (11833-01 [1859])

1839 Слухови евокирани потенциали

11300-00 Аудиометрия на евокирани потенциали на мозъчен ствол
96173-00 Електрична слухова аудиометрия на стволов отговор
96050-00 Кортикален евокиран отговор аудиометрия
96051-00 Равновесно състояние – евокирани потенциали

1845 Тестове на вестибуларна функция

11339-00 Електронистагмография

1836 Тестове за слухова функция

11312-00 Аудиометрия на въздушна и костна проводимост, стандартна техника

1841 Импеданс аудиометрия

11324-00 Тимпанометрия чрез използване на сонда със стандартен тон
11324-01 Тимпанометрия чрез използване на сонда с високачестотен тон
96052-00 Акустичен рефлекс праг
96053-00 Акустично рефлексно разпадане
96054-00 Тест за дисфункция на евстахиева тръба

1843 Друга аудиометрия

11306-00 Друга аудиометрия

1820 Физиологична оценка

Забележка: Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други физикални тестове

Не включва: тези, които са част от:
- оценка на стареене (96023-00 [1824])
- тестване на развитие (96184-00 [1824])
- генетична оценка (96035-00 [1824])
- ментална или поведенческа оценка (96175-00 [1823])

96009-00 Слухово функционална оценка

Не включва: тази за определяне нужда от устройство, подпомагащо слуха (96024-00 [1822])

1916 Общи интервенции свързани с грижа за здравето

95550-06 Асоциирана здравна интервенция, аудиология

1845 Тестове на вестибуларна функция

11333-00 Топлинен тест на лабиринт
Окуловестибуларен тест
11336-00 Симултантен битермален термичен тест на лабиринт
Симултантен битермален окуловестибуларен тест
11339-00 Електронистагмография
96063-00 Оценка на вестибуларна функция чрез въртящ се стол

Включва: фиксирано подтискане
обикновено хармонично усилване
спонтанен нистагъм
трапецоиди

96064-00 Други тестове на вестибуларна функция

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

3. ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1880 Терапии с агенти, некласифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук

Не включва: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

64 Прилагане на невролитик в друг периферен нерв

Блокада на друг периферен нерв с невролитик

Включва: прилагане в спинални нерви:
- клон
- плексус
- корен

Не включва: това в:
- краниален нерв (виж блок [61])
- заден първичен клон на спинален нерв (39013-02 [62])
- симпатиков нерв (виж блок [66])

18292-00 Прилагане на невролитик в друг периферен нерв

Прилагане на невролитик в:
- дорзален коренов ганглий
- интервертебрален отвор

78 Деструкция на нерв

52824-00 Криотерапия на периферни клончета на тригеминалния нерв

Забележка: Извършвана за облекчаване на болка

61 Прилагане на анестетик в краниален нерв

Блокада на краниален нерв с невролитик

Забележка: извършвана за управление на болката

39100-00 Приложение на невролитик в първичен клон на тригеминалния нерв

Инжекция на:
- алкохол
- фенол

18290-00 Прилагане на невролитик в друг краниален нерв

768 Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
- балон
- спирали
- етанол
- желатинова гъба
- лепило
- пластмасови частици

катетеризация

35321-03 Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове, лице и шия

1880 Терапии с агенти, некласифицирани другаде

92178-00 Топлинна терапия

Хипертермична терапия

Включва: терапевтично поведение с използване на:
- загряващи превръзки
- инфрачервено облъчване
- микровълни
- къси вълни
- смоли

Забележка: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстракорпорално затопляне на кръвта. Хипертермия

може също да бъде използвана като допълнение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирано от микровълни, ултразвук, ниско-енергийни радиочестотно провеждане или сондиране.

Кодирай също когато е направена:
- химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)
- радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация)
термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна)
термокератопластика (90064 [173])
термосклеротомия (42746-03 [191])
термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])

92178-00 Топлинна терапия

Хипертермична терапия

Включва: терапевтично поведение с използване на:
- загряващи превръзки
- инфрачервено облъчване
- микровълни
- къси вълни
- смоли

Забележка: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстракорпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана като допълнение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирано от микровълни, ултразвук, ниско-енергийни радиочестотно провеждане или сондиране.

Кодирай също когато е направена:
- химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)
- радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация)
термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна)
термокератопластика (90064 [173])
термосклеротомия (42746-03 [191])
термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])

1628 Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

Не включва: такава:
- чрез личинки дебридман терапия (MDT) (96210-00 [1604])
- от изгаряне (30017-01, 30020-00, 90686-00 [1627])

90686-01 Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан

Неексцизионен дебридман на:
- инфекция
- язва
- рана

Отстраняване на девитализирана тъкан, некроза и ескари чрез методи като:
- четкане
- иригация (под налягане)
- триене
- миене

Аспирационна вакумираща превръзка

1884 Имунизация

92179-00 Имунизация при алергия

Десенситизация

Не включва: приложение на змийски протеин (96195 [1884])

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти за системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])

• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920]

Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Прилагане на фармакотерапия
Антибактериален
Антибиотик
Противогъбен
Антипротозоен
Противовирусен

Не включва: когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния (-00)

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп

	• венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент *Кодирай също когато е направена:* • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) Прилагане на фармакотерапия
96206-03	Неуточнено приложение на фармакологичен агент, стероид Кортикостероиди *Не включва:* когато са използвани за лечение на неоплазми и/или свързани с тях състояния
96206-09	Неуточнено приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури, насочени към основната диагноза.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Ушно-носно-гърлени болести“, осъществявана най-малко първо на ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Ушно-носно-гърлени болести”, от обхвата на медицинската специалност „Лицево-челюстна хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Лицево-челюстна хирургия“, от обхвата на медицинската специалност „Педиатрия“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия“ (само за код по МКБ-10 J03.0 и J03.8 за деца до 3 години)“.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ.

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК и съгласно изискванията в съответните медицински стандарти.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Структура/клиника/отделение по УНГ или отоневрология или Клиника/отделение по ЛЧХ или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Клинична лаборатория*
3. ОАИЛ/КАИЛ (за лица под 18 години)

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК и съгласно изискванията в съответните медицински стандарти.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
2. Рентгенов апарат за скопия и графия

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

За изпълнението на КП се изискват брой специалисти, съгласно нивата в съответните медицински стандарти.

За изпълнението на КП се изискват брой специалисти, съгласно нивата в съответните медицински стандарти.

– в клиника/отделение по ЛЧХ – най-малко двама лекари със специалност ("Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия" и/или "Лицево-челюстна хирургия"), от които поне един със специалност "Лицево-челюстна хирургия";

или

– в клиника/отделение по УНГ - двама лекари, от които един с призната специалност по "Ушни-носни-гърлени болести"

- в клиника/отделение по детска хирургия II-ро ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“- най-малко двама лекари, които притежават призната медицинска специалност по детска хирургия или единият от тях е с призната медицинска специалност по детска хирургия, а другият с призната специалност по обща хирургия. Най-малко един от тях трябва да притежава сертификат за лапароскопия и един за торакоскопия.

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

- лекар със специалност по педиатрия.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Диагностично уточняване и парентерално консервативно лечение на болни, при които са изчерпани възможностите за амбулаторно лечение по повод:

- остри възпалителни заболявания на УНГ органите;
- остри възпалителни заболявания на кожата на лицето, шията и главата с вирусна или бактериална етиология;

- остри възпалителни заболявания на лигавицата на устната кухина с вирусна или бактериална етиология;
- остри възпалителни заболявания на меките тъкани и челюстните кости, неизискващи хирургична намеса;
- остри възпалителни заболявания на слюнчените жлези и сиалолитиаза, с неголеми размери на камъка;
- повърхностни и закрити травми на главата, лицето и шията.

Диагностично уточняване и парентерално консервативно лечение при:
амбулаторно лекувани заболявания на черепно-мозъчните нерви без благоприятно повлияване;

- специфични и неспецифични заболявания на ЛОР органите;
- вродени и придобити заболявания на езика;
- наличие на отологично заболяване - възпаление на средното ухо, намаление на слуха по сензоневрален или кондуктивен тип.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5б). ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-терапевтичен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания при хоспитализация по спешни индикации се извършва до 6 час от постъпването. В случаите извън спешност вземането на биологичен материал се извършва до 24 час. Други медико-диагностични изследвания - образни или инструментални се извършват до 48 час от постъпването.

Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променени показатели се извършват задължително до края на хоспитализацията.

Лечението е консервативно – въвеждане или инфузия на лечебно или профилактично средство, както и използване на физикални (ултразвук, лазер, йонофореза) методи.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клинични и параклинични и/или микробиологични данни.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:
Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- стихване на възпалителните прояви;
- липса на фебрилитет;
- липса на значими субективни оплаквания;
- стихване на симптоми, свързани с усложненията.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в "История на заболяването" (ИЗ).

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Консервативно лечение в областта на ушите, носа и гърлото и лицевата област се прилага когато за лечението не са необходими операции от какъвто и да е характер. Основните цели при това лечение са възстановяването на функцията на увредения орган чрез медикаменти.

Лечението на някои от тези заболявания на лицето може да налага използуването на комбинация от консервативно и хирургично лечение.

КП № 141 ТРАНСУРЕТРАЛНО ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ПИКОЧНИЯ МЕХУР

1.Минимален болничен престой – 2 дни

3.КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Ендоскопска резекция на мехурна лезия или тъкан	
	Включва: цистоскопия дилатация на уретра *Не включва*: чрез деструкция (36840-03, 36845 [1096]) при дивертикул на мехура (37020-00 [1103])
36840-02	Ендоскопска резекция на единична лезия на пикочен мехур ≤ 2 см или мехурна тъкан Ендоскопска резекция на единичен тумор на мехура БДУ
36845-04	Ендоскопска резекция на единична лезия на пикочен мехур > 2 см в диаметър
36845-05	Ендоскопска резекция на множество лезии на пикочен мехур
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко II ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология", съгласно медицински стандарт „Урология".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или хирургично отделение
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
5. Клинична лаборатория

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Клинична микробиология – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Примки за трансуретрална монополарна резекция	НЗОК не заплаща посочените изделия
Примки за трансуретрална биполарна резекция	НЗОК не заплаща посочените изделия
Световоди за лазерна резекция	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по урология – четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) Индикации за хоспитализация

А) Диагностика и оперативно лечение при болни с онкологични заболявания на пикочния мехур, независимо от стадия, с необходимост от трансуретрална ексцизия или деструкция на лезия или тъкан, поради проява на:

- случаите с профузна хематурия, неовладяна по консервативен път;
- изразена вторична анемия;
- хемотампонада на пикочния мехур;
- ОБН в резултат на обструктивна уростаза.

Б) Диагностика и оперативно лечение на:

- болни с онкологично заболяване на пикочния мехур и наличието на диагностициран тумор на пикочния мехур, независимо от клиничните прояви и стадии по TNM класификация - T1-3, N0-2, M0-1, което обуславя необходимостта от трансуретрална ексцизия или деструкция на лезия или тъкан;
- болни с туморно заболяване на пикочния мехур и/или наличието на диагностицирано: туморно новообразуване на пикочния мехур, независимо от клиничните прояви, обуславящ необходимост от трансуретрална ексцизия или деструкция на лезия.

б) Диагностично-лечебен алгоритъм

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

А) Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Б) Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

С) Осигуряване на биопсичен материал за патоанатомично изследване

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

След поставена диагноза и определени индикации за оперативно лечение, при липса на противопоказания от страна на общия статус и извършена предоперативна подготовка, се извършва съответната оперативна процедура.

Хирургична манипулация по повод на тумор на пикочния мехур - трансуретрална резекция.

Трансуретралната резекция е радикална и палиативна манипулация по повод на тумор на пикочния мехур в указаните стадии.

Непосредствено след операцията (но не по-късно от 24-я час) е препоръчителна еднократна интравезикална инстилация на химиотеапевтичен агент за локално приложение. Тази процедура е контраиндицирана в случаите на палиативна трансуретрална резекция, при явна или предполагаема перфорация на пикочния мехур, или при профузна хематурия, налагаща промивки.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

След задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост при онкологичните заболявания и стадий на тумора по TNM-класификация.

В случаите, когато хистологичният резултат не потвърждава злокачествено заболяване, тази КП може да се отчита с код D30.3.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПРИ ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерий за дехоспитализация

Дехоспитализацията при пациентите, страдащи от онкологично заболяване на пикочния мехур и/или простата, се извършва след контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) при следните условия:

- осъществена трансуретрална оперативна интервенция с взет биопсичен материал;
- липса на значими субективни оплаквания;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- осигурен уринен дренаж.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

а) ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

б) ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

в) ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

г) ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

д) ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ № 4) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Туморите на пикочния мехур са едно от най-често срещаните злокачествени заболявания на пикочо-половата система. Не са напълно изяснени всички фактори за развитието на това заболяване, но със сигурност се знае, че тютюнопушенето е един от тях.

Клиничната картина, с която се проявява туморът на пикочния мехур, включва: на първо място е появата на кръв в урината, с или без наличието на съсиреци. Трябва да се знае, че това често е единственият симптом на това заболяване.

Други, не толкова характерни симптоми, са дизуричните смущения, честото уриниране. Тъй като наличието на кръв в урината често е единственият признак, то появата, дори еднократно, е алармиращ симптом, който трябва да се уточни с всички необходими изследвания, назначени от лекуващия лекар.

Лечение

Трансуретралната резекция на туморите на пикочния мехур е метод на избор при повърхностните тумори. Друго важно значение за ефикасността на този метод на лечение е разположението на тумора в пикочния мехур, както и размерите му.

Трансуретралната резекция е изключително ефективен метод на лечение на това заболяване, с кратък постоперативен период.

Пациентите, лекувани за тумор на пикочния мехур чрез трансуретрална резекция, подлежат на периодични контролни прегледи по определена схема.

Повече информация за Вашето заболяване и лечението му ще получите от лекуващия Ви лекар.

КП № 142 РАДИКАЛНА ЦИСТОПРОСТАТЕКТОМИЯ С ОРТОТОПИЧЕН ПИКОЧЕН МЕХУР

1. Минимален болничен престой – 7 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Цистектомия

37014-00 Тотална ексцизия на пикочен мехур
Кодирай също когато е направена:
• формиране на незадържащ чревно-уринарен резервоар (илеален или колон кондуит) (36600-02 [1129])
• хистеректомия (виж блок [1268])
• тазова лимфна дисекция, радикална (90282-02 [811])

Други процедури на пикочна система

36600-02 Формиране на инконтинентен чревен пикочен резервоар
Изграждане на илеален или дебелочревен кондуит
Включва: изграждане на кожна абдоминална стома
изолиране на чревен сегмент (резекция и анастомоза)
реимплантация на уретери

36606-00 Формиране на континентен чревен пикочен резервоар
Включва: изграждане на:
• кожна абдоминална стома
• невъзвратна клапа
изолиране на чревен сегмент (резекция и анастомоза)
реимплантация на уретери

36606-03 Формиране на континентен чревен пикочен резервоар с прикрепване на резервоар към уретрата
Изграждане на нов мехур
Включва: изолиране на чревен сегмент (резекция и анастомоза)
реимплантация на уретери

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени две основни оперативни процедури и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение III ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология", съгласно медицински стандарт „Урология".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология
2. Операционен блок/зали
3. Клинична лаборатория II или III ниво на компетентност
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
5. Отделение/лаборатория по клинична патология с възможност за експресни хистологични изследвания
6. ОАИЛ/КАИЛ

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АППАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за аппаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Вирусологична лаборатория
2. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния

3. Нуклеарно-медицинско звено
4. Микробиологична лаборатория, вкл. за изследване на анаероби и хламидии – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Урологични протези	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Стентове тип "JJ"	НЗОК не заплаща посочените изделия
Автоматични уширватели	НЗОК не заплаща посочените изделия
Степели (клипсери)	НЗОК не заплаща посочените изделия
Хемостатични средства – хемостатична пудра и рекомбинантен фактор VII	НЗОК не заплаща посочените препарати
Консумативи за ендоскопска и роботасистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- шест лекари, от които четирима с придобита специалност по урология, един от които със стаж над 5 (пет) години по специалността;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

1.1. Перкутанна или отворена пиелостомия (по спешност при уростаза)

1.2. Радикална цистектомия със заместване на пикочния мехур с ортотопичен мехур от илеум при пациенти с:

- профузна хематурия, неовладяна по консервативен път и изразена вторична анемия;
- хемотампонада на пикочния мехур;
- ОБН в резултат на обструктивна уростаза;
- болни с доказан напреднал тумор на пикочния мехур, независимо от клиничните прояви. По TNM класификация T1-3 N1-2 M0- 1.

б)Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

2.1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2.2. Образни изследвания се извършват до 72 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

2.3.Осигуряване на биопсичен материал за патоанатомично изследване.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

След поставена диагноза и определени индикации за оперативно лечение, при липса на противопоказания от страна на общия статус и извършена предоперативна подготовка, се извършва съответната оперативна процедура.

Хирургичните манипулации по повод на тумор на пикочния мехур и/или простатната жлеза са:

- радикална цистектомия със заместване на пикочния мехур с ортотопичен мехур от илеум;
- перкутанна или отворена пиелостомия (по спешност при уростаза);
- хемодиализа (по спешност при ОБН).

Радикалната цистектомия при мъжете включва премахване на пикочния мехур, на простатната жлеза с капсулата и семенните мехурчета и част от двата дуктуса, както и отстраняване на регионалните лимфни възли във форамен обтуратум и покрай илиачните съдове до бифуркацията на аортата.

Радикалната цистектомия при жените включва премахване на пикочния мехур, на матката, яйчниците, тръбите и проксималните две трети от влагалището, както и отстраняването на регионалните лимфни възли във форамен обтуратум и покрай илиачните съдове до бифуркацията на аортата.

И при двата пола може да се наложи резекция на части от ректума и сигмата.

При създаване на новия пикочен мехур от илеум, се премахва и апендикса, когато е налице.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин, а за овладаяване и профилактика на кръвотечение и хематоми се препоръчва използването на хемостатична гъба.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализацията при пациентите, страдащи от онкологично заболяване на пикочния мехур и/или простата, се извършва при следните условия:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- липса на патологични процеси в областта на коремния разрез и/или областта на операцията.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Туморите на пикочния мехур са едно от най-често срещаните злокачествени заболявания на пикочо - половата система. Не са напълно изяснени всички фактори за развитието на това заболяване, но със сигурност се знае, че тютюнопушенето е един от тях.

Клиничната картина, с която се проявява тумора на пикочния мехур, е следната: на първо място е появата на кръв в урината, със или без наличие на съсиреци. Трябва да се знае, че това често е единственият симптом на това заболяване.

Други, не толкова характерни симптоми, са дизуричните смущения и честото уриниране. Тъй като наличието на кръв в урината често е единственият признак, то появата, дори еднократно, е алармиращ симптом, който трябва да се уточни с всички необходими изследвания назначени от лекуващия лекар.

След провеждане на необходимите изследвания, в зависимост от размера, разположението на тумора, инфилтрацията на мехурната стена и наличието или не на придружаващи заболявания, се избира метод за оперативно лечение на заболяването.

Най - съвременният оперативен метод за лечение на напреднал тумор на пикочния мехур, е радикалната цистопростатектомия със създаване на ортотопичен пикочен мехур от илеум. Радикалната цистектомия при мъжете влючва премахване на целия пикочен мехур, простатна жлеза, семенни мехурчета, както и всички лимфни възли на малкия таз. При жените радикалната цистектомия включва премахване на пикочния мехур, матката, яйчниците и всички лимфни възли на малкия таз. Следва заместването на пикочния мехур от резервоар, създаден от тънко черво, свързан с уретерите и уретрата. Операцията се извършва на един етап.

Преди изписването от лечебното заведение, пациентът и близките му се обучават за начините за поддържане на проходимостта на уретралния катетър в постоперативния период.

Повече информация относно Вашето заболяване и лечението му ще получите от лекуващия Ви лекар.

КП № 143 ТРАНСУРЕТРАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Трансуретрална простатектомия	
	Включва: цистоскопия супрапубична цистотомия уретроскопия
	Не включва: трансуретрална лазер индуцирана простатектомия под ултразвуков контрол[TULIP] (37207-00[1166])
37203-00 □1420	Трансуретрална резекция на простата (TURP)
	Трансуретрална ендоскопска простатектомия
	Включва: такава извършена чрез: • студен наконечник • диатермия
37203-02	Трансуретрална електровапоризация на простата
Друга затворена простатектомия	
37203-05	Високоинтензивен фокусиран ултразвук (HIFUS) (трансректално) на простата
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

При трансуретрална резекция на простатата (ТУР-П) не се допуска повторна хоспитализация по тази КП в рамките на 6 месеца след дехоспитализацията.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко II ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология съгласно медицински стандарт „Урология“.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или хирургично отделение
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
5. Клинична лаборатория

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Клинична микробиология – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Примки за трансуретрална монополарна резекция	НЗОК не заплаща посочените изделия
Примки за трансуретрална биполарна резекция	НЗОК не заплаща посочените изделия
Световоди за лазерна процедура	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по урология - четрима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. Диагностика и оперативно лечение чрез трансуретрална простатектомия при болни със заболяване на простатната жлеза, показани за оперативно лечение и необходимост от спешна оперативна интервенция в случаите с проява на някои от следните симптоми:

- ретенция на урината;
- уроинфекция с фебрилитет;
- случаите с профузна хематурия, неовладяна по консервативен път;
- хемотампонада на пикочния мехур;
- ОБН в резултат на обструктивна уростаза.

1.2. Диагностика и оперативно лечение чрез трансуретрална простатектомия при болни с доказано злокачествено заболяване на простатната жлеза, предизвикващо обструкция, показани за оперативно лечение чрез трансуретрална простатектомия.

1.3. Оперативно лечение чрез трансуретрална простатектомия при данни за доброкачествена простатна хиперплазия и проява на симптоми от обструктивен и възпалителен тип, показани за оперативно лечение чрез трансуретрална простатектомия.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

2.1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2.2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

2.3. Осигуряване на биопсичен материал за патоанатомично изследване

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

Хирургичните манипулации по повод на доброкачествена хиперплазия на простатата са:

- трансуретрална резекция на простатата - (ТУР-П);

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

След хистологично изследване и патоморфологична диагноза. При злокачествени заболявания - след определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- осигурен уринен дренаж.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на процедурата.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Доброкачествената простатна хиперплазия (ДПХ) е широко разпространено заболяване. Причините, водещи до развитието й, не са напълно изяснени. Все пак, като два основни фактора се посочват напредването на възрастта и наличието на тестикуларни хормони. Други фактори, оказващи влияние, са: расата, хранителният режим, начина на живот. ДПХ се развива във възрастта след 50 години.

Основните симптоми са затруднено начало на уринирането, тънка струя, на моменти с прекъсване, често уриниране, особено нощем. Болните имат чувство за непълно изпразване на мехура след края на микцията, често имат неотложен позив за уриниране. При напредване на заболяването се увеличава количеството остатъчна урина в пикочния мехур, водещо да поддържане на трайна инфекция. В някои случаи след прием на пикантни храни, злоупотреба с алкохол, дълго заседяване на място, се провокира заболяването до невъзможност за спонтанно уриниране.

ДПХ е заболяване с прогресивен ход и лечението му е задължително, с оглед избягване на усложненията. Начинът на лечение се определя след консултация със специалист уролог, при обективна оценка на състоянието и резултатите от проведените изследвания.

Трансуретрална резекция (ТУР) - през уретрата (пикочния канал) се въвежда специален, високотехнологичен инструмент в пикочния мехур, с който простатният аденом под оптичен контрол се изрязва на части. След щателно кръвоспиране се поставя уретрален катетър и при необходимост се включва промивна система. Продължителността на нейното действие зависи от степента на наличното кървене - средно до 36-тия час от операцията.

Средният следоперативен престой е до 5 дни.

Катетърът се сваля преди изписването, ако други фактори не налагат по-дългия му престой (уретрална стриктура и др.)

Повече информация за Вашето заболяване и методите за лечение ще получите от лекуващия Ви лекар.

КП № 144 ОТВОРЕНИ ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕНА ХИПЕРПЛАЗИЯ НА ПРОСТАТНАТА ЖЛЕЗА И НЕЙНИТЕ УСЛОЖНЕНИЯ

1. Минимален болничен престой – 5 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Отворена простатектомия	
	Включва: супрапубична цистотомия
37200-03	Супрапубична простатектомия Трансвезикална простатектомия
37200-04	Ретропубична простатектомия
Друга затворена простатектомия	
	Включва: цистоскопия супрапубична пробивна цистотомия уретроскопия
37203-03	Криоаблация на простата Криопростатектомия Криохирургия на простата
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на всички Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко II ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология", съгласно медицински стандарт „Урология".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или хирургично отделение
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
5. Клинична лаборатория

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ е длъжно да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
2. Отделение/лаборатория по клинична патология
3. Клинична микробиология – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по урология - четрима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

1.1. Диагностика и оперативно лечение чрез отворен метод на болни с доброкачествено заболяване на простатната жлеза, показани за оперативно лечение и необходимост от спешна оперативна интервенция в случаите с проява на някои от следните симптоми:

- ретенция на урината;
- уроинфекция с фебрилитет;
- случаите с профузна хематурия, неовладяна по консервативен път;
- изразена вторична анемия;
- хемотампонада на пикочния мехур;
- ОБН в резултат на обструктивна уростаза.

1.2. Диагностика и оперативно лечение чрез отворен метод на болни с доброкачествено заболяване на простатната жлеза и проява на симптоми от обструктивен и възпалителен тип без остра изява, показани за оперативно лечение чрез отворен метод.

б)Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

2.1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2.2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

2.3. Осигуряване на биопсичен материал за патоанатомично изследване.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

Отворените операции по повод на доброкачествена хиперплазия на простатата се разделят на няколко типа според оперативния достъп. Вида на операцията се определя след оценка на общото състояние, придружаващите заболявания, големината на жлезата и др.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща lidocaine и dexamethasone.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно при неонкологичните заболявания, след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза.

При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализацията при отворена операция се извършва при следните условия:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- липса на патологични процеси в областта на разреза и/или областта на операцията.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Доброкачествената простатна хиперплазия (ДПХ) е широко разпространено заболяване. Причините, водещи до развитието й, не са напълно изяснени. Все пак, като два основни фактора се посочват напредването на възрастта и наличието на тестикуларни хормони. Други фактори, оказващи влияние, са: расата, хранителния режим, начина на живот. ДПХ се развива във възрастта след 50 години.

Основните симптоми са затруднено начало на уринирането, тънка струя, на моменти с прекъсване, често уриниране, особено нощем. Болните имат чувство за непълно изпразване на мехура след края на микцията, често имат неотложен позив за уриниране. При напредване на заболяването се увеличава количеството остатъчна урина в пикочния мехур, водещо да поддържане на трайна инфекция. В някои случаи след прием на пикантни храни, злоупотреба с алкохол, дълго заседяване на място, се провокира заболяването до невъзможност за спонтанно уриниране.

ДПХ е заболяване с прогресивен ход и лечението му е задължително, с оглед избягване на усложнения.

Урологът ще извърши необходимите изследвания:

- анамнеза;
- преглед;
- ехография;
- венозна урография;
- уретроцистоскопия.

След първоначалното уточняване на Вашето състояние, лекарят - уролог ще ви предложи съответния най-подходящ метод за лечение.

Оперативните методи за лечение се прилагат при големи простатни аденоми, изчерпани възможности на предхождаща консервативна терапия, наличие на голямо количество остатъчна урина в пикочния мехур, чести инциденти на хематурия (кръв в урината).

Отворената операция представлява хирургично отстраняване на простатния аденом. Най-често се използва долен срединен разрез на коремната стена. Чрез някои от познатите методи простатният аденом се излющва, осъществява се кръвоспиране, поставят се необходимите катетри и дренажи. Включва се промивна система.

След операцията може да бъдете настанени в интензивно отделение до стабилизиране на общото Ви състояние.

Катетърът се сваля преди изписването, ако други фактори не налагат по-дългия му престой.

Повече информация за Вашето заболяване и лечението му ще получите от лекуващия лекар.

КП № 145 ЕНДОСКОПСКИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ НА ГОРНИТЕ ПИКОЧНИ ПЪТИЩА

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Нефростомия или пиелостомия

36624-00 Перкутанна нефростомия
□ 1417
Аспирация на бъбречна киста
Бъбречна пункция

Ендоскопска манипулация или екстракция на уретерни камъни

36857-00 Ендоскопска манипулация или екстракция на уретерен камък без уретероскопия

36803-02 Ендоскопска манипулация на уретерен камък чрез уретероскопия
Включва: цистоскопия
дилатация на уретра

36806-02 Ендоскопска екстракция на уретерен камък чрез уретероскопия
Включва: цистоскопия
дилатация на уретра

Изследване на уретер

36612-01 Изследване на уретер

Други процедури на уретер

90358-00 Други процедури на уретер

Други инцизионни процедури на уретер

36830-00 Ендоскопска уретерна меатотомия
Включва: цистоскопия

Процедури за изследване на уретер

36803-00 Уретероскопия
Изваждане на чуждо тяло от уретера без инцизия

Биопсия на уретер

36806-00 Ендоскопска биопсия на уретер
Трансуретрална биопсия на уретер
Включва: цистоскопия
дилатация на уретра

Ендоскопска уретерна катетеризация

36824-00 Ендоскопска уретерна катетеризация, едностранна

36824-01 Ендоскопска уретерна катетеризация, двустранна

Процедури за поставяне, подмяна или премахване на уретерен стент

Включва: цистоскопия
уретероскопия
дилатация на уретра

36821-01 Ендоскопско поставяне на уретерен стент
Ендоскопско поставяне на JJ стент
Не включва: с подмяна (36821-03 [1067])

36821-03 Ендоскопска подмяна на уретерен стент

Ендоскопска подмяна на JJ стент

36833-01 Ендоскопско отстраняване на уретерен стент
Ендоскопско изваждане на JJ стент
Не включва: с подмяна (36821-03 [1067])

Деструктивни процедури върху бъбрек

36639-00 Перкутанна нефроскопия с фрагментация и екстракция на ≤ 2 камъка
Включва: антеградна пиелоскопия
фрагментация чрез:
• електрохидравлични шокови вълни
• лазер
• ултразвук
поставяне на дренажна (нефростомна) тръба

36645-00 Перкутанна нефроскопия с фрагментация и екстракция на единичен камък ≥ 3 см в диаметър или ≥3 камъка
Включва: антеградна пиелоскопия
фрагментация чрез:
• електрохидравлични шокови вълни
• лазер
• ултразвук
поставяне на дренажна (нефростомна) тръба

36656-00 Ретроградна пиелоскопия с фрагментация на бъбречен камък
Включва: цистоскопия
фрагментация чрез:
• електрохидравлични шокови вълни
• лазер
• ултразвук
уретероскопия
дилатация на уретра
Не включва: екстракция на бъбречен камък (36656-01 [1046])

36656-01 Ретроградна пиелоскопия с фрагментация и екстракция на бъбречен камък
Включва: цистоскопия
фрагментация чрез:
• електрохидравлични шокови вълни
• лазер
• ултразвук

	уретероскопия дилатация на уретра
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Оперативна процедура с код (36612-01 Изследване на уретер) задължително се извършва и отчита с процедура с код (36803-00 Уретероскопия, Изваждане на чуждо тяло от уретера без инцизия).

При заболявания, налагащи ендоскопски процедури за преодоляване на обструкция на горните пикочни пътища, може да се извърши процедура с код „уретерна катетеризация“ (36824-00 ендоскопска уретерна катетеризация, едностранна, 36824-01 ендоскопска уретерна катетеризация, двустранна) или с код „перкутанна нефростомия без фрагментация“ (36624-00 перкутанна нефростомия).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко на второ ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология”, съгласно медицински стандарт „Урология“ и от обхвата на медицинската специалност “Образна диагностика”, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Образна диагностика" (само за процедура с код 36624-00).

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или хирургично отделение
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
5. Клинична лаборатория

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Клинична микробиология – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Урологични протези	НЗОК не заплаща посочените изделия
Стентове тип “JJ”	НЗОК не заплаща посочените изделия
Лазерни, електромагнитни и други сонди	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сет за перкутанна нефростома	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Уретрален стент – еднократен върху горните пикочни пътища	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по урология – четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за клиника/отделение по урология – четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.
Не се изисква консултация с анестезиолог, в случай, че манипулацията се извършва с локална анестезия.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

1.1. Ендоскопска диагностика и лечение на болни с уретерен конкремент или друга причина за обструкция при наличие на следния комплекс от клинични данни и резултати от медико-диагностични изследвания:

- продължителна и неповлияваща се от консервативно лечение бъбречна колика;
- данни от образни изследвания за застойни промени в горните пикочни пътища и/или наличието на конкремент;
- проява на повече от един от следните симптоми: силна болка и тежест в лумбалната област; олигурия/анурия; гадене и/или повръщане; положително succussio renalis.

1.2. Ендоскопска диагностика и лечение на болни, провеждащи амбулаторно лечение с персистиране на симптоматиката от уринната обструкция в горните пикочни пътища (ГПП) в резултат от уретерен конкремент или друга причина.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Ендоскопските оперативни техники са съвременни и ефективни методи за лечение на конкременти в бъбрека и уретера. Показанията за избор на друг метод на лечение се определят след задължителна консултация от уролог.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

След провеждане на образни и клинико-лабораторни изследвания.

7. ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

7.1. Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- осигурен уринен дренаж (спонтанен или чрез стент).

7.2. Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на процедурата, в т. ч.:

7.3. контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;

7.4. продължаване на лечението;

7.5. рехабилитация в болнични или домашни условия;

7.6. амбулаторно наблюдение/диспансеризация.

След провеждане на ендоскопски операции, на пациента задължително се извършва ехография и/или обзорна рентгенография, резултатите, от които се записват в ИЗ и епикризата на пациента.

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Бъбречно-каменната болест е едно от най-широко разпространените заболявания, а бъбречната криза е най-честият и характерен симптом на това заболяване. Причините за образуването на камъните са разнообразни и включват климатичните условия, хигиенно-диетичният режим, наличието на инфекция на пикочните пътища. Особено голямо влияние оказва наличието на вродени или придобити пречки по хода на пикочните пътища, предизвикващи застой в бъбреците.

Клиничната картина на бъбречно-каменната болест е в зависимост от големината, размера и локализацията на конкремента. Съществено значение има и наличието или не на застой в пикочните пътища. Най-характерният симптом е болката в лумбалната област и по хода на уретера. Тя може да е с различна сила, от тъпа до много силна, режеща болка съпроводена с гадене и повръщане.

Бъбречно-каменната болест е сериозно заболяване, изискващо своевременно и адекватно лечение с оглед избягване на усложненията. Диагностицирането и лечението на заболяването изисква задължителен преглед от специалист уролог и провеждането на множество изследвания за избор на най-ефективен метод на лечение.

Почти всички камъни могат да се лекуват чрез ендоскопски операции. Преимуществото им е малкият постоперативен период, бързото възстановяване на пациента и липсата на сериозни противопоказания за извършването им.

Повече информация за Вашето заболяване и лечението му ще получите от лекуващия Ви лекар.

КП № 146 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ВРОДЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ПИКОЧО-ПОЛОВАТА СИСТЕМА

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Инцизионни процедури на уретра	
36854-01	Ендоскопска инцизия на външния уретрален сфинктер
	Включва: цистоуретроскопия дилатация на уретра уретроскопия
Възстановяване на хипоспадия	
37821-00	Дистална хипоспадия, едноетапно възстановяване
37833-00	Хипоспадия, възстановяване на следоперативна уретрална фистула
37818-00	Гланулопластика при хипоспадия
	Включва: всяка процедура за преместване на меатус
37354-00	Меатототомия и хемициркумцизия за хипоспадия
37830-00	Хипоспадия, поетапно възстановяване, втори етап
37824-00	Проксимална хипоспадия, едноетапно възстановяване
Възстановяване при еписпадия	
37836-00	Еписпадия, поетапно възстановяване, първи етап
37839-00	Еписпадия, поетапно възстановяване, втори етап
37842-00	Еписпадия, вторично възстановяване
	Включва: затягане шийката на пикочния мехур
37842-01	Еписпадия, вторично възстановяване с уретерна реимплантация
	Включва: затягане шийка на пикочен мехур
Инцизионни процедури на уретра	
37321-00	Външна уретрална меатотомия
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на всички Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко II ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология”, съгласно медицински стандарт „Урология“, в клиника/отделение III ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", съгласно "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или хирургично отделение или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4. ОАИЛ/КАИЛ
5. Клинична лаборатория
6. Апаратура за КАТ или МРТ, разположени на територията на болницата (за Клиника/отделение по детска хирургия)

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
2. Отделение/лаборатория по клинична патология
3. Клинична микробиология – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по урология – четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за клиника/отделение по урология – четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;

или

пет лекари със специалност по детска хирургия;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ:

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а)ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Оперативно лечение на пациенти с диагностицирани вродени заболявания на пикочо-половата система, налагащи отворена оперативна интервенция.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента. При лица до 18 г. възраст образни изследвания се извършват по преценка.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

След поставена диагноза и определени индикации за оперативно лечение при липса на противопоказания от страна на общия статус, извършена предоперативна подготовка, се извършва съответната оперативна процедура.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Интра- и постоперативно.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализацията при пациентите, страдащи от вродени заболявания на пикочо-половата система, се извършва при следните условия:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- осигурен уринен дренаж;
- липса на значими субективни оплаквания;
- липса на патологични процеси в областта на на операцията.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Хипо- и еписпадията са вродени аномалии в дължината и разположението на уретрата (пикочния канал) при мъжа. Лечението на тези аномалии е строго оперативно, като цели възстановяването на качеството на живот и нормалната репродуктивна (оплодителна) възможност. Хирургичното лечение се извършва в условията на обща или лумбална упойка, като се прилагат широк набор от оперативни техники за пластично възстановяване на уретрата.

В следоперативния период на болния се фиксира уретрален катетър, който ще бъде свален по преценка на оператора и лекуващия лекар. Всички останали интересуващи Ви подробности ще бъдат дадени от лекуващия Ви лекар.

Вродените аномалии на шийката на пикочния мехур и долните пикочни пътища (ДПП) представляват различно по вид и степен препятствие по хода на евакуирането на урината, събрана в пикочния мехур. По този начин възпрепятстват процеса на нормално уриниране, предпоставка са за задръжка на урина в пикочния мехур, появата на везико-уретерален рефлукс и последващо прогресивно увреждане на бъбречната функция. Съвременната урологична практика разполага с широк набор от оперативни техники – отворени и едноскопски (през пикочния канал) за хирургично лечение на съответното състояние. Методът за оперативна намеса ще бъде избран след внимателна преценка на състоянието на ДПП и със стремеж за максимално щадяща оперативна намеса. Операцията се извършва в условията на обща или лумбална упойка.

В следоперативния период на болния ще бъде поставен уретрален катетър, а при отворена операция - и дренаж, които ще бъдат свалени в съответните срокове по преценка на оператора и лекуващия лекар.

Допълнителни подробности ще Ви бъдат разяснени от лекуващия Ви лекар.

КП № 147 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ МЪЖКА ПОЛОВА СИСТЕМА

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

984 Лапароскопия

30390-00 Лапароскопия
Диагностична [експлоративна] лапароскопия

Затворена биопсия на простата или семенно мехурче

37218-00 Перкутанна (игленa) биопсия на простата
Аспирация на простата
Не включва: трансректална иглена биопсия на простата (37219-00[1163])

37219-00 Трансректална иглена биопсия на простата

30094-08 Перкутанна (игленa) биопсия на семенно мехурче
Аспирация
Трансректална иглена биопсия } на семенно мехурче

Инцизионни процедури върху на простата или семенно мехурче

90391-00 Инцизия на семенно мехурче
Везикулотомия

Други ексцизионни процедури на простата или семенно мехурче

90393-00 Ексцизия на семенно мехурче

Ексцизия на семенна връв

30631-00 Ексцизия на хидроцеле
Ексцизия на хидроцеле на:
• семенна връв
• туника вагиналис
Не включва: такава с:
• изследване на спермална връв (30644-01 [1178])
• орхидектомия (30641 [1184])

Други ексцизионни процедури на скротум или туника вагиналис

37438-00 Парциална ексцизия на скротум
Ексцизия или разрушаване на скротална лезия

Възстановителни процедури на скротум или туника вагиналис

90397-00 Шев на лацерация на скротум или туника вагиналис
90397-01 Друго възстановяване на скротум или туника вагиналис
Възстановяване на скротална фистула

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху скротум или туника вагиналис

30628-00 Перкутанна аспирация на хидроцеле
Перкутанна аспирация на туника вагиналис
Източване на хидроцеле

Други ексцизионни процедури на скротум или туника вагиналис

90396-00 Ексцизия лезия на туника вагиналис
Не включва: ексцизия на хидроцеле (30631-00[1182])

Други процедури на скротум или туника вагиналис

90398-00 Други диагностични процедури на скротум или туника вагиналис
Забележка: За нехирургични диагностични процедури виж Глава 19

Ексцизия лезия на тестис, епидидим или семенна връв

30644-07 Ексцизия на тестикуларна лезия
Деструкция на тестикуларна лезия

Орхидектомия

Включва: ексцизия на хидроцеле
корекция на варикоцеле

30641-00 Орхидектомия, едностранна
Ексцизия на тестис

30641-01 Орхидектомия, двустранна
Ексцизия на тестиси

Орхидопексия при недесцендирал тестис

Мобилизация и преместване на тестис в скротума
Stephen-Fowler }
Torek (-Bevan) } процедури
Трансплантация към и фиксация на (ектопичен) (задържан) тестис в скротума
Включва: изследване на скротално съдържание
Не включва: фиксация на десцендирал тестис (37604 [1175])
рефиксация на тестис (37604 [1188])
ревизионна орхидопексия за задържан тестис (37809 [1188])

37803-00 Орхидопексия при задържан тестис, едностранна

37803-01 Орхидопексия при задържан тестис, двустранна

Други възстановителни процедури на тестис, семепровод, епидидим или семенна връв

90400-00 Друго възстановяване на тестис
Шев на лацерация на тестиса

Орхидектомия

30641-02 Орхидектомия с поставяне на тестикуларна протеза, едностранно

30641-03 Орхидектомия с поставяне на тестикуларна протеза, двустранно

Инцизионни процедури на тестис, семепровод, епидидим или семенна връв

37604-06 Инцизия на тестис
Аспирация на тестис

Други процедури на тестис, семепровод, епидидим или семенна връв

90401-01 Други процедури на тестис
Инжекция на терапевтични субстанции в тестиса

Ексцизия на семенна връв

90401-01 Други процедури на тестис
Инжекция на терапевтични субстанции в тестиса

30631-00 Ексцизия на хидроцеле
Ексцизия на хидроцеле на:
• семенна връв
• туника вагиналис
Не включва: такава с:
• изследване на спермална връв (30644-01 [1178])
• орхидектомия (30641 [1184])

Ексцизия лезия на тестис, епидидим или семенна връв

37601-02 Ексцизия киста на епидидима, едностранно
Не включва: ексцизия на сперматоцеле (37601-00 [1182])

30635-00 Лечение на варикоцеле, Ексцизия на варикоцеле

37601-00 Ексцизия на сперматоцеле, едностранно

37601-01 Ексцизия на сперматоцеле, двустранно

30644-08 Ексцизия лезия на семенна връв или епидидим
Ексцизия на епидимални придатъци
Не включва: ексцизия на епидимална киста (37601 [1181])

Вазектомия и епидидимектомия

37613-00 Епидидимектомия, едностранна

37613-01 Епидидимектомия, двустранна

37601-03 Ексцизия на киста на епидидима, двустранно

Други възстановителни процедури на тестис, семепровод, епидидим или семенна връв

30644-11 Други възстановителни процедури на семенна връв и епидидим
Шев на лацерация на епидидим и спермална връв

Не включва: възстановяване на семепровод и епидидим БДУ (30644-10 [1187])
това с орхидопексия (37604 [1175])

90399-00 Деторквиране на тестис или семенна връв

Не включва: такава с:
- фиксация на десцендирал тестис (37604 [1175])
- орхидопексия на задържан тестис (37803 [1186], 37809 [1188])

30644-11 Други възстановителни процедури на семенна връв и епидидим
Шев на лацерация на епидидим и спермална връв

Не включва: възстановяване на семепровод и епидидим БДУ (30644-10 [1187])
това с орхидопексия (37604 [1175])

Инцизионни процедури на тестис, семепровод, епидидим или семенна връв

37623-00 Вазотомия, едностранна

37623-01 Вазотомия, двустранна

Деструктивни процедури на тестис, семепровод, епидидим или семенна връв

30644-02 Лигиране на семепровод
Смачкване}
Разделяне} на семепровод

30644-03 Лигиране на семенна връв

Вазектомия и епидидимектомия

37623-02 Вазектомия, едностранна

37623-03 Вазектомия, двустранна

Други възстановителни процедури на тестис, семепровод, епидидим или семенна връв

30644-10 Други възстановителни процедури на семепровод и епидидим
Отстраняване на:
- лигатура }
- клапи } от семепровода

Шев на лацерация на епидидим и спермална връв

Не включва: възстановяване на епидидима и семенна връв (30644-11 [1187])

Вазовазостомия и вазоепидидимостомия

37619-02 Вазоепидидимостомия, едностранна

37619-03 Вазоепидидимостомия, двустранна

Инцизионни процедури на тестис, семепровод, епидидим или семенна връв

30644-00 Епидидимотомия
Не включва: такава с орхидопексия (37803 [1186], 37809 [1188])

30644-01 Изследване на семенна връв
Високо лигиране на вена сперматика
Инцизия на спермална връв
Включва: ексцизия на хидроцеле
корекция на варикоцеле
Кодирай също когато е направена:
• тестикуларна биопсия (30644-04, 30644-05 [1180])

Други процедури на тестис, семепровод, епидидим или семенна връв

30644-12 Други процедури на семенна връв, епидидим или семепровод

Ексцизионни процедури на пенис

30653-00 Обрязване на мъж

Други възстановителни процедури на пенис

37408-00 Възстановяване лацерация на кавернозна тъкан на пенис

Други инцизионни процедури на пенис

90402-00 Инцизия на пенис

37396-00 Шънт процедури при приапизъм

Други процедури на пенис

90405-01 Други процедури на пенис
Иригация на корпус кавернозум

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко I ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология", съгласно медицински стандарт „Урология", в клиника/отделение най-малко II ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", съгласно "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или хирургично отделение или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
5. Клинична лаборатория (за Клиника/отделение по детска хирургия)

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клинична лаборатория
2 Отделение/лаборатория по обща и клинична патология
3. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния (за Клиника/отделение по детска хирургия)
4. Клинична микробиология – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Тестикуларни протези	НЗОК не заплаща посочените изделия

Индивидуална игла за биопсия на простатна жлеза	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по урология – един лекар със специалност по урология;
- за хирургично отделение – един лекар със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за клиника/отделение по урология – един лекар със специалност по урология;
- за хирургично отделение – един лекар със специалност по урология с 5 години стаж по специалността.

или

лекар със специалност по детска хирургия

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.
- лекар със специалност по педиатрия.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5 ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на заболявания на мъжката полова система, налагащи отворена оперативна интервенция по спешност, най-често при травматични наранявания на пениса и/или на скротума и неговото съдържимо, и проява на някои от следните симптоми:

- видими разкъсвания;
- голям хематом;
- силна палпаторна болка.

Диагностика и лечение на пациенти със съмнение за злокачествено заболяване на простатата при:

- установена завишена стойност на PSA над възрастовата норма на маркера;
- суспектна находка за злокачествено новообразувание на простатата при ректално туширане;
- данни за лезия PIRADS 3, 4 или 5 от проведен мултипараметричен МРТ на простатна жлеза;
- данни за лезия- суспектна за карцином на простатната жлеза при данни от проведен PET- CT PSMA със специфичен радиофармацевтик.

Оперативно лечение на пациенти с диагностицирани заболявания на мъжката полова система, налагащи отворена оперативна интервенция в планов порядък.

Повишен туморен маркер PSA, или съмнение за малигненост от мултипараметричен анализ (PIRADS над 3).

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

След поставена диагноза и определени индикации за оперативно лечение, при липса на противопоказания от страна на общия статус и извършена предоперативна подготовка, се извършва съответната оперативна процедура.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин, а за овладяване и профилактика на кръвотечение и хематоми се препоръчва да се използва хемостатична гъба.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализацията се извършва при следните условия:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- възстановена перисталтика и дефекация;
- липса на патологични процеси в областта на оперативната рана.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на*“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури”, бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (родителя /настойника/Попечителя)

Спешни състояния, които налагат постъпването на пациента в болница и спешна оперативна намеса, са:
- *торзио на тестиса* (завъртане около собствената му ос), което затруднява кръвоснабдяването на органа и представлява опасност за жизнеността му;
- *хематом на скротума* (състояние предизвикано най - често от травма), което представлява постоянно увеличаващ се оток в резултат на кървене от разкъсани кръвоносни съдове.

В конкретните случаи, след постъпването в болница по спешност се предприема спешна оперативна намеса, под обща или местна упойка.

Туморите на тестиса най-често са злокачествени заболявания, което налага тяхното оперативно лечение, състоящо се в отстраняване на органа. Операцията се извършва в условия на лумбална упойка, като с неголям разрез по предната повърхност на тестиса и нагоре косо към корема се освобождава тестиса и кордона му. Изпраща се материал от променените тъкани в специализирана патоморфологична лаборатория, където се потвърждава необходимостта от отстраняване на органа, поради опасност за живота на пациента.

След възстановяването си, пациентът ще бъде насочен към специализирано онкологично заведение, където задължително се провежда допълнително лечение. Състоянието на съвременната медицинска наука не поставя въпроса за преживяемост на болните с такава диагноза, а за качеството на живота им.

След операцията на пациента ще бъде поставен дренаж, който ще се свали в кратък срок.

Крипторхизмът или неслезлият тестис е вродено заболяване, при което се налага хирургично лечение в случаите, когато консервативното лечение не е постигнало желания ефект. Операцията има за цел да възстанови нормалното положение на тестиса. С неголям разрез в слабинната област тестисът и кордонът му се освобождават от локалните тъкани, като след постигане на необходимата дължина на кордона, тестисът се фиксира за тъканите на скроталната торбичка.

В предвид факта, че разположението на тестиса на нетипично място в някои случаи може да доведе до злокачествена промяна в тъканите на органа, по преценка на оператора при съмнение ще бъде взет материал от променените тъкани, който спешно ще бъде изследван от клиничен патолог. При случай на доказано злокачествено образувание органът ще бъде отстранен, с цел запазване здравето и живота на болния.

Повече информация за Вашето заболяване и лечението му ще получите от лекуващия Ви лекар.

КП № 148 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ДОЛНИТЕ ПИКОЧНИ ПЪТИЩА С ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 5 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Реконструктивни процедури на уретра

37375-00 Реконструкция на уретрален сфинктер
Цистоуретропластика и пластично възстановяване на мехурна шийка НКД
Реконструкция чрез мехурна тубуларизационна техника

Други възстановителни процедури на уретер

90357-00 Друго възстановяване на уретер
Шев на уретерна лацерация

Затваряне фистула на пикочен мехур

37029-01 Затваряне на везиковагинална фистула чрез коремен подход
Включва: оментално ламбо

Други ексцизионни процедури на пикочен мехур

90360-00 Друга ексцизия на лезия на пикочен мехур
Ексцизия на мехурна лезия БДУ
Не включва: ендоскопска ексцизия на мехурна лезия (виж блок [1100])

Цистектомия

37000-01 Частична ексцизия на пикочен мехур

Затваряне фистула на пикочен мехур

37038-01 Затваряне на везикоинтестинална фистула

37029-00 Лапароскопско затваряне на везиковагинална фистула
Включва: оментално ламбо

Възстановяване екстрофия на пикочен мехур

37050-00 Затваряне на мехурна екстрофия
Кодирай също когато е направена:
• уретрална реконструкция (37375-00 [1123])
Не включва: вторично възстановяване на мехурна екстрофия (37842 [1106])

Ексцизионни процедури на пенис

37405-00 Пълна ампутация на пенис
Радикална ампутация на пениса

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко II ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология", съгласно медицински стандарт „Урология".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или хирургично отделение
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
5. Клинична лаборатория

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ е длъжно да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Клинична микробиология – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по урология – четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за клиника/отделение по урология – четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение
- лекар със специалност по педиатрия.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

1.1. Оперативно лечение с голям обем и сложност на пациенти със:

- онкологични заболявания, засягащи долните пикочни пътища;
- вродени малформации на долни пикочни пътища.

1.2. Оперативно лечение при диагностицирани пикочно-чревни или други фистули на пикочния мехур, с проява на някои от следните симптоми:

- частично или пълно незадържане на урината;
-. изтичане на урината от нетипично място;
-. болки в корема;
-. дизурични смущения;
-. уроинфекция.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Вземане на биопсичен материал за патоанатомично изследване

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

След поставена диагноза и определени индикации за оперативно лечение, при липса на противопоказания от страна на общия статус, извършена предоперативна подготовка, се извършва съответната оперативна процедура.

Видът на операцията зависи от основното заболяване и локализацията на фистулата.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин, а за овладяване и профилактика на кръвотечение и хематоми се препоръчва използването на хемостатична гъба.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализацията при пациентите, при които е извършена оперативна процедура върху пикочо-половата система със среден обем, се извършва при следните условия:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- осигурен уринен дренаж
- липса на значими субективни оплаквания;
- възстановена перисталтика и дефекация;
- липса на патологични процеси в областта на операцията.

.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Уринните фистули са сравнително рядко срещани. Причините за появата им може да са в резултат на травма или след протрахирано раждане. Често те се образуват след прекарани хирургични, гинекологични или урологични операции. Фистула може да се развие и при напреднали онкологични заболявания. Клиничната картина е характерна. Основно, болните се оплакват от изтичане на урина от нетипично място, както в покой, така и при движение.

Диагнозата се поставя след провеждане на редица изследвания, включващи оглед на влагалището, палпация, цистоскопия, рентгенови изследвания - фистулография и екскреторна урография. Определянето на големината, мястото, формата и посоката на фистулата, са изключително важни за успешното им лечение.

Консервативното лечение - изразяващо се в изчаквателно поведение, съчетано с отвеждане на урината чрез постоянен катетър, рядко води до успех, особено при фистули с голяма давност.

Оперативното лечение е ефективен и често единствен метод за лечение на фистулите.

Повече информация за вашето заболяване и методите за лечение ще получите от лекуващия Ви лекар.

Екстрофията на пикочния мехур е тежка вродена аномалия, която изисква навременна високоспециализирана урологична оперативна намеса. Оперативните техники са в зависимост от степента на заболяването и се извършват в условията на обща упойка. Съвременната урологична практика има за цел да възстанови уринен резервоар на мястото на генетично увредения пикочен мехур. В случаите, когато това не е възможно, се използват методи за отвеждане на урината в други кухинни системи на организма – най-често изкуствени пикочни мехури от дебели или тънки черва.

В следоперативния период на оперирания болен ще бъдат поставени дренажи, уретрален катетър, назогастрална сонда, които ще бъдат свалени в съответните срокове. Възможно е следоперативното състояние да наложи лечение в интензивно реанимационно отделение, в условията на командно-апаратно дишане. Всички останали интересуващи Ви подробности ще бъдат дадени от лекуващия Ви лекар.

КП № 149 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ДОЛНИТЕ ПИКОЧНИ ПЪТИЩА СЪС СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Цистотомия

Не включва: цистостомия и цистотомия като оперативен достъп – пропусни кода

37008-01 Цистотомия (цистостомия)
Поставяне на супрапубичен катетър (тръба)
Везикостомия
Не включва: прободна цистотомия (37011-00 [1093])

Затваряне фистула на пикочен мехур

37023-01 Затваряне на кожна везикална фистула
Ревизия на кожна фистула на мехура

Други ексцизионни процедури на уретра

37800-00 Ексцизия на незатворен урахус

Други процедури на пикочен мехур

90363-01 Други процедури върху пикочен мехур

Ексцизионни процедури на други места на пикочна система

30075-32 Биопсия на перириенална или перивезикуларна тъкан

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху пикочен мехур

36800-02 Подмяна на цистостомна тръба

Инцизионни процедури върху на простата или семенно мехурче

37212-02 Инцизия на простата
Инцизия на перипростатни тъкани
Простатолитотомия
Не включва: дренаж на простатен абсцес (37212-01[1161])

Други ексцизионни процедури на простата или семенно мехурче

90407-00 Ексцизия на друга простатна лезия

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Код друга цистотомия (37008-01) - Цистотомия (цистостомия) изключва извършване на пластика на шийка на пикочен мехур.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко II ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология", съгласно медицински стандарт „Урология".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или хирургично отделение
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
5. Клинична лаборатория

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Клинична микробиология – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Примки за трансуретрална монополарна резекция	НЗОК не заплаща посочените изделия
Примки за трансуретрална биполарна резекция	НЗОК не заплаща посочените изделия
Световоди за лазерна резекция	НЗОК не заплаща посочените изделия
Цистофикс	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по урология – четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за клиника/отделение по урология – четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.
- лекар със специалност по педиатрия.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение чрез оперативни процедури със среден обем и сложност при пациенти със:

- профузна хематурия, неовладяна по консервативен път;
- изразена вторична анемия;
- хемотампонада на пикочния мехур;
- ОБН в резултат на обструктивна уростаза.

Диагностика и лечение чрез оперативни процедури със среден обем и сложност при пациенти със:

- онкологични заболявания;
- вродени малформации на долни пикочни пътища.

Диагностика и лечение чрез оперативни процедури със среден обем и сложност при пациенти с диагностицирани неонкологични заболявания на пикочо-половата система без остри изяви, налагащи отворена оперативна интервенция в планов порядък.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Вземане на биосичен материал за патоанатомично изследване при наличие или съмнение за онкологично заболяване

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

След поставена диагноза и определени индикации за оперативно лечение, при липса на противопоказания от страна на общия статус, проведена предоперативна подготовка, се извършва съответната оперативна процедура.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин, а за овладяване и профилактика на кръвотечение и хематоми се препоръчва използването на хемостатична гъба.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализацията при пациентите, при които е извършена оперативна процедура върху пикочо-половата система със среден обем, се извършва при следните условия:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- възстановена перисталтика и дефекация;
- липса на патологични процеси в областта на операцията.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Едно от често срещаните заболявания на отделителната система са камъните в пикочния мехур. Причините, водещи до образуване на камъни в пикочния мехур, са наличието на пречка в нормалното отделяне на урината. Те се срещат по - често при мъже в напреднала възраст с аденом или карцином на простатната жлеза, с дивертикули на пикочния мехур, със стеснение на пикочния канал и др. Това заболяване се среща по-рядко при жените.

Камъните в пикочния мехур могат да бъдат с различни размери, брой, форма и химически състав.

Оплакванията варират в зависимост от големината на камъка, като в някои случаи могат да доведат до пълна невъзможност за уриниране.

Изследванията, необходими за диагностициране на заболяването, включват: рентгенография, ехография и цистоскопия.

Оперативното лечение на камъните на пикочния мехур е трансуретрално или открита операция, и се определя от размерите на камъка, наличието на усложнения и придружаващите заболявания на пациента. Подробности относно вида на операцията ще получите от лекуващия Ви лекар.

Туморите на пикочния мехур са заболяване, оперативното лечение на което подлежи на определени принципи, валидни за по-голяма част от болните. При определени условия (вкл. напреднала възраст, придружаващи заболявания, разположение на тумора) се налага извършването на открито трансвезикално отстраняване на тумора и/или парциална резекция на пикочния мехур. Показанията за извършване на този тип оперативна интервенция се определят след извършване на всички необходими изследвания и преценка на общото състояние на пациента.

Подробности относно Вашето заболяване и начина на лечение ще получите от лекуващия Ви лекар.

КП № 150 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ИНКОНТИНЕНЦИЯ НА УРИНАТА

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за поставяне, подмяна или премахване на изкуствен уринарен сфинктер

Не включва: ревизия на изкуствен уринарен сфинктер (37390-00 [1124])

37387-00 Поставяне на изкуствен уринарен сфинктер

Включва: поставяне на:
- балон
- помпа

Не включва: такава при подмяна (37390-01 [1113])

Други процедури на уретра

90365-00 Други процедури на уретра

Процедури при женска стрес инконтиненция

37043-00 Трансвагинална иглена суспензия при стрес инконтиненция
Повдигане на везико – уретралния ъгъл
Процедури:
- Gittes
- Kelly(-Kennedy) (уретровезикална пликация)
- Pereyra
- Raz
- Stamey

Включва: тези с поставяне на протеза

35599-00 Слинг процедура при стрес инконтиненция, жени
Поставяне на:
- трансобтураторна субуретрална лента (TOT)
- трансвагинала свободна от налягане лента (TVT)

Интравагинална слингпластика
Трансвагинална свободна от налягане лента процедура
Трансобтураторна субуретрална лента процедура

Включва: комбиниран коремно вагинален, или коремен, или вагинален достъп
тези с поставяне на протеза

Не включва: ревизия на слинг процедура при стрес инконтиненция (35599-01 [1110])
тази при мъже (37044-00 [1109])

37044-01 Ретропубична процедура за стрес инконтиненции, жени
Burch колпосуспензия
Цистоуретропексия чрез супрапубична суспензия
Лапароскопска ретропубична хирургия на мехура
Marshall-Marchetti-Kranz процедура
Паравагинално и вагинално обтураторно плато
Ретропубична уретрална суспензия
Супрапубична процедура при мехурна стрес инконтиненция
Зашиване на периуретрални тъкани към симфизата
Уретровагинална фиксация (към Cooper лигамент)
Уретровезикална суспензия
Вагинална колпосуспензия

	Включва: тези с поставяне на протеза *Не включва*: ревизия на ретропубични процедури при стрес инконтиненция (37044-02 [1110]) слинг процедура (35599-00 [1110])
37339-00	Парауретрално инжектиране на вещество при стрес инконтиненция, жени Усилваща уретропластика – Polytef Парауретрална имплантация на инертни вещества Парауретрално инжектиране на: • колаген • Macroplastique • Polytef *Включва*: цистоскопия уретроскопия
37044-02	Ревизия на ретропубична процедура при стрес инконтиненция, жени *Включва*: тези с поставяне на протеза *Не включва*: слинг процедури (35599-01 [1110])
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко II ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология", съгласно медицински стандарт „Урология".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или хирургично отделение
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
5. Клинична лаборатория

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Клинична микробиология – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Сет за урологични имплантации	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по урология - четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за клиника/отделение по урология - четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.
- лекар със специалност по детски болести.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Оперативно лечение на диагностицирани заболявания, водещи до инконтиненция на урината, налагащи отворена оперативна интервенция.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

След поставена диагноза и определени индикации за оперативно лечение, при липса на противопоказания от страна на общия статус и извършена предоперативна подготовка, се извършва съответната оперативна процедура.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин, а за овладяване и профилактика на кръвотечение и хематоми се препоръчва използването на хемостатична гъба.

Медикаментозното лечение в пред-и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализацията се извършва при следните условия:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- осигурен уринен дренаж;
- възстановена перисталтика и дефекация;
- липса на патологични процеси в областта на оперативната рана.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на*“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури”, бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС код на държава

(или по двустранни спогодби)

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ

				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Инконтиненцията на урината представлява неволево изпускане на урината. Има четири вида инконтиненция - инконтиненция при напрежение, императивна инконтиненция, инконтиненция в резултат на препълване на пикочния мехур, и рефлексна инконтиненция.

Инконтиненцията при напрежение се проявява при физическо усилие (кихане, кашляне и др.), и е резултат на нарушение на уретралния механизъм на затваряне. Императивната инконтиненция е следствие на силен, неудържим позив за уриниране. Резултат е на свръхактивност на мускулатурата на пикочния мехур. Инконтиненцията в резултат на препълване на пикочния мехур е следствие на слабост на мускулатурата на пикочния мехур. Рефлексната инконтиненция се получава най-често при травми и заболявания на гръбначния мозък.

Изследванията при инконтиненция на урината включват: анамнеза, физикално изследване и уродинамични изследвания.

Оперативното лечение се прилага предимно при стрес-инконтиненцията, като вида на операцията се определя от типа стрес-инконтиненция.

Повече информация за вида операция, резултатите и възможните усложнения ще получите от лекуващия Ви лекар.

КП № 151 РЕКОНСТРУКТИВНИ ОПЕРАЦИИ В УРОЛОГИЯТА

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на уретра

90364-00 Друго възстановяване на уретра

37306-00 Възстановяване лацерация или руптура на дисталната част на уретра

1123 Реконструктивни процедури на уретра

37375-00 Реконструкция на уретрален сфинктер

Цистоуретропластика и пластично възстановяване на мехурна шийка НКД

Реконструкция чрез мехурна тубуларизационна техника

Не включва: при радикална простатектомия (37210-00, 37211-00 [1167])

Други възстановителни процедури на пенис

37408-00 Възстановяване лацерация на кавернозна тъкан на пенис

37408-01 Възстановяване на фрактура, включваща кавернозна тъкан на пенис.

90404-00 Друго възстановяване на пенис
Зашиване на ампутиран пенис

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко II ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология", съгласно медицински стандарт „Урология" и от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. Клинична лаборатория
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
5. Отделение/лаборатория по клинична патология
6. ОАИЛ/КАИЛ

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ, изпълнител на болнична помощ, е длъжно да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Вирусологична лаборатория
2. Нуклеарно - медицинско звено
3. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
4. Микробиологична лаборатория - вкл. за изследване на анаероби и хламидии – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Вземане и обработка на алопластичен материал	НЗОК не заплаща посочените изделия
Пенис - протеза	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима лекари, от които двама със специалност по урология
  или
  лекар със специалност по детска хирургия
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение
- лекар със специалност по педиатрия.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Реконструктивни операции след травма, налагащи извършването на реконструктивна операция по спешност.

Реконструктивни операции при онкологични заболявания;

Реконструктивни операции при диагностицирани неонкологични заболявания на мъжката полова система, налагащи извършването на реконструктивна операция.

б)Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

След поставена диагноза и определени индикации за оперативно лечение, при липса на противопоказания от страна на общия статус и проведена предоперативна подготовка, се извършва съответната оперативна процедура.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Задължително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен обезболяващ гел с антисептик.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализацията се извършва при следните условия:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- осигурен уринен дренаж;
- възстановена перисталтика и дефекация;
- липса на патологични процеси в областта на операцията.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Извършването на реконструктивни операции се налага най-често след травматично увреждане, операции по повод на злокачествени заболявания или възпалителни заболявания на мъжките полови органи.

Извършването на тези операции често изисква използването на тъканни графтове, който се поставят ендоскопски или чрез открити операции.

Показанията за извършване на тези оперативни процедури се взимат след внимателно снета анамнеза и преглед, и след извършването на множество изследвания от специалист уролог. Под внимание се взимат множество фактори, сред които най-важни са мотивировката, психичното състояние и възрастта на пациента.

Обикновено оперативните процедури не изискват продължителен болничен престой и се понасят леко от пациентите. Задължително се провежда обучение (в зависимост от типа протеза), с цел избягване на самонараняване и повреждане на протезата.

Повече информация за Вашето заболяване и лечението му ще получите от лекуващия Ви лекар.

КП № 152 ЕНДОСКОПСКИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ НА ДОЛНИТЕ ПИКОЧНИ ПЪТИЩА

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху пикочен мехур

36833-00 Ендоскопско отстраняване на чуждо тяло от пикочен мехур

Включва: цистоуретроскопия
уретрална дилатация
уретроскопия

36842-00 Ендоскопска промивка на кръвни съсиреци от пикочен мехур

Включва: цистоуретроскопия
диатермия на:
• мехур
• простата
уретрална дилатация
уретроскопия

Инцизионни процедури на уретра

37324-00 Външна уретротомия
Дренаж на булбоуретрална жлеза
Инцизия на периуретрални тъкани

37321-00 Външна уретрална меатотомия

Деструктивни процедури на уретра

37318-01 Ендоскопска диатермия на уретера
Ендоскопско разрушаване на уретрални лезии
Не включва: уретрални брадавици (36815-01 [1116])

Инцизионни процедури на уретра

37324-01 Вътрешна уретротомия
Не включва: оптична уретротомия (37327-00 [1115])

Други възстановителни процедури на уретра

37303-00 Дилатация на уретрална стриктура

Инцизионни процедури върху на простата или семенно мехурче

37212-02 Инцизия на простата
Инцизия на перипростатни тъкани
Простатолитотомия
Не включва: дренаж на простатен абсцес (37212-01[1161])

Деструкция на простатна тъкан

90392-00 Контрол на постоперативна хеморагия на простата
Коагулация на простатно ложе
Цистоскопия за контрол на простатно кървене

Друга затворена простатектомия	
37203-04	Микровълнова термотерапия на простата
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Оперативна процедура с код (37303-00) задължително се отчита едновременно с процедура с код (37324-01).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко I ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология", съгласно медицински стандарт „Урология".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или хирургично отделение
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ, изпълнител на болнична помощ, може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Клинична лаборатория
2. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
3. Отделение/лаборатория по обща и клинична патология
4. Клинична микробиология – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Дългосрочни/краткосрочни уретрални катетри	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- един лекар със специалност по урология;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- един лекар със специалност по урология;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Ендоскопска диагностика и оперативно лечение при пациенти с клинични и/или данни от медико-диагностични изследвания за обструкция на долните пикочни пътища и:

- ретенция на урината;
- случаите с профузна хематурия, неовладяна по консервативен път;
- изразена вторична анемия;
- хемотампонада на пикочния мехур;
- ОБН в резултат на обструктивна уростаза.

Ендоскопска диагностика и лечение при пациенти с диагностицирани заболявания с обструкция на долните пикочни пътища без остри прояви, налагащи ендоскопска оперативна интервенция.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

След поставена диагноза и определени индикации за оперативно лечение, при липса на противопоказания от страна на общия статус и извършена предоперативна подготовка, се извършва съответната оперативна процедура.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализацията се извършва при следните условия:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- осигурен уринен дренаж;
- липса на патологични процеси в областта на оперативната рана.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Обструкцията на долните пикочни пътища е сравнително често срещано заболяване. Обструкцията може да е предизвикана от много фактори, като камъни, наличието на стриктури по хода на пикочния канал, вродени заболявания, постоперативни причини. Клиничната картина е различна в зависимост от причината, но винаги като резултат има задръжка на по-голямо или по-малко количество урина, с последващо развитие на възпалителен процес.

При камък в уретрата обикновено болният съобщава за болка, рязка промяна в силата и посоката на струята на урината, до невъзможност за уриниране. Обикновено конкремента може да се опипа по хода на пикочния канал.

Симптоми, като изтъняване струята на урината постепенно или изведнъж, чувството за непълно изпразване на мехура, честото уриниране или невъзможността за уриниране, изискват консултация с уролог за изясняване на причината за това страдание.

Ендоскопските методи за лечение на обструкцията на долните пикочни пътища са изключително ефективни. Предимството им е в отличните резултати от прилагането им, липсата на сериозни противопоказания за прилагането им, бързото възстановяване на пациента. Практически при голям брой заболявания водещи до обструкция на пикочните пътища ендоскопските операции са метод на първи избор за лечение.

Повече информация за Вашето заболяване и лечението му ще получите от лекуващия Ви лекар.

КП № 153 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ТРАВМИ НА ДОЛНИТЕ ПИКОЧНИ ПЪТИЩА

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Цистотомия	
	Не включва: цистостомия и цистотомия като оперативен достъп – пропусни кода
37011-00	Перкутанна цистотомия (цистостомия) Перкутанно поставяне на супрапубичен катетър (тръба) Прободна цистотомия (троакар)
Други възстановителни процедури на пикочен мехур	
37004-02	Друго възстановяване на пикочен мехур
Възстановяване лацерация на уретра	
	Не включва: възстановяване на прясна акушерска лезия на уретра (90480-00 [1344])
37306-00	Възстановяване лацерация или руптура на дисталната част на уретра
37309-00	Възстановяване лацерация или руптура на простатна или мембранна част на уретра
Други възстановителни процедури на уретра	
90364-00	Друго възстановяване на уретра
Инцизионни процедури на други места на пикочна система	
90369-00	Изследване на перивезикална тъкан Разделяне на перивезикални сраствания Ексцизия на перивезикални тъкани Инцизия на перивезикални тъкани
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко I ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология", съгласно медицински стандарт „Урология".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или хирургично отделение
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ, изпълнител на болнична помощ, може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Клинична лаборатория
2. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
3. Лаборатория/ отделение по обща и клинична патология
4. Клинична микробиология – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- един лекар със специалност по урология;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- един лекар със специалност по урология;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

При деца задължително се провежда консултация с лекар със специалност по педиатрия, която се отразява в ИЗ.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и оперативно лечение при травма на долните пикочни пътища с проява на някои от следните симптоми:

- травматичен шок;
- изразен фебрилно-интоксикационен, септичен и/или анемичен синдром;
- болка в областта на корема;
- хематурия с различна интензивност;
- дизурични смущения.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение в спешен порядък:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 12 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 24 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

След поставена диагноза и определени индикации за оперативно лечение, при липса на противопоказания от страна на общия статус, се извършва съответната оперативна процедура.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин.

Медикаментозното лечение в пред-и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Въз основа на пред- и постоперативно поведение при травми.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализацията на пациентите, при които е извършена оперативна процедура върху пикочо- половата система със среден обем, се извършва при следните условия:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- осигурен уринен дренаж;
- възстановена перисталтика и дефекация;
- липса на патологични процеси в областта на операцията.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Травмите на долните пикочни пътища са често срещани. Според вида на травмата те се делят на *открити* и *закрити*, според засягането на един или няколко органа - на *съчетани* или *изолирани*, а според причината за травмата - на огнестрелни, прободни, от директен удар и т. н.

Клиничната картина е разнообразна в зависимост от тежестта, вида на травмата, засегнатия орган. При изолирана контузия на пикочния мехур симптомите са болки ниско в корема и наличие на кръв в урината. При разкъсване на пикочния мехур основните симптоми са болката ниско в корема, наличието на кръв в урината с различна интензивност, затруднено уриниране, до невъзможност за спонтанно уриниране.

Диагнозата се поставя след снета анамнеза, ехографско изследване, цистография. Лечението е в зависимост от тежестта на травмата. При нараняване на пикочния мехур, без разкъсване, се назначава консервативно лечение с активно наблюдение.

При руптура на пикочния мехур се извършва оперативно лечение по спешност, при което се цели възстановяване на стената на пикочния мехур и дренаж на перивезикалното пространство. Извършва се и оглед на околните тъкани и органи за налични увреждания в резултат на травмата.

Травмите на пикочния мехур изискват навременно диагностициране и лечение, поради възможността от възникване на сериозни усложнения.

Повече информация за Вашето заболяване и неговото лечение ще получите от лекуващия Ви лекар.

КП № 154 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА БЪБРЕКА И УРЕТЕРА С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 5 дни
1. Минимален болничен престой при лапароскопски и ендоскопски процедури – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Ексцизионни процедури на лимфни възли в слабините

30330-00 Радикална ексцизия на лимфни възли в слабините
Цялостно изчистване на всички слабинни възли
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускули и фасция

Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места

90282-02 Радикална ексцизия на лимфен възел на друго място
Цялостно изчистване на всички възли на друго място
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускул и фасция
Не включва: при стадиране на малигнизиране:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфом (30384-00 [985]
• БДУ (35726-01 [985])
това на тазови лимфни възли при:
• гинекологична неоплазма (35551 [810])
• хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269])
• радикална простатектомия и реконструкция на мехурна шиика (37211-00 [1167])

Други ексцизионни процедури на бъбрек

36558-02 Друга локална ексцизия на бъбречна лезия или тъкан
Не включва: частична нефректомия (виж блок [1048])

Нефролитотомия с изваждане на камъни

Пиелотомия с екстракция на камъни
Включва: каликорафия
нефростомия
пиелопластика
пиелостомия

36540-00 Нефролитотомия с отстраняване на ≤ 2 камъка
Не включва: изваждане на неравен камък (36543-00 [1044])

36543-00 Нефролитотомия с отстраняване на ≥ 3 камъка
Включва: изваждане на неравен камък

Нефростомия или пиелостомия

36552-00 Нефростомия

Деструктивни процедури върху бъбрек

36639-00 Перкутанна нефроскопия с фрагментация и екстракция на ≤ 2 камъка
Включва: антеградна пиелоскопия
фрагментация чрез:

• електрохидравлични шокови вълни
• лазер
• ултразвук
поставяне на дренажна (нефростомна) тръба

36645-00 Перкутанна нефроскопия с фрагментация и екстракция на единичен камък ≥ 3 см в диаметър или ≥3 камъка

Включва: антеградна пиелоскопия
фрагментация чрез:
• електрохидравлични шокови вълни
• лазер
• ултразвук
поставяне на дренажна (нефростомна) тръба

Нефростомия или пиелостомия

36552-01 Пиелостомия

Други ексцизионни процедури на бъбрек

36558-01 Ексцизия на ренална киста
Марсупиализация на бъбречна киста
Резекция на бъбречна киста

Частична нефректомия

Включва: друго свързано възстановяване

36522-01 Частична нефректомия

Нефроуретеректомия

Включва: мехурен маншет
ексцизия ан-блок на ретроперитонеални лимфни възли
възстановяване на пикочен мехур

36531-01 Нефроуретеректомия
Нефректомия с тотална уретеректомия

Пълна нефректомия

Не включва: радикална нефректомия (36528-01 [1053])
такава усложнена от предишна операция на същия бъбрек (виж блок [1052])
такава поради:
• отстраняване на трансплантиран бъбрек (виж блок [1051])
• трансплантация (виж блок [1050])

36516-01 Пълна нефректомия, едностранна
Изваждане на задържан (солитарен) бъбрек

Пълна нефректомия при отстраняване на трансплантиран бъбрек

Не включва: тази при трансплантация от:
• трупен донор (36516-06 [1050])
• жив донор (36516-05 [1050])

36519-01 Пълна нефректомия за отстраняване на трансплантиран бъбрек

Пълна нефректомия

Не включва: радикална нефректомия (36528-01 [1053])

такава усложнена от предишна операция на същия бъбрек (виж блок [1052])
такава поради:
• отстраняване на трансплантиран бъбрек (виж блок [1051])
• трансплантация (виж блок [1050])

36516-03 Пълна нефректомия, двустранна

Други възстановителни процедури на бъбрек

90350-00 Друго възстановяване на бъбрек
Нефропексия
Деторквиране торзия на бъбречния хилус
Симфизиотомия при слят бъбрек

Пиелопластика

36564-01 Пиелопластика

Други процедури на бъбрек

90354-00 Други процедури на бъбрек

Изследване на уретер

Включва: дренаж

36612-01 Изследване на уретер

36579-00 Лапароскопска частична утеректомия

Уретеректомия

Включва: възстановяване на пикочен мехур
Кодирай също когато е направена:
• реимплантация на уретер в мехура (виж блок [1084])
Не включва: нефроуретеректомия (36531 [1054])

36579-00 Лапароскопска частична утеректомия
Включва: анастомоза на уретер

36579-01 Частична утеректомия
Ексцизия на уретерна лезия
Включва: анастомоза на уретер

36579-02 Лапароскопска пълна утеректомия

36579-03 Пълна утеректомия

Ревизионни процедури на уретер

36609-00 Ревизия на чревно-уринарен кондуит

36609-03 Ревизия на уретеростомия

90357-00 Друго възстановяване на уретер

Реимплантация на уретер в пикочен мехур

36588-01 Реимплантация на уретер в пикочен мехур, едностранно

Трансплантация на уретер в друг уретер	
	Формиране на: • трансуретеростомия • уретероуретеростомия
36597-01	Трансплантация на уретер в друг уретер
Други възстановителни процедури на уретер	
90357-00	Друго възстановяване на уретер Шев на уретерна лацерация
36621-00	Затваряне на кожна уретеростома
Други процедури на уретер	
90358-00	Други процедури на уретер
Уретеролиза	
Не включва:	с репозиция на уретер (36615 [1078])
36615-01	Уретеролиза
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

В случаите, при които е приложен ендоскопски метод, при отчитане на тази КП в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7) след кода и наименованието на процедурата се добавя забележката „лапароскопска“.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко II ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология”, съгласно медицински стандарт „Урология“.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или хирургично отделение
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
5. Клинична лаборатория

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Клинична микробиология – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Стентове тип “JJ”	НЗОК не заплаща посочените изделия
Урологични протези	НЗОК не заплаща посочените изделия
Степели (клипсери)	НЗОК не заплаща посочените изделия
Хемостатични средства – рекомбинантен фактор на съсирване и/или хемостатична пудра	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за лапароскопска и роботасистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по урология - четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за клиника/отделение по урология - четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по педиатрия.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

1.1. Диагностика и оперативно лечение на болни с проява на съчетание от някои от следните симптоми:

- травматичен шок;
- интензивна хематурия;
- изразен фебрилен и/или анемичен синдром;
- изразен септичен и интоксикационен синдром;
- данни от образни изследвания за изразени застойни промени в горните пикочни пътища;
- лабораторни данни за изразена азотна задръжка.

1.2. Оперативно лечение на болни болни с диагностицирано онкологично заболяване на бъбрека и/или уретера, независимо от клиничните прояви и стадии

1.3. Планирано диагностично уточняване и оперативно лечение на болни със заболявания, при които се наблюдава незадоволителен терапевтичен ефект от консервативното лечение и проява на някои от следните симптоми:

- болка в областта на бъбреците и/или над симфизата, дизурични оплаквания, прояви на фебрилно-интоксикационен, консумативен, септичен и анемичен синдром;
- левкоцитурия и/или бактериурия;
- промени в кръвната картина с данни за възпалителен процес;
- евентуално положителна хемокултура;
- данни от образни изследвания за изразени застойни промени в горните пикочни пътища.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

След поставена диагноза и определени индикации за оперативно лечение, при липса на противопоказания от страна на общия статус и извършена предоперативна подготовка, се извършва съответната оперативна процедура.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализацията при пациентите, при които е извършена голяма оперативна процедура върху бъбрек и/или уретер, се извършва при следните условия:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- осигурен уринен дренаж на горните пикочни пътища;
- липса на значими субективни оплаквания;
- възстановена перисталтика и дефекация;
- липса на патологични процеси в областта на оперативната рана.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол. (съобразно Медицински стандарт "Хирургия").

Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Най-честите заболявания, при които се налага извършването на много големи и големи оперативни процедури на бъбрека и уретера, са туморните заболявания и усложненията на бъбречно-каменната болест.

Туморите на бъбрека и пикочопроводите са най-често обемзаемащи новообразувания с онкологична характеристика, произхождащи от тъканта на бъбрека или лигавицата на бъбречното легенче и пикочопровода. Най-често срещаното първоначално оплакване е безболковата хематурия, т.е. наличието на кръв и/или съсиреци в урината, болка в съответната поясна област и опипваща се туморна формация. При такива оплаквания, след като сте се обърнали към Вашия личен лекар, той ще Ви насочи към специалист уролог.

Урологът ще извърши необходимите изследвания :

- ехография;
- венозна урография;
- компютърна томография (скенер); при необходимост магнитна резонансна томография;
- уретроцистоскопия.

След първоначалното уточняване на Вашето състояние специалистът уролог ще ви предложи съответния най-подходящ метод за хирургично лечение. Туморите на бъбрека и уретера са урологично заболяване, чието лечение е хирургично.

Решението за обема на операцията, която ще Ви бъде извършена, се взема след задълбочена клинична преценка и обсъждане със съответните специалисти. То е резултат от общото Ви състояние към дадения момент, стадия на Вашето заболяване, наличието на евентуални придружаващи заболявания, усложнения и т. н.

Какво представляват оперативните методи?

Максимално подробна информация ще получите от лекуващия Ви лекар.

Оперативното лечение се състои в отстраняване на заболелия орган. Оперативните достъпи биват два вида:

- *лумботомия* – представлява кос разрез в съответната поясна област по хода на 12-то ребро, който продължава косо към корема. В голям процент от случаите 12-то ребро се отстранява за получаване на по-добър достъп до бъбрека и тумора. В следоперативния период ще Ви бъде оставен дренаж, който се сваля по преценка на лекуващия лекар.

- *горна напречна лапаротомия* – представлява отваряне на корема с напречен разрез в горната му половина, който приблизително следва хода на ребрената дъга. Този достъп позволява ранно и бързо достигане до съдовете на бъбрека, добър контрол върху тях и оперативно поведение, отговарящо на принципите на онкологичната хирургия.

В следоперативния период ще Ви бъдат поставени два дренажа, съответно в корема и на мястото на отстранения бъбрек, уретрален катетър и назогастрална сонда, които ще бъдат свалени в подходящи срокове.

Операциите, който се прилагат при усложнения на *бъбречнокаменната болест,* имат за цел да се съхрани в максимален възможен обем функцията на бъбрека и да се предотврати развитието на по-нататъшни усложнения. Предлаганият Ви оперативен метод се извършва най-често с кос страничен разрез. Възможно е в хода на операцията да бъде премахната част от реброто с оглед благоприятния изход на операцията. Това няма да доведе до бъдещи последствия за вашето здраве.

В следоперативния период е възможно да бъдете преведени в интензивно отделение за няколко дни, по преценка на Вашия анестезиолог. Възможно е по време на операцията да бъдат фиксирани различни видове дренажни тръби и/или уретерални протези, които ще бъдат свалени в съответния необходим срок.

Подробности ще получите от лекуващия Ви лекар или от ръководителя на Вашия хирургичен екип.

Везико-уретералният рефлукс (ВУР), както и в частност мегауретерите, са вродено заболяване на пикочо-половата система, изразяващо се в нарушаване на механизма, който не позволява връщането на събраната в пикочния мехур урина обратно през пикочопроводите към бъбрека. Връщането на урината към бъбрека е предпоставка за прогресивно увреждане на бъбречната функция, чести уроинфекции (възпаления на бъбрека).

В случаите, когато ВУР не се дължи на препятствия по хода на долните пикочни пътища, както и при мегауретерите, лечението е строго оперативно в условията на обща упойка. То се състои във възстановяване чрез различни оперативни техники на начина на свързване на пикочопроводите с пикочния мехур, който не позволява рефлукс на урината. В част от случаите при тези заболявания, когато уретерите са прекалено разширени, без запазен тонус, може да се наложи временното им извеждане на кожата на корема. След период от време, необходим за възстановяване на нормалния тонус на уретерите, с оперативна намеса на втори етап, възстановените уретери се свързват отново с пикочния мехур. В следоперативния период е възможно да се наложи поставянето на уретрален катетър или фиксирането на пелота на болния. Оперативната техника налага оставането на дренажи, които ще бъдат свалени в съответния срок.

КП № 155 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА БЪБРЕКА И УРЕТЕРА СЪС СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 3 дни
1. Минимален болничен престой при лапароскопски и ендоскопски процедури – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други ексцизионни процедури на бъбрек

36558-02 Друга локална ексцизия на бъбречна лезия или тъкан
Не включва: частична нефректомия (виж блок [1048])

Други възстановителни процедури на бъбрек

90350-00 Друго възстановяване на бъбрек
Нефропексия
Деторквиране торзия на бъбречния хилус
Симфизиотомия при слят бъбрек

Нефростомия или пиелостомия

36624-00 Перкутанна нефростомия

1046 Деструктивни процедури върху бъбрек

36639-00 Перкутанна нефроскопия с фрагментация и екстракция на ≤ 2 камъка
Включва: антеградна пиелоскопия
фрагментация чрез:
• електрохидравлични шокови вълни
• лазер
• ултразвук
поставяне на дренажна (нефростомна) тръба

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху бъбрек

36649-00 Подмяна на нефростомна дренажна тръба
Подмяна на пиелостомна дренажна тръба

Други инцизионни процедури на бъбрек

36537-00 Изследване на перинефрална област
Каликотомия
Дренаж на перинефрален абсцес
Пиелотомия
Включва: дренаж
Не включва: тези с перинефрална и перивезикална биопсия (30075-32 [1128])

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

В случаите, при които е приложен ендоскопски метод, при отчитане на тази КП в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7) след кода и наименованието на процедурата се добавя забележката „лапароскопска“.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко II ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология”, съгласно медицински стандарт „Урология“.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или хирургично отделение
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
5. Клинична лаборатория

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ, изпълнител на болнична помощ, може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Отделение/лаборатория по клинична патология
2. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Клинична микробиология – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Стентове тип "JJ"	НЗОК не заплаща посочените медицински изделия
Урологични протези	НЗОК не заплаща посочените медицински изделия
Нефростомен сет за еднократна употреба	НЗОК не заплаща посочените медицински изделия
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по урология - четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за клиника/отделение по урология - четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за хирургично отделение – двама лекари със специалност по урология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология" и „Клинична хематология"), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

1.1. Диагностика и оперативно лечение на болни с проява на съчетание от някои от следните симптоми:

- изразен фебрилно-интоксикационен, септичен и/или анемичен синдром;
- данни от образни изследвания за изразени застойни промени в пикочните пътища;
- лабораторни данни за изразена азотна задръжка.

1.2. Диагностично уточняване и оперативно лечение на болни със заболявания, при които се наблюдава незадоволителен терапевтичен ефект от консервативното лечение и проява на някои от следните симптоми:

- болка в областта на бъбреците, прояви на фебрилно-интоксикационен, консумативен, септичен и анемичен синдром;
- положително succussio renalis;
- левкоцитурия и/или бактериурия;
- промени в кръвната картина с данни за възпалителен процес;
- влошаване на бъбречната функция;
- данни от образни изследвания за изразени застойни промени в пикочните пътища.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

След поставена диагноза и определени индикации за оперативно лечение, при липса на противопоказания от страна на общия статус и извършена предоперативна подготовка, се извършва съответната оперативна процедура.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация

Дехоспитализацията при пациентите, при които е извършена голяма оперативна процедура върху бъбрек и/или уретер, се извършва при следните условия:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- възстановена перисталтика и дефекация;
- липса на патологични процеси в областта на операцията.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Нефростомата (пиелостомата) е оперативна процедура, която се извършва с цел дрениране на бъбречните кухини, поради процеси, предизвикващи смущения в дренажа на горните пикочни пътища.

Когато дренажът е поставен направо в легенчето на бъбрека, се нарича *пиелостома*, а когато легенчето се дренира през бъбречния паренхим, се нарича *нефростома*.

В зависимост от причината, налагаща поставянето на нефростома (пиелостома), те могат да бъдат временни или постоянни.

Най-често поставянето на временна нефростома/пиелостома се налага при тежки възпалителни заболявания на бъбреците, запушване на пикочопроводите от конкремент, туморни процеси по хода на уретерите или в областта на пикочния мехур.

След преодоляване на причините, водещи до обструкция на горните пикочни пътища, този временен дренаж на бъбреците се отстранява.

Повече информация за Вашето заболяване и лечението му ще получите от лекуващия Ви лекар.

КП № 156 РАДИКАЛНА ЦИСТЕКТОМИЯ. РАДИКАЛНА ЦИСТОПРОСТАТЕКТОМИЯ

1. Минимален болничен престой – 4 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури на пикочна система	
36600-02	Формиране на инконтинентен чревен пикочен резервоар Изграждане на илеален или дебелочревен кондуит *Включва*: изграждане на кожна абдоминална стома изолиране на чревен сегмент (резекция и анастомоза) реимплантация на уретери
Трансплантиране на уретер в кожата	
	Формиране на кожна уретеростома *Включва*: поставяне на уретеростомна тръба (стент)
36585-01	Трансплантация на уретер в кожата, едностранно
Трансплантация на уретер в черво	
	Анастомоза на уретер към черво Формиране на: • уретероентеростомия • уретеросигмоидостомия
36594-01	Трансплантация на уретер в черво, едностранно
Цистектомия	
37014-00	Тотална ексцизия на пикочен мехур *Кодирай също когато е направена:* • формиране на незадържащ чревно-уринарен резервоар (илеален или колон кондуит) (36600-02 [1129]) • хистеректомия (виж блок [1268]) • тазова лимфна дисекция, радикална (90282-02 [811])
Други възстановителни процедури на пикочен мехур	
37004-02	Друго възстановяване на пикочен мехур
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение III ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология", съгласно медицински стандарт „Урология".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология
2. Операционен блок/зали
3. Клинична лаборатория II или III ниво на компетентност
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
5. Отделение/лаборатория по клинична патология
6. ОАИЛ/КАИЛ

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Вирусологична лаборатория
2. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Нуклеарно-медицинско звено
4. Микробиологична лаборатория, вкл. за изследване на анаероби и хламидии – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Урологични протези	НЗОК не заплаща посочените изделия
Стентове тип "JJ"	НЗОК не заплаща посочените изделия
Степели (клипсери)	НЗОК не заплаща посочените изделия
Хемостатични средства – рекомбинантен фактор на съсирване и/или хемостатична пудра	НЗОК не заплаща посочените препарати
Консумативи за ендоскопска роботасистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- шест лекари, от които четири с придобита специалност по урология, един от които със стаж над 10 (десет) години по специалността;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и оперативно лечение подлежат случаите с проява на някои от следните симптоми:
- профузна хематурия, неовладяна по консервативен път;
- изразена вторична анемия;
- хемотампонада на пикочния мехур;
- ОБН в резултат на обструктивна уростаза.

Диагностика и оперативно лечение на болни с диагностицирано онкологично заболяване на пикочния мехур и/или простатната жлеза, независимо от клиничните прояви и стадии (до IV стадий) или по TNM-класификация - T1-3, N1-2 M0-1, което обуславя необходимостта от урологична интервенция.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Вземане на биопсичен материал за патоанатомично изследване при наличие или съмнение за онкологично заболяване.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

Хирургичните манипулации по повод на тумор на пикочния мехур и/или простатната жлеза са:
- радикална цистектомия с деривация на урината (при карцином на пикочния мехур);
- перкутанна или отворена пиелостомия (по спешност при уростаза);
- хемодиализа (по спешност при ОБН).

Радикалната цистектомия при мъжете включва премахване на пикочния мехур, на простатната жлеза с капсулата и семенните мехурчета и част от двата дуктуса, както и отстраняване на регионалните лимфни възли във форамен обтуратум и покрай илиачните съдове до бифуркацията на аортата.

Радикалната цистектомия при жените включва премахване на пикочния мехур, на матката, яйчниците, тръбите и проксималните две трети от влагалището, както и отстраняването на регионалните лимфни възли във форамен обтуратум и покрай илиачните съдове до бифуркацията на аортата.

И при двата пола може да се наложи резекция на части от ректума и сигмата.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост и стадий на тумора по TNM-класификация.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализацията при пациентите, страдащи от онкологично заболяване на пикочния мехур и/или простата, се извършва при следните условия:

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- възстановена перисталтика и дефекация;
- липса на патологични процеси в областта на коремния разрез и/или областта на операцията;
- обучение на пациента и близките му относно постоперативния режим, в съответствие с използвания метод на деривация на урината.

При изписване от болницата на пациента са дава епикриза, включваща план за поведение в амбулаторни условия и определена дата за контролен преглед в лечебното заведение за болнична помощ в рамките на един месец от дехоспитализацията.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Туморите на пикочния мехур са едно от най-често срещаните злокачествени заболявания на пикочо-половата система. Не са напълно изяснени всички фактори за развитието на това заболяване, но със сигурност се знае, че тютюнопушенето е един от тях. Клиничната картина, с която се проявява туморът на пикочния мехур, е следната: поява на кръв в урината, с или без наличието на съсиреци. Трябва да се знае, че това често е единственият симптом на това заболяване. Други не толкова характерни симптоми са дизуричните смущения, честото уриниране. Тъй като наличието на кръв в урината често е единствения признак, то появата, дори еднократно, е алармиращ симптом, който трябва да се уточни с всички необходими изследвания назначени от лекуващия лекар.

След провеждане на необходимите изследвания, в зависимост от размера, разположението на тумора, инфилтрацията на мехурната стена, наличието или не на придружаващи заболявания, се избира метод за оперативно лечение на заболяването. *Радикалната цистектомия* при мъжете включва премахване на целия пикочен мехур, простатна жлеза, семенни мехурчета, както и всички лимфни възли на малкия таз. При жените радикалната цистектомия включва премахване на пикочния мехур, матката, яйчниците и всички лимфни възли на малкия таз. За отвеждането на урината след премахването на пикочния мехур съществуват различни методи, като избора за начина на отвеждане на урината трябва да се направи след обсъждане на всички предимства и недостатъци.

Повече информация за Вашето заболяване и лечението му ще получите от лекуващия Ви лекар.

КП № 157 РАДИКАЛНА ПРОСТАТЕКТОМИЯ

1. Минимален болничен престой – 4 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Друга затворена простатектомия

Включва: цистоскопия
супрапубична пробивна цистотомия
уретроскопия

37209-01 Лапароскопска радикална простатектомия
Лапароскопска тотална простатектомия
Включва: ексцизия на:
• семенни мехурчета
• семепровод
Кодирай също когато е направена:
• тазова лимфна дисекция(90282-02[811])

Отворена простатектомия

Включва: супрапубична цистотомия

37200-03 Супрапубична простатектомия
Трансвезикална простатектомия

37200-04 Ретропубична простатектомия

37209-00 Радикална простатектомия
Тотална простатектомия
Включва: ексцизия на:
• семенни мехурчета
• семепровод
Кодирай също когато е направена:
• тазова лимфна дисекция(90282-02[811])
Не включва: лапароскопска тотална простатектомия (37209-01[1166])

37200-05 Друга отворена простатектомия
Перинеална простатектомия

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 и 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на Covid 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение III ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология", съгласно медицински стандарт „Урология".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология
2. Операционен блок/зали
3. Клинична лаборатория II или III ниво на компетентност
4. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия
5. Отделение/лаборатория по клинична патология
6. ОАИЛ/КАИЛ

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ, изпълнител на болнична помощ, може да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Вирусологична лаборатория
2. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Нуклеарно-медицинско звено
4. Микробиологична лаборатория, вкл. за изследване на анаероби и хламидии - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Степели (клипсери)	НЗОК не заплаща посочените изделия
Хемостатични средства – рекомбинантен фактор на съсирване и/или хемостатична пудра	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за лапароскопска и роботасистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- шест лекари, от които четирима с придобита специалност по урология, един от които със стаж над 10 (десет) години по специалността;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и оперативно лечение при болни със заболявания на простатната жлеза, при наличие на някои от следните симптоми:
- профузна хематурия, неовладяна по консервативен път;
- изразена вторична анемия;
- хемотампонада на пикочния мехур;
- ОБН в резултат на обструктивна уростаза.

Оперативно лечение на болни с хистологично доказан карцином на простатната жлеза и определени индикации за оперативно лечение, при липса на противопоказания от страна на общия статус.

б) Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания се извършват до края на болничния престой на пациента.

Хирургичната манипулация по повод карцином на простатната жлеза е радикална простатектомия. Радикалната простатектомия цели премахване на простатната жлеза заедно с капсулата, прилежащите семенни мехурчета и части от дуктус деференс и регионалните лимфни възли.

Може да се наложи резекция на части от ректума.

С цел профилактика на стриктури на уретрата е препоръчително след ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва емулсия, съдържаща *lidocaine* и *dexamethasone*.

Препоръчително е при ендоуретрални манипулации и катетеризации на пикочния мехур да се използва стерилен лидокаинов гел с хлорхексидин.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

След задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализацията при пациентите, страдащи от онкологично заболяване на простатата, се извършва при следните условия:
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;

- осигурен уринен дренаж;
- липса на патологични процеси в областта на коремния разрез и/или областта на операцията.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни - в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

Документиране на следоперативните дни - в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Карциномът на простатната жлеза заема първо място от злокачествените тумори на пикочо-половата система при мъжете. С напредване на възрастта се увеличава и честотата на проявата на заболяването при мъжете.

Факторите, водещи до развитието на карцинома на простатната жлеза, не са напълно изяснени. Доказано е влиянието на половите хормони както върху възникването, така и върху развитието на вече съществуващ карцином.

Клинично карциномът на простатната жлеза се проява със симптоми, свързани с обструкция на долните пикочни пътища - затруднено уриниране, непълно изпразване на мехура, изтъняване на струята, често уриниране, особено нощем. Наличието на болка в областта на перинеума и опашната кост не е характерен симптом и появата й е белег за напредване на процеса. В по-късните етапи може да се проявят симптоми, свързани с наличието на метастази (най - често в костите).

Диагнозата на заболяването се поставя след провеждане на редица изследвания, включващи ректално туширане, изследване на туморни маркери, образни техники и биопсия на простатната жлеза.

Изборът на метод за лечение на карцинома на простатната жлеза е в зависимост от резултатите от проведените изследвания и наличието на придружаващи заболявания.

Радикалната простатектомия е оперативен метод, целящ радикално отстраняване на локализирания карцином на простатната жлеза.

Повече информация за Вашето заболяване и лечението му ще получите от лекуващия Ви лекар.

КП № 158 ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ИНФЕКЦИИ НА МЕКИТЕ И КОСТНИ ТЪКАНИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Ексцизионни процедури върху сухожилие на други мускулно-скелетни точки

30107-00 Ексцизия на ганглион, некласифицирана другаде
Ексцизия лезия на сухожилна обвивка БДУ
Ганглионектомия БДУ

47969-00 Теносиновектомия, некласифицирана другаде
Теносиновектомия БДУ

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

31350-00 Ексцизия на лезия на меки тъкани, некласифицирана другаде
Ексцизия на мекотъканна лезия БДУ

Включва: дезмоиден тумор
фиброматоза
неврофиброматоза
неврофиброза

Не включва: киста на Baker (30114-00 [1505])
ексцизия на мускул, кост или хрущял обхванати в кожна лезия (31340-00 [1566])
резекция на мекотъканна лезия, засягащи или обхващащи:
- дълги кости на:
  - долен крайник (50212-01 [1562], 50215-03, 50215-04, 50215-05 [1575])
  - горен крайник (50212-00 [1562], 50215-00, 50215-01, 50215-02 [1575])
- таз (50221-00 [1485])
- сакрум (50221-01 [1384])
- скапула (50221-03 [1400])
- раменна става (50221-03 [1400])
- гръбнак БДУ (50221-02 [1384])

Други ексцизионни процедури на коляно или крак

30114-00 Ексцизия киста на Бейкър

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

90575-00 Ексцизия на мека тъкан,некласифицирана другаде

Ампутация на китка, ръка или пръст

46465-00 Ампутация на пръст на ръка

Не включва: ампутация на върха на пръст (според азбучния Индекс за извършени специфични процедури, например Остектомия; Ексцизия, меки тъкани)

Ампутация на китка, ръка или пръст

44325-00 Среднокарпална ампутация

Ампутация на китка, ръка или пръст

44328-02 Дизартикулация през китката

Ампутация на глезен или стъпало

44338-00 Ампутация на пръст на крак

Ампутация на глезен или стъпало

44364-00 Метатарзална ампутация

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

44376-00 Реампутация на ампутиран чукан
Ревизия на ампутационен чукан
Не включва: дебридман на ампутационен чукан (30023 [1566])
ревизия на ампутиран чукан на ръка (46483-00 [1471])

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

30023-00 Ексцизионен дебридман на мека тъкан
∇ 1203
Ексцизионен дебридман на меки тъкани при:
• инфекция
• исхемия, некротични или гангренозни тъкани
• язва
• рана
Не включва: ексцизионен дебридман на:
• изгаряне (30017-01, 30020-00 [1627])
• ложе на открита фрактура (90580-00 [1566])
• кожа и подкожни тъкани (90665-00 [1628])
• меки тъкани, ангажиращи кост или хрущял (30023-01 [1566])

Дебридман при изгаряне

∇ 1203, 1911
Дебридман на есхар
Есхаректомия
Ексцизия на:
• изгаряне
• есхар
Премахване на есхар
Включва: превръзка на изгаряне на същото място
Не включва: това с присаждане на същото място (виж блокове [1640], [1641], [1643], [1644] и [1648])

30017-01 Ексцизионен дебридман при изгаряне, < 10% телесна повърхност е изрязана или обработена

Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

∇ 1203
Не включва: такава:
• чрез личинки дебридман терапия (MDT) (96210-00 [1604])
• от изгаряне (30017-01, 30020-00, 90686-00 [1627])

90686-01 Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан
Неексцизионен дебридман на:
• инфекция
• язва
• рана
Отстраняване на девитализирана тъкан, некроза и есхари чрез методи като:
• четкане
• иригация (под налягане)
• триене
• миене
Аспирационна вакумираща превръзка

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

31340-00 Ексцизия на мускул, кост или хрущял, ангажирани с кожна лезия
Кодирай първо:
• ексцизия на кожна лезия (31205, 31230, 31235 [1620])

Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан

∇ 0020

Включва: бенигнена/малигнена:
• киста
• тумор

Не включва: ексцизия (на):
• чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612], 90662-00 [1617])
• белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657])
• синус (30099-00 [1630])
• язва (31205-01 [1630])
• хемохирургия на Moh (31000-00 [1626])

31235-02 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на ръка
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на китка

31235-03 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на крак
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• прасец на крак
• ханш
• коляно
• бедро

31235-04 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на стъпало
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• глезен
• пръст

31205-00 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на друго място

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Задължително е микробиологично изследване на оперативен материал и/или ранев ексудат. Микроскопско изследване на проба от друго място, друго микроскопско изследване (91936-07 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от раневи секрет и/или гной).

Процедури: "Ексцизионно почистване (дебридмен) на рана, инфекция или изгаряне" (30023-00-Ексцизионен дебридман на мека тъкан; 30017-01-Ексцизионен дебридман при изгаряне, < 10% телесна повърхност е изрязана или обработен) и "Дебридмен без изрязване на рана, инфекция или изгаряне" (90686-01- Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан) **не могат да се използват самостоятелно за завършване на пътеката.**

При отчитане на КП № 158 при лица до 14-годишна възраст, при които се осъществява обща анестезия, както и при деца до 18 - годишна възраст с придружаващи заболявания, свързани с умствена ретардация, при които се налага обща анестезия, клиничната пътека може да се счита за завършена и със самостоятелното отчитане на кодове:

- „ексцизионно почистване /дебридмен/ на рана, инфекция или изгаряне“ (30023-00 Ексцизионен дебридман на мека тъкан; 30017-01 Ексцизионен дебридман при изгаряне, < 10% телесна повърхност е изрязана или обработена)

- „дебридмен без изрязване на рана, инфекция или изгаряне“ (90686-01 Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан).

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност „Хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“, в обхвата на медицинската специалност „ортопедия и травматология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“, в обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност) съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“.

При дейности, извършвани в условия на спешност, се допуска отделение/клиника по хирургия/детска хирургия/ортопедия и травматология от I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности по тази КП в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво, с изключение на изискванията за брой персонал. В тези случай дейностите по интензивно лечение следва да отговарят на първо ниво съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“. Договор при тези условия ЛЗБП може да сключи само в случай, че на територията на населеното място няма друго лечебно заведение, сключило договор по тази КП.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ.

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по обща хирургия или клиника/отделение по ортопедия и травматология или клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия, респ. по ортопедия и травматология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ.

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия

или

в клиника/отделение по ортопедия и травматология – трима лекари с придобита медицинска специалност по ортопедия и травматология;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

- 2 лекари със специалност по детска хирургия или 1 по детска хирургия и 1 по обща хирургия

или

- в клиника/отделение по ортопедия и травматология – трима лекари със специалност по ортопедия и травматология;

Всички операции на деца до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Оперативно лечение на пациенти с:

- Абсцес;
- Ограничен в една анатомична област пиогенен флегмон;
- Карбункул;
- Фурункул в областта на глава и шия;

- Фурункулоза (над 5 фурункула) или рецидивиращи фурункули;
- Единични фурункули - само при диабетици и болни с имуносупресия (кодирано в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7) придружаващо заболяване, мотивиращо хоспитализацията);
- Гангрена.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Препоръчителните оперативни техники са следните:

Оперативното лечение е в спешен порядък в рамките на 24 ч. от хоспитализацията и включва инцизии в нужния обем и дълбочина за радикално разкриване и дрениране на гнойното огнище и дебридиране на некротичния материал При болни в тежко общо състояние оперативното лечение може да се извърши след стабилизиране общото състояние, удостоверено в история на заболяване.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Поставянето на окончателната диагноза при всичките заболявания е постоперативно и след хистологично изследване, по преценка. Интраоперативно се установява степента на засягане и разпространение на инфектния процес, защото често пъти при външен оглед и включително рентгенографии не може със сигурност да се установи широчината и дълбочината на заангажираните в инфектния процес тъкани и степента на тяхната жизнеспособност.

Взема се материал за микробиологично изследване

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- липса на фебрилитет над 37,5 градуса през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания,
- стабилизирани стойности на кръвната захар на диабетика;
- стабилна имобилизация на засегнатият крайник, при необходимост;
- размер на тъканните дефекти, позволяващи лечение извън лечебни заведения за активно лечение;
- липса на клинични данни за активен възпалителен процес
- липса на клинични данни за пропагация на процеса

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

АБСЦЕС

Асцесът представлява наличие на ограничена гнойна колекция, причинена от бактериална инфекция в тъкани, органи или затворени пространства.

Явява се като резултат от защитната реакция на организма.

Причинителите могат да навлязат в тъканите по следните пътища:

1. Директно – чрез травма с контаминиран предмет.
2. По съседство - от инфектиран участък.
3. По лимфен или кръвен път от отдалечено място.

Най-честите причинители са пиогенни бактерии като Staphylococcus aureus, причиняващ абсцеси в подкожието.

Абсцесите в зависимост от локализацията си могат да бъдат в перинеалното пространство, параректални, крайници, аксиларна област, шия, и др. локализация.

Клиничната картина се владее от следните признаци:

- хиперемия
- оток

- повишена локална температура
- болезненост

Лечение

Основен постулат е евакуирането на гнойната колекция и некротичните тъкани.

Основните техники при оперативната интервенция са инцизии, ексцизии и дренажи. Възможно е малки абсцесни кухини да се пунктират и след евакуацията на гнойното съдържимо да се постигне оздравяване, но основен лечебен метод е инцизията, направена на правилното място с оглед избягване задръжката на гнойни и некротични материи.

ФЛЕГМОН

Флегмонът е остър неотграничен по разпространение процес, развиващ се в различни анатомични области.

Причинители най-често са стафилококите и стрептококите, но могат да бъдат и микроорганизми, които проникват през наранена кожа, по хематогенен път или чрез подкожна апликация на химични вещества /бензин, масло/. Често се среща и при хора с наркомании.

Флегмонът обикновено е самостоятелно заболяване, но често се явява като усложнение на различни гнойни процеси /абсцес, фурункул, карбункул и др./

Общите симптоми варират от висока температура и дискомфорт до явления на интоксикация. Процесът може да протече и с липса на повишена температура, със слаба болезненост, с умерена до липсваща хиперемия, но с явления на интоксикация и тежко септично състояние. Тази клинична картина се наблюдава често при болни с нарушена имунна защита, с придружаващи заболявания като диабет, колагенози, пациенти на кортикостероидна терапия и др. Слабата изява на характерните признаци на възпалението ни дава информация за тежък инфектен процес, изискващ спешна намеса.

Изборът на лечебно поведение е в зависимост от тежестта и разпространението на флегмона. При по леките случаи е възможна консервативна антибактериална терапия, насочена към евентуалния причинител. Необходим е ежедневен контрол върху засегнатия участък.

ФУРУНКУЛ

Фурункулът е дълбока инфекция на косменият фоликул, която обхваща и околната подкожна тъкан.

Най-честият причинител е Staph. aureus. Среща се често при здрави, млади хора. Предилекционни места са врата, лицето, гърдите, гърба и глутеусите. Особено болезнени са фурункулите в носа, ухото и на клепача, които са и опасни с оглед неправилното им манипулиране – изстискване и др.

Предразполагащи фактори са лошата лична хигиена, натрупването на много хора на едно място и възможните контакти между хора с вирулентни щамове. Често се явяват на места, свързани с механично триене и изпотяване /напр. подмишична област/. Фоликулитите са по-чести при болни с диабет, кортикостероидна терапия, наследствен или придобит дефект във функцията на клетките от белият кръвен ред.

Лечение

Лечението на фурункулите е оперативно и медикаментозно. Изстискването и грубата манипулация върху засегнатата област е грешка, която може да доведе до пропагиране на процеса в дълбочина, както и до появата на метастатични огнища.

КАРБУНКУЛ

Карбункулът представлява засягане на множество космени фоликули с прилежащите им мастни жлези от гнойно-некротичен процес, водещ до нарушение целостта на тъканите.

Формират се взаимно свързани абсцеси с образуване на обща и обширна некроза на кожата и подкожието.

Най-честият причинител е Staph. aureus, а по-рядко са стрептококи.

Предразполагащи фактори са наличният диабет, напредналата възраст и затлъстяването.

Предилекционни места са тила, горната част на гърба или задната част на бедрото.

Назначава се антибиотична терапия, насочена срещу най-честият причинител. Болният се подготвя и се извършва оперативна интервенция под локална или обща анестезия. Широкото разкриване на засегнатите структури и адекватният дренаж подобряват състоянието на пациента и спомагат за бързото му излекуване.

КП № 159 АРТРОСКОПСКИ ПРОЦЕДУРИ В ОБЛАСТТА НА СКЕЛЕТНО-МУСКУЛНАТА СИСТЕМА

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Инцизионни процедури на рамо	
48945-00	Артроскопия на рамо *Не включва*: такава с: • биопсия (48945-01 [1396]) • дебридман (48948-00 [1397])
48948-01	Артроскопско премахване на свободно тяло от рамо Артроскопско изваждане на чуждо тяло от рамо
90600-00	Артроскопско освобождаване на сраствания или контрактура на рамо *Не включва*: такава с някоя друга мускулоскелетна процедура на рамо – пропусни кода
Биопсия на рамо	
48945-01	Артроскопска биопсия на рамо
48948-00	Артроскопски дебридман на рамо
48954-00	Артроскопска синовектомия на рамо *Включва*: освобождаване на контрактура
Друга ексцизия на рамо	
48951-00	Артроскопска декомпресия на субакромиално пространство Артроскопска акромиопластика *Включва*: отделяне на корако-акромиален лигамент
Реконструктивни процедури на рамо	
48960-00	Артроскопска реконструкция на рамо *Включва*: акромиопластика резекция на акромиоклавикуларна става възстановяване на ротаторен маншон
Други възстановителни процедури на рамо	
48957-00	Артроскопско стабилизиране на рамо *Включва*: възстановяване или прикрепяне на лабрум *Забележка*: Изпълнено при хабитуална луксация или многопосочна нестабилност
48948-02	Артроскопска хондропластика на рамо
Инцизионни процедури на хумерус или лакът	
49118-00	Артроскопия на лакът *Не включва*: такава с: • биопсия (49118-01 [1411]) • синовектомия (49109-00 [1412]) Артроскопско пробиване дефект на лакът Артроскопско отстраняване свободно тяло на лакът Артроскопско изваждане на чуждо тяло от лакът
49121-04	Артроскопско освобождаване контрактура на лакът Артроскопско освобождаване на лакътна контрактура Артроскопско освобождаване на лакътни сраствания
Биопсия на лакът	
49118-01	Артроскопска биопсия на лакът
Други ексцизионни процедури на лакът	
49109-00	Артроскопска синовектомия на лакът
Други възстановителни процедури на раменна кост или лакът	
49121-02	Артроскопска хондропластика на лакът
49121-03	Артроскопска остеопластика на лакът

Инцизионни процедури на китка

Не включва: инцизия на сухожилна обвивка на китка (46363-00 [1440])

49218-00 Артроскопия на китка
Не включва: такава с:
- биопсия (49218-01 [1444])
- дебридман (49224-00 [1451])
- синовектомия (49224-01 [1451])

Артроскопско пробиване дефект на китка
Артроскопско отстраняване свободно тяло на китка
Артроскопско отстраняване на чуждо тяло от китка
Артроскопско освобождаване на сраствания на китка

Биопсия на китка

49218-01 Артроскопска биопсия на китка

Други ексцизионни процедури на китка

49224-00 Артроскопски дебридман на китка
49224-01 Артроскопска синовектомия на китка
Не включва: синовиектомия на сухожилие на китка (46339-00 [1446])

Други възстановителни процедури на китка

49224-02 Артроскопска остеопластика на китка
Включва: ексцизия на дистална улна
49227-00 Артроскопско заигляне на остеохондрален фрагмент на китка
Стабилизация на лигаментно разкъсване на китка

1450 Други ексцизионни процедури на ръка

90547-08 Артроскопия на длан и пръсти

Други инцизии на тазобедрена става

49360-00 Артроскопия на тазобедрена става
Не включва: такава с биопсия (49363-00 [1482])
49366-00 Артроскопско отстраняване на свободно тяло от тазобедрена става
Не включва: такава чрез артротомия (49303-00 [1481])

Биопсия на тазобедрена става

49363-00 Артроскопска биопсия на тазобедрена става
Не включва: отворена биопсия на тазобедрена става (49303-00 [1481])

Други инцизионни процедури на коляно

49557-00 Артроскопия на коляно
Не включва: тези с:
- биопсия (49557-01 [1502])
- дебридман (49558-00 [1503])
- ексцизия на менискусен ръб или плика (49557-02 [1503])
- менисцектомия (49560-03 [1503])
- синовектомия (49566-00 [1503])
- почистване на лигамент (49560-01 [1503])

49560-00 Артроскопско премахване на свободно тяло от коляно
Артроскопско изваждане на чуждо тяло от коляно
Не включва: такава с:
- хондропластика (49561-02 [1511])
- дебридман и:
- хондропластика (49561-02 [1511])
- имплант (49562-02 [1511])
- множествено пробиване (49562-02 [1511])
- остеопластика (49561-02 [1511])

49560-02 Артроскопско латерално освобождаване на коляно
Артроскопско освобождаване сраствания на коляно

Биопсия на коляно

49557-01	Артроскопска биопсия на коляно
	Артроскопска ексцизия на коляно
49558-00	Артроскопски дебридман на коляно
49560-01	Артроскопско изчистване лигамент на коляно
49566-00	Артроскопска синовектомия на коляно
49557-02	Артроскопска ексцизия на менискусен ръб или гънка на коляно
49560-03	Артроскопска менисцектомия на коляно
	Ексцизионни процедури върху става на други мускулно-скелетни точки
90608-01	Артроскопско доставяне на хрущял
	Премахване на свободно тяло от коляно с възстановяване
49561-02	Артроскопско премахване на свободно тяло от коляно с дебридман, остеопластика или хондропластика Артроскопско изваждане на чуждо тяло от коляно с: • хондропластика • дебридман • остеопластика
49562-02	Артроскопско премахване на свободно тяло от коляно с хондропластика и множествено пробиване или имплант Артроскопско изваждане на чуждо тяло от коляно с хондропластика и множествено пробиване или имплант *Включва*: имплант с карбонови фибри дебридман остеопластика
	Странично освобождаване на коляно с възстановяване
49561-00	Артроскопско латерално освобождаване на коляно с дебридман, остеопластика или хондропластика
49562-00	Артроскопско латерално освобождаване на коляно с хондропластика и многократно пробиване или имплант *Включва*: имплант с карбонови фибри дебридман остеопластика
	Артроскопска менисцектомия на коляно с възстановяване
49561-01	Артроскопска менисцектомия на коляно с дебридман, остеопластика или хондропластика
49562-01	Артроскопска менисцектомия на коляно с хондропластика и многократно пробиване или имплант *Включва*: имплант с карбонови фибри дебридман остеопластика
	Други възстановителни процедури на коляно или крак
49563-00	Артроскопско възстановяване менискус на коляно *Включва*: графт: • хондрален • остеохондрален
49558-01	Артроскопска хондропластика на коляно *Не включва*: с изваждане на свободно тяло (49561-02, 49562-02 [1511])
49559-00	Артроскопска хондропластика на коляно с многократно пробиване или имплант Артроскопска мозаечна пластика *Включва*: имплант с карбонови фибри дебридман остеопластика
49558-02	Артроскопска остеопластика на коляно
	Реконструктивни процедури на коляно
	Включва: почистване на остеофити (нотчпластика)

	Не включва: ревизия на реконструкция (49551-00 [1524])
49539-00	Артроскопска реконструкция на коляно *Включва*: възстановяване или реконструкция на лигаменти: • колатерални • кръстовидни
49542-00	Артроскопска реконструкция на кръстосани връзки на коляно с възстановяване на менискус Артроскопско възстановяване на кръстовиден лигамент на коляно с възстановяване на менискус *Включва*: дебридман възстановяване на колатерален лигамент
Други инцизионни процедури на глезен	
49700-00	Артроскопия на глезен *Не включва*: такава с: • биопсия на глезен (49700-01 [1531]) • изрязване на остеофити (49703-01 [1531])
49703-02	Артроскопско премахване на свободно тяло от глезен Артроскопско изваждане на чуждо тяло от глезен
Други възстановителни процедури на глезен или стъпало	
49703-05	Артроскопска хондропластика на глезен
49703-03	Артроскопско възстановяване на остеохондрална фрактура на глезен
Артроскопски ексцизионни процедури на глезен	
49700-01	Артроскопска биопсия на глезен
49703-01	Артроскопско изрязване на остеофит на глезен
49703-04	Артроскопска синовектомия на глезен
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура от посочените в таблица **Кодове на основни процедури** и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21, насочени към основното заболяване.**

Задължително се прави видеозапис на артроскопската процедура, който се съхранява на съответния носител (CD/SSD/HDD), като остава на съхранение в ЛЗБП и подлежи на контрол. При липса на такъв видеозапис пътеката не се счита за завършена.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана най- малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория
5. Рентгенов апарат за скопия и графия

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Резорбируеми винтове и анкери при артроскопски процедури	НЗОК не заплаща посочените изделия
Еднократни артроскопски изделия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – двама;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- - лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – двама;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се консултира от Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт „Медицинска онкология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Изисквания към процеса на осъществяване на дейността в структура по ортопедия и травматология от II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“:

За осъществяването на артроскопски процедури на опорно-двигателния апарат: артроскопии на рамо, лакет, китка, длан и пръсти, тазобедрена става, коляно, глезен, се изисква минимум един специалист по ортопедия и травматология с документ за придобита квалификация за артроскопия.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение чрез артроскопски методи на пациенти със:

- увреди на връзковия апарат и капсулата - реконструктивни операции;
- хрущялни увреди - различни видове хондропластика ("мозаечна", перфорация, абразио и др.);
- възпаления на синовията - лаваж, частична или субтотална синовектомия;
- наличие на свободни тела - отстраняване, рефиксация;
- вътреставни счупвания - репозиция и метална остеосинтеза;
- увреда на менискусите - резекция на увредената част или реинсерция;
- ненормална позиция или нестабилност на капачето - алиниране, стабилизиращи операции;
- налични клинични данни - болка, ограничени движения, оток, нестабилност на колянната става и данни от образно изследване за вътреставни травматични или патологични увреди на мекотъканните структури, хрущяла или костите.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Необходими предоперативни изследвания - биологичен материал за лабораторни изследвания, се взема до 24 час от постъпването. Образно изследване се извършва до 24 час от постъпването. Контролни изследвания се извършват до края на болничния престой, при необходимост.

Артроскопията е съвременен метод, даващ възможност за диагностика и оперативно лечение на вътреставните травми и заболявания при директна визуализация.

Директният оглед и възможността за вземане на тъканен материал за изследване, могат да подпомогнат поставянето на диагноза и правилното планиране на по-нататъшното лечение.

Артроскопията може да се използва при диагностиката и лечението на много от тези проблеми като:

- увреди на връзковия апарат и капсулата - реконструктивни операции;
- хрущялни увреди - различни видове хондропластика (“мозаечна”, перфорация и др.);
- възпаления на синовията - частична или субтотална синовектомия;
- наличие на свободни тела - рефиксация;
- вътреставни счупвания - репозиция и метална остеосинтеза;
- увреда на менискусите - резекция на увредената част или реинсерция;
- ненормална позиция или нестабилност на капачето - алиниране, стабилизиращи операции.

При артроскопски операции, при работата само с турникет, задължително се провежда антитромботична профилактика с нискомолекулярен хепарин.

Медикаментозното лечение в пред - и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация):

- интраоперативно;
- хистологичен резултат от биопсия взета при артроскопията – по показания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медикодиагностични) и:

- липса на значими субективни оплаквания;
- липса на патологични процеси в областта на оперираната колянна става.

Коректно попълнен фиш “Клинико-рентгенологичен минимум”.

Повторна хоспитализация се допуска при фебрилитет, инфекциозни и тромбоемболични усложнения, възникнали в ранния следоперативен период и непроявили се в периода на хоспитализация. **Не се отчитат като нов случай!**

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" бл. МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Ортопедия и травматология". Документ №2 се прикрепя към лист "История на заболяването".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Ортопедия и травматология").

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл. МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГА "Фиш за клинико-рентгенологичен минимум при изписване" .

Към ИЗ № ..... от .....

ФИШ ЗА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕН МИНИМУМ

Дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Походка: □ самостоятелна □ с едно помощно средство

□ с две помощни средства □ невъзможна

Имобилизация:

□ не □ с гипс □ с ортеза

Тромбоемболична профилактика:

□ да □ не

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА

Зарастнала:

□ per primam □ вторично

Хематом: □ да □ не

Наличие на оток на крайника:

□ не □ в дисталния край □ в проксималния край

□ на целия крайник

Оперативен шев:

□ свален □ не □ частично

АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

□ да □ не

ДРУГИ ДАННИ

Кръвна картина	Хемостазелогия	Рентгенографии
Хб Хт Ер. Левко	Вр. Кървене Вр. Съсирване Протромбиново време Фибриноген	Репозиция на счупването Вид остеосинтеза

Лекуващ лекар:

.....

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) (АРТРОСКОПСКИ ПРОЦЕДУРИ В ОБЛАСТТА НА СКЕЛЕТНО-МУСКУЛНАТА СИСТЕМА)

Какво представлява артроскопията?

Артроскопията дава възможност за диагностика и оперативно лечение на вътреставните травми и заболявания на големите стави на човешкото тяло под директен зрителен контрол, с помощта на въведен, през 0,5 см разрез, моливоподобен оптически инструмент (артроскоп). През телевизионна камера, свързана за артроскопа, образът от вътрешността на ставата се предава на телевизионен екран и хирургът е в състояние да огледа и открие евентуални увреди на вътреставните структури. През допълнителни миниразрези той може да въведе специални хирургични инструменти и да отстрани или възстанови увредените структури. Поради малките размери на артроскопските инструменти, оперативната интервенция е максимално атравматична и безболезнена, което позволява бързото възстановяване на оперирания крайник.

Нормалната функция на ставите може да бъде нарушена от спортни, битови или транспортни травми, ставни заболявания или възрастови промени на хрущяла. Артроскопията може да се използва при диагностиката и лечението на много от тези проблеми като:

- хрущялни увреди;
- възпаления на синовията;
- наличие на свободни тела;
- увреди на връзковия апарат и капсулата;
- увреда на менисците и ненормална позиция или нестабилност на капачето на колянната става;
- вътреставни счупвания.

Директният оглед и възможността за вземане на тъканен материал за изследване, могат да подпомогнат поставянето на диагноза и правилното планиране на по-нататъшното лечение.

Решението за извършване на артроскопска операция на колянната става се взема на основата на резултатите от анамнезата (оплакванията на пациента), изследването на движенията, стабилността и наличието на локални промени в и около колянната става, рентгеновите изследвания и при необходимост - резултатите от компютърната томография и/или ядрено-магнитния резонанс. Преценявайки резултатите, ортопедът-травматолог дискутира с пациента дали артроскопията е методът на избор за по-екзактна диагностика или оперативно лечение при неговия случай. Той съобщава на пациента какви са потенциалните рискове и усложнения по време на операцията и в следоперативния период.

Какви са резултатите от операцията?

Артроскопската техника е атравматичен диагностичен и оперативен метод, с прилагането на който, добре владеещият го хирург може да възстанови нормалната функция на интервенираната става, и да осигури максимално бързото връщане към обичайните физически професионални и спортни натоварвания. Успешният изход на лечението зависи в значителна степен от своевременното търсене на специализирана лекарска консултация и насочване към медицински заведения, разполагащи с лекари с необходимата квалификация и артроскопски инструментариум.

КП № 160 НЕРАДИКАЛНО ОТСТРАНЯВАНЕ НА МАТКАТА

1. Минимален болничен престой – 5 дни
Минимален болничен престой при лапароскопски процедури – 2 дни

3. ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ

3.1. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1268 Абдоминална хистеректомия

Забележка: Субтотална (суправагинална) лапароскопска абдоминална хистеректомия – включва изваждане на матката със запазване на цервикса,свързан с влагалището
Тотална (лапароскопска) абдоминална хистеректомия – включва изваждане на матката, включително и цервикса
Радикална абдоминална хистеректомия – включва изваждане на матката и цервикса, горните 1-2 сантиметра от влагалището и параметралните тъкани

Кодирай също когато е направена:
- отстраняване на матка (35658-00 [1270])

90448-00 Субтотална лапароскопска абдоминална хистеректомия
Лапароскопска суправагинална (частична) хистеректомия

Включва: раздробяване
изваждане на матката през:
- лапароскопски порт
- влагалището

Не включва: изваждане на аднексите (едно или двустранно) (90448-02 [1268])

90448-01 Тотална лапароскопска абдоминална хистеректомия

Включва: раздробяване
изваждане на матката през:
- лапароскопски порт
- влагалището

Не включва: отстраняване на аднексите (едно- или двустранно) (90448-02 [1268])

90448-02 Тотална лапароскопска хистеректомия с отстраняване на придатъците
Субтотална лапароскопска хистеректомия с аднексите

Включва: изрязване на (едно- или двустранно):
- фалопиева тръба
- овариална киста
- яйчник

Раздробяване

35653-00 Субтотална абдоминална хистеректомия

Не включва: такава със:
- значителна ретроперитонеална дисекция (35661-00 [1268])
- радикално отстраняване на тазови лимфни възли (35670-00 [1268])
- отстраняване на аднексите (едно- или двустранно) (35653-04 [1268])

35653-01 Тотална абдоминална хистеректомия

Не включва: такава със:
- значителна ретроперитонеална дисекция (35661-00 [1268])
- радикална тазова лимфна дисекция (35670-00 [1268])
- отстраняване на аднексите (едно – или двустранно) (35653-04 [1268])

35653-04 Тотална абдоминална хистеректомия с отстраняване на яйчниците
Субтотална абдоминална хистеректомия с аднексите

Включва: изрязване на (едно- или двустранно):
- фалопиева тръба
- овариална киста
- яйчник

1269 Вагинална хистеректомия	
35750-00	Лапароскопски асистирана вагинална хистеректомия Лапароскопски асистирана вагинална хистеректомия *Не включва*: отстраняване на аднекси (едно- или двустранно) (35753-02 [1269])
35753-02	Лапароскопски асистирана вагинална хистеректомия с отстраняване на аднекси *Включва*: изрязване на (едно- или двустранно): • фалопиева тръба • овариална киста • яйчник *Не включва*: преминала към абдоминална хистеректомия (35756-03 [1269])
35756-00	Лапароскопски асистирана вагинална хистеректомия, преминаваща към абдоминална хистеректомия *Не включва*: отстраняване на аднекси (едно- или двустранно) (35756-03 [1269])
35756-03	Лапароскопски асистирана вагинална хистеректомия, преминаваща към абдоминална хистеректомия, с премахване на аднексите (придатъците) *Включва*: изрязване на (едно- или двустранно): • фалопиева тръба • овариална киста • яйчник
35657-00	Вагинална хистеректомия *Не включва*: радикална вагинална хистеректомия (35667-01, 35664-01 [1269])
35673-02	Вагинална хистеректомия с отстраняване на яйчниците *Включва*: изрязване на (едно- или двустранно): • фалопиева тръба • овариална киста • яйчник

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове**, посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза**.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Отстранените при операцията органи и тъкани задължително подлежат на хистологично изследване. Резултатът от хистологичното изследване задължително се вписва в епикризата, издавана при (след) дехоспитализация.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение II-ро ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология". В условията на спешност - най-малко на I-во ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Акушерство и гинекология".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология".

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Рентгенов апарат
5. Клинична лаборатория II ниво
6. Ехограф с необходимите трансдюсери
7. Лапароскоп при лапароскопски операции

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратра
1. Лаборатория по клинична патология на територията на областта
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия

Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ..

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции) ;

- за гинекологична структура за II ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна

квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции) ;

- за акушерска структура (акушеро-гинекологична) при I ниво на компетентност в условия на спешност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;

- за гинекологична структура при I ниво на компетентност в условия на спешност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология”;

- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;

- лекар/и със специалност по кардиология;

или

лекар/и със специалност по вътрешни болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции) ;

- за гинекологична структура за II ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции) ;

- за акушерска структура (акушеро-гинекологична) при I ниво на компетентност в условия на спешност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;

- за гинекологична структура при I ниво на компетентност в условия на спешност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология”;

- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по детски болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение на състояния, свързани със:

- хеморагия в коремната кухина;
- профузни абнормни генитални кръвотечения;
- чревна непроходимост настъпила в резултат на гинекологично заболяване;
- перитонит, свързан с гинекологично заболяване;
- септично състояние от гинекологичен произход;
- случаи с тежко протичаща тазова възпалителна болест;
- остри усложнения на миомен възел;
- ретенция на урина в резултат от генитален пролапс;

- други форми на остър хирургичен корем от гинекологичен произход.

Диагностика и лечение на:

Абнормни генитални кръвотечения, неповлияващи се от консервативно лечение.

Миома (миоматоза) на матката в случаи на:

- общи размери на матката колкото и повече от тримесечна бременност независимо от наличието или липсата на оплаквания;
- особена локализация на миомните възли - субмукозни, на шийката и др.;
- усложнения на миомен възел: торзия, некроза;
- израждащ се субмукозен възел;
- бързо нарастване на миомния възел;
- неповлияващи се от консервативно лечение генитални кръвотечения;
- оплаквания поради натиск върху съседни органи.

Ендометриоза:

- на матката (аденомиоза) - при неповлияваща се дисменорея и генитални кръвотечения;
- тежки форми на външна ендометриоза.

Тежки форми на тазова възпалителна болест със сформиране на възпалителни аднексиални формации.

Генитален пролапс (десцензус и пролапс на матката).

Туморни формации в областта на аднексите с **бенигнен характер** - при жени в пре- и постменопауза при необходимост от отстраняване на аднекс, засегнат от бенигнено заболяване, е оправдано извършване и на хистеректомия.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биопсичен материал за патоанатомично изследване при наличие или съмнение за онкологично заболяване.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 2 часа за спешни пациенти и до 24 час за планово оперираните пациенти.

Електрокардиограма се извършва до 2 часа за спешни пациенти (по преценка) и до 24 час за планово оперираните пациенти.

Други инструментални /образни изследвания се извършват съобразно състоянието на пациента.

Предоперативната анестезиологична консултация се извършва до 2 часа за спешни пациенти и до 48 час за планово оперираните пациенти.

Болничното лечение след операция за екстирпация на матката (с или без придатъците й) при гладко протекъл следоперативен период продължава до клинична преценка за стабилизиране състоянието на оперираната.

Фармакотерапия:

Оперативната интервенция се извършва под обща ендотрахеална анестезия, или спинална аналгезия, или аналгезия с епидурален катетър, като са възможни съчетания на ендотрахеална и проводна анестезия (според медицински стандарт “Анестезия и интензивно лечение”).

При неусложнените случаи на оперирани се провежда 24-часова парентерална антибиотична профилактика. При възпалителни процеси и други рискови фактори продължителността на антибиотичната профилактика може да е по-голяма и се определя

индивидуално. Вагиналните хистеректомии могат да се профилактират с перорален антибиотик или химиотерапевтик.

Пациентките могат да получават постоперативна хепаринова профилактика с продължителност поне 5 дни или до пълното им раздвижване

Възстановяването на пасажа от 3-ия постоперативен ден се осъществява по преценка на оператора или лекуващия лекар чрез клизми или медикаментозно.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно, след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- добро общо състояние;
- липса на фебрилитет (над 37.5 градуса) през последните 48 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- спокойна оперативна рана;
- възстановен чревен пасаж и осигурен дренаж на урината;
- липса на патологични процеси в областта на операцията;
- коректно попълнен фиш „Клинико-лабораторен минимум”.

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ
дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Корем: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

Микция: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши)

Дефекация: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши)

Раздвижване: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)

Аксиларна t°:	**Пулс:**	**Перисталтика:** ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА: ☐ свалени конци ☐ несвалени конци
☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)

ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО:
☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения
☐ друго (опиши)

КРЪВНА КАРТИНА:	**ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ:**	**ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:**
Hb Ht Er Leu	Вр. кървене Фибриноген	

ДРУГИ ДАННИ:

Лекуващ лекар:
.....

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Акушерство и гинекология".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол, съобразно Медицински стандарт „Акушерство и гинекология";

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяване и необходимост от операция:

Вие имате заболяване, което налага оперативно премахване на матката. Нерядко премахването на матката не цели спасяване на живота Ви (той просто не е застрашен), а подобряване на неговото качество. Вие сте започнали да получавате кървене или болки. Тези оплаквания Ви пречат да пътувате, да се срещате с хора или просто ангажират мислите Ви. С други думи, не живеете пълноценно. Ако тези оплаквания не се повлияват от лекарства, не остава друго освен матката Ви да бъде оперирана. След като се възстановите от операцията, неприятностите остават в миналото

Технически данни за операцията:

Матката се премахва чрез един от следните три подхода:

-през разрез на ***корема***;

-през разрез в дъното на ***влагалището***;

-с помощта на специални прибори (лапароскоп), които се въвеждат в корема през малки отвори.

При премахване на матката през влагалището, по видимата част на тялото не остават никакви белези. Лапароскопската хирургия също почти не оставя белези и по принцип се понася по-леко. Тези два подхода, обаче, не винаги са възможни.

Ако Вашият оператор е избрал коремен разрез, има два варианта:

- ***напречен*** разрез в най-долната част на корема, или

- ***надлъжен*** разрез от половото окосмяване в посока към пъпа.

По някои медицински съображения, Вашият лекар може да няма избор и да настоява за надлъжен разрез. Надлъжният разрез определено дава по-добри възможности за ефикасна операция.

Когато говорим за “оперативно отстраняване на матката”, разбираме отстраняване на цялата матка – т.е. както на маточното тяло, така и на маточната шийка. В маточната шийка твърде често възниква рак. Отстранявайки я, ние предпазваме жената от такъв рак за целия й бъдещ живот. Твърдението, че маточната шийка има решително участие в усещането за полова наслада е далече от истината.

Състоянието на маточните тръби и яйчниците не винаги може да се прецени предоперативно. Ако при операцията установим, че тръба или яйчник са засегнати от заболяване, ние трябва да премахнем всички болни органи.

Може би вече сте във възраст, когато яйчниците не функционират. Ако те не са засегнати от болестен процес, ние обикновено не ги отстраняваме, но можем да направим това – стига Вие изрично да сте го поискали.

По принцип, е възприето следното правило: при операция се отстраняват болните тъкани и органи – нито повече, нито по-малко.

Неусложнен следоперативен период

През първите часове след операцията в оперираните зони (коремна стена, тазови тъкани) се усеща болка. ***Ние изключително държим на спокойствието на нашите болни и правим всичко възможно да сведем болката до минимум!***

За да проследим функцията на пикочната система, често се налага през първото денонощие след операцията в пикочния мехур да бъде оставен катетър. Някои специални операции налагат катетърът да остане и повече от едно денонощие

Почти винаги операторите прибягват до употребата на дренажи. “Дренаж” означава отвеждане на течности чрез огъваема тръбичка. Усещането при отстраняване на тръбичката не е по-неприятно от усещането при мускулна инжекция.

Следоперативното приложение на антибиотици не е задължително.

След коремни операции червата изискват известно време, за да възстановят функцията си. Това става към третия следоперативен ден и може да се съпътства от чувство за подуване на корема. Ако чувството за подуване Ви причинява безпокойство, съобщете на лекуващия екип.

Дори когато матката е била премахната през корема, в дъното на влагалището остава една “скрита” рана. Тя може да причини оскъдно влагалищно кървене.

След отстраняване на матката, Вие не можете да забременявате и да раждате деца. Ако преди операцията сте имали менструация, тя повече няма да се появи. При условие, че в тялото Ви е останала дори част от един функциониращ яйчник, липсата на менструация не води нито до наддаване на тегло, нито до топли вълни, нито до загуба на Вашата женственост. Разбира се, тези неща ще се случат един ден – със или без прекарана операция. Ако е било наложително и двата яйчника да бъдат премахнати, ще получите лекарски съвет за допълнително лечение.

Възможни следоперативни нарушения

По правило, отстраняването на матката протича без усложнения. В редки случаи е възможно да бъдат наранени съседни органи. При подобно усложнение, то най-често се коригира по време на самата операцияи остава без никакви последствия. По изключение може да се наложи повторно оперативно лечение.

В коремната и тазова хирургия са известни и други усложнения, като: образуване на съсиреци (тромбози) в кръвоносните съдове; кръвотечения; потискане на чревната функция; инфекции. Тези усложнения днес се срещат все по-рядко.

Съществуват и рискове, свързани с медицинските намеси изобщо. Ако се наложи кръвопреливане, чуждата кръв може да вкара в организма микроб или вирус. Някои лекарства могат да предизвикат алергични реакции. Ще помогнете много и на себе си, и на нас, ако предварително ни съобщите за всички реакции, предизвикани в миналото Ви от лекарства, храни и др.

Някои данни свързани с времетраенето

Операцията за премахване на матката обикновено трае по-малко от 1 час. При необходимост, операцията може да продължи по-дълго. Времетраенето на операцията не е от съществено значение за оперативния риск.

Престоят в клиниката след такава операция е около 8 дни. При особено благоприятно протичане, можете да бъдете изписана и по-рано.

Един месец след операцията трябва да избягвате всякакви физически натоварвания и да не водите полов живот. След като месецът мине, трябва да се явите на контролен преглед. Лекарят ще Ви даде съвет по отношение на режима, който се налага да спазвате. Обикновено разрешаваме някои по-леки натоварвания, както и полов живот.Приема се, че 3 месеца след такава операция жената може да заживее и заработи пълноценно.

КП № 161 РАДИКАЛНО ОТСТРАНЯВАНЕ НА ЖЕНСКИ ПОЛОВИ ОРГАНИ

1.Минимален болничен престой – 8 дни

3. ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1268 Абдоминална хистеректомия

35653-04 Тотална абдоминална хистеректомия с отстраняване на яйчниците
Субтотална абдоминална хистеректомия с аднексите
Включва: изрязване на (едно- или двустранно):
· фалопиева тръба
· овариална киста
· яйчник

35667-00 Радикална абдоминална хистеректомия
Включва: мобилизация на матката
салпингоовариектомия (едно- или двустранна)

1269 Вагинална хистеректомия

35667-01 Радикална вагинална хистеректомия
Операция на Шаута
Включва: отстраняване на аднекси (едно- или двустранно)

1276 Ексцизионни процедури на маточна шийка

35612-00 Премахване на чуканче на шийка, абдоминален подход

35613-00 Премахване на чуканче на шийка, вагинален подход

1282 Ексцизионни процедури на влагалище

35560-01 Пълна вагинектомия

35561-00 Радикална вагинектомия

1292 Вулвектомия

35548-00 Радикална вулвектомия
Кодирай също когато е направена:
•лимфна дисекция (виж Индекс: Ексцизия, лимфни възли)

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Отстранените при операцията органи и тъкани задължително подлежат на хистологично изследване. Резултатът от хистологичното изследване задължително се вписва в епикризата, издавана при дехоспитализация.

За отчитане на операциите извършени в клиника по роботизирана гинекологична хирургия (с роботизирана система Da Vinci) се използват кодовете от таблица **КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ, включени в тази пътека**

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение II-ро ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология” от обхвата на медицинската специалност "Акушерство и гинекология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Акушерство и гинекология", с възможност за осигуряване на дейност.от обхвата на медицинската специалност "Анестезиология и интензивно лечение", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение".

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология или Клиника по роботизирана гинекологична хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ- II ниво
4. Рентгенов апарат
5. Клинична лаборатория- II ниво
6. Ехограф с необходимите трансдюсери

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ
2. Лаборатория/отделение по клинична патология- на територията на съответната област
3.Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия

Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посоченото изделие

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ..

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура за II ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“ - четирима ;
- лекар със специалност по кардиология

или

лекар със специалност по вътрешни болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура за II ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение" -четирима ;
- лекар със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- от горепосочените лекари със специалност по акушерство и гинекология – **поне двама** да са със стаж по специалността **най-малко 10 години** и **поне 10 случая годишно** в гинекологична клиника/отделение

и/или

един лекар със специалност по акушерство и гинекология, имащ хабилитация по специалността

и/или

един лекар със специалност по акушерство и гинекология с призната втора специалност по онкология или обща хирургия;

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Спешна диагностика и лечение на:

- хистологично доказани неоплазми на маточната шийка, маточното тяло, влагалище, вулва и перинеум;
- персистираща абнормна цитологична и хистологична находка за предракови изменения на женските гениталии;
- тумори на маточните тръби и яйчниците, доказани клинично или с методите на образната диагностика.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биопсичен материал за патоанатомично изследване при наличие или съмнение за онкологично заболяване.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 24 час.

Електрокардиограма се извършва до 24 час.

Рентгенография/скопия на бял дроб и сърце се извършва по преценка.

Други инструментални /образни изследвания се извършват съобразно състоянието на пациента.

Предоперативната анестезиологична консултация се извършва до 48 час.

Консултацията с кардиолог и/или друг специалист (по преценка) се извършва до 48 час от хоспитализацията на пациента.

Болничното лечение при оперираните по повод на карцином на маточната шийка, на маточното тяло, на маточните тръби, на яйчника, на влагалището, на вулвата и трофобластната болест продължава до зарастване на оперативната рана, до преустановяване на отделянето от дренажите, както и при осигурен дренаж на урината. Свалянето на конците става по преценка на оператора или на лекуващия лекар.

Фармакотерапия

Оперативната интервенция се извършва под обща ендотрахеална анестезия, която може да бъде съчетана със спинална аналгезия или с аналгезия с епидурален катетър (съгласно медицински стандарт “Анестезия и интензивно лечение”).

При неусложнените случаи се провежда парентерална антибиотична профилактика, съобразена с клиничното състояние на пациентката и микробиологичните резултати, която може да премине в перорална антибактериална профилактика.

Обезболяването в ранния следоперативния период се провежда с аналгетични препарати – наркотични и нестероидни противовъзпалителни обезболяващи средства или през епидурален катетър.

Пациентките, поради завишения риск от венозни тромбози, получават постоперативно хепаринова профилактика, продължителността на която се определя от обема на оперативната интервенция и наличието на допълнителни рискови фактори (прекарани тромбози и емболии, сърдечни заболявания и др.). Продължителността на профилактиката

е поне 6 дни или до окончателното раздвижване на пациентката.

Възстановяването на пасажа от 3-ия постоперативен ден се осъществява по преценка на оператора или лекуващия лекар чрез клизми или медикаментозно.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

При неонкологичните случаи - след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза.

При онкологичните случаи – след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост и стадий на тумора (клиничен стадий по FIGO и стадий по TNM-класификация).

Поставя се според клиничните симптоми, снетия статус, по време на операцията и след задължително хистологично изследване на оперативния материал, по преценка при конкретните нозологии.

Вторични хоспитализации за състояния, класифицирани в рубриките С51 – С58 се осъществяват след решение на онкологичен комитет и/или прилагане на някои от другите основни методи от комплексното лечение.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- добро общо състояние;
- липса на фебрилитет (над 37.5° С) през последните 48 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- спокойна оперативна рана;
- възстановен чревен пасаж и осигурен дренаж на урината;
- липса на патологични процеси в областта на операцията;
- коректно попълнен фиш “Клинико-лабораторен минимум”.

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

Дата .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Корем: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

Микция: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши)

Дефекация: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши)

Раздвижване: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)

Аксиларна t°:	Пулс:	Перисталтика: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА: ☐ свалени конци ☐ несвалени конци
☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)

ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО:
☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения
☐ друго (опиши)

КРЪВНА КАРТИНА:	ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ:	ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:
Hb Ht Er Leu	Вр. кървене Фибриноген	

ДРУГИ ДАННИ:

Лекуващ лекар:

.....

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Акушерство и гинекология".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол, съобразно Медицински стандарт „Акушерство и гинекология";

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА МАТОЧНОТО ТЯЛО

Онкологичните заболявания на маточното тяло са най-честите сред тази група заболявания на женската полова система в развитите страни. Те засягат предимно жените с прекратена менструална функция, но не е изключено и възникването им в по-млада възраст. За щастие заболяването се развива и разпространява сравнително бавно, което позволява ранното му установяване и своевременно лечение с изключително висок процент на окончателно излекуване. Основният метод на лечение е оперативното отстраняване на цялата матка заедно с маточните тръби и яйчниците. При необходимост в зависимост от разпространението на процеса и особеностите му се прилага допълнително лъче- и/или хормонолечение. Първичното оперативно лечение дава най-добри резултати и се прилага винаги, когато здравословното състояние на жената и разпространението на заболяването позволяват извършването на операцията. Неизвършването на операция и отказът от други методи на лечение довежда до прогресиране на заболяването със засилване на оплакванията и в крайна сметка води до неблагоприятен изход.

Операцията се извършва през надлъжен разрез по средата на корема под обща анестезия (упойка).

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущения в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици.

Преди, по време или след операцията може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар. В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената по-долу декларация за информирано съгласие.

Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Онкологичното заболяване на маточната шийка е една от най-честите форми сред тази група заболявания. То засяга предимно жени между 40 и 60-годишна възраст, като показва постоянно завишаване дела на заболелите в по-младите възрастови групи.

При диагностицирано онкологично заболяване на маточната шийка е необходимо да се направят допълнителни изследвания и консултации в болнична обстановка, където според конкретния случай се извършва ехография, компютърна томография,

рентгенологични изследвания на бял дроб, кости, бъбречна система, цистоскопия, ректоскопия, изследване състоянието на сърдечно-съдовата система, клинико-лабораторни изследвания.

Основният метод на лечение е оперативното отстраняване на цялата матка заедно с маточните тръби, яйчниците, лимфните възли на таза и горната част на влагалището. При необходимост, в зависимост от разпространението на процеса и особеностите му, се прилага допълнително лъче-, химио-, имунотерапия.

Неизвършването на операция и отказът от други методи на лечение довежда до прогресиране на заболяването със засилване на оплакванията и в крайна сметка води до неблагоприятен изход.

Операцията се извършва през надлъжен разрез по средата на корема под обща анестезия (упойка).

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущения в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици. Преди, по време или след операцията, може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар.

В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената по-долу декларация за информирано съгласие. Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА ЯЙЧНИКА

Онкологичното заболяване на яйчника е третото по честота сред злокачествените заболявания на женската полова система. То засяга най-често жените между 50 и 65-годишна възраст, но не е рядкост засягането на млади, включително и нераждали жени.

При диагностицирано онкологично заболяване на яйчника е необходимо да се направят допълнителни изследвания и консултации в болнична обстановка, където според конкретния случай се извършва ехография, компютърна томография, рентгенологични изследвания на бял дроб, кости, бъбречна система, изследване състоянието на сърдечно-съдовата система, стомашно-чревния тракт и млечните жлези и клинико-лабораторни изследвания.

Основният метод на лечение е оперативното отстраняване на матката с нейните придатъци (ангажирани или не от туморни формации) и голямото було. При по-напреднали процеси стремежът е да се отстрани колкото се може повече от тумора и неговите разсейки. В зависимост от разпространението на процеса и особеностите му се прилага допълнително лъче-, химио- и имунотерапия.

Неизвършването на операция и отказът от други методи на лечение довеждат до прогресиране на заболяването със засилване на оплакванията и в крайна сметка водят до неблагоприятен изход.

Операцията се извършва през надлъжен разрез по средата на корема под обща анестезия (упойка)

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущенията в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици. Преди, по време или след операцията може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар.

В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената декларация за информирано съгласие. Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА МАТОЧНИТЕ ТРЪБИ

Онкологичните новообразувания на маточните тръби са рядко срещани малигнени неоплазми. Трудно се диагностицират в ранен стадии на заболяването, защото липсват характерни субективни симптоми, поради което пациентката не търси консултация с гинеколог.

Основният метод на лечение е оперативното. То включва отстраняване на матката заедно с нейните придатъци (маточни тръби и яйчници). Оперативният достъп е чрез надлъжен разрез по срединната линия на коремната стена под обща ендотрахеална анестезия.

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущения в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици.

Преди, по време или след операцията може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси, във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение, можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар. В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената по-долу декларация за информирано съгласие.

Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА ВЛАГАЛИЩЕТО

Онкологичните новообразувания на влагалището са злокачествени тумори, които обикновено засягат по-високите възрастови групи. За щастие се срещат сравнително рядко. Те могат да бъдат първични новообразувания на влагалището или метастатични от друга локализация на неоплазма. Обикновено пациентките неглижират оплакванията си и заболяването прогресира, като може да се разпространи и върху съседни органи – пикочен мехур, право черво.

Оперативното лечение на това заболяване изисква отстраняване на влагалището, матката и нейните придатъци. Когато процесът се е разпространил върху съседен(и) орган(и) се налага да се направи по-голяма оперативна интервенция- предна и/или задна евисцерация (отстранява се и засегнатия съседен орган и се извеждат противоестествени отвърстия).

Операцията се извършва под обща ендотрахеална анестезия. Оперативният достъп е чрез надлъжен разрез на коремната стена по срединната линия, комбиниран с влагалищен достъп.

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущения в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици. Преди, по време или след операцията, може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар.

В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената по-долу декларация за информирано съгласие. Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА ВУЛВАТА

Онкологичните новообразувания на вулвата са злокачествени заболявания, които засягат предимно възрастни жени с прекратена менструална функция. За щастие заболяването е рядко срещано.

Основният метод на лечение е оперативното. То включва радикално отстраняване на вулвата, комбинирано с дисекция на лимфните възли разположени в ингвинофеморалната област. Това може да стане на един или два етапа.

Операцията се извършва под обща ендотрахеална анестезия и регионална (спинална) аналгезия.

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущения в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечения, възпалителни усложнения засягащи оперативната рана или други органи и системи, тромбози и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици.

Преди по време и след операцията може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителни сведения по всички интересуващи Ви въпроси във връзка с Вашето заболяване и предстоящото оперативно лечение можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар.

В случай, че сте съгласни да се подложите на оперативно лечение,моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената декларация за информирано съгласие.

Непопълването или неподписването на декларацията, ще се счита за отказ от оперативното лечение.

КП № 162 ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ЧРЕЗ КОРЕМЕН ДОСТЪП ЗА ОТСТРАНЯВАНЕ НА БОЛЕСТНИ ИЗМЕНЕНИЯ НА ЖЕНСКИТЕ ПОЛОВИ ОРГАНИ

1. Минимален болничен престой – 4 дни

Минимален болничен престой при лапароскопски процедури – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

3,1, ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

81 Хирургична симпатектомия

35012-00 Сакрална хирургична симпатектомия
Пресакрална хирургична симпатектомия

90014-00 Друга хирургична симпатектомия
Периатериална хирургична симпатектомия
Хирургична ганглионектомия:
• сфенопалатинен възел
• симпатиков БДУ

985 Лапаротомия

30373-00 Експлоративна лапаротомия
Включва: биопсия
Не включва: инцидентно изследване към интра-абдоминална хирургия – пропусни кода

30385-00 Реоперация на лапаротомно място
Забележка: Проведено за контрол на следоперативно кървене
Не включва: проследяваща лапаротомия за контрол на кървене, с изваждане на интра-абдоминална тампонада (90375-01, 90375-02 [983])

987 Други инцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум

30394-00 Дренаж на интраабдоминален абсцес, хематом или киста
Включва: апендикуларен
фоса илиака
интраабдоминален
тазов } абсцес, хематома или киста
Дугласов }
субхепатален }
субфреничен }
перитонит }
Кодирай също когато е направена:
• апендектомия (30571-00 [926])
Не включва: абсцес, хематом или киста на уточнени коремни или тазови локализации, класифицирани другаде (виж Азбучен индекс: Дренаж, абсцес, по локализация; Дренаж, хематом, по локализация; Дренаж, киста, по локализация)
дренаж на:
• интраабдоминален абсцес, хематом или киста:
• лапароскопски (30394-01 [987])
• перкутанен (30224-01 [987])
• Дугласово пространство чрез колпотомия (35572-00 [1280])
хидатидни кисти на:
• органи в коремната кухина (30434-02, 30436-02 [1002])

• черен дроб (30434-00, 30436-00, 30438-00 [955])
• перитонеум (30434-01, 30436-01 [1002])
ретроперитонеален абсцес (30402-00, 30224-02 [987])

30394-01 Лапароскопски дренаж на интраабдоминален абсцес, хематом или киста
Кодирай също когато е направена:
• лапароскопска апендектомия (30572-00 [926])

984 Лапароскопия

30390-00 Лапароскопия
Диагностична [експлоративна] лапароскопия

989 Други ексцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум

30396-00 Дебридман и промивка на перитонеална кухина
Промивка при интраперитонеален сепсис
Включва: отстраняване на:
• чревно съдържимо (например фекални материи)
• чужди материали

986 Освобождаване на абдоминални сраствания

Отделяне на сраствания:
• тазови
• перитонеални

30393-00 Лапароскопско разделяне на коремни сраствания

30378-00 Разделяне на коремни сраствания
Включва: поставяне на дълга чревна тръба

1242 Биопсия на яйчник

35637-06 Биопсия на яйчник
Аспирационна (иглена) биопсия на яйчник

1243 Оофоректомия

Не включва: тази при хистеректомия (виж блокове [1268] и [1269])

35713-05 Клиновидна резекция на яйчник

35638-00 Лапароскопска клиновидна резекция на яйчник

35638-01 Лапароскопска парциална резекция на яйчник
Изрязване на овариална лезия чрез лапароскопия
Не включва: клиновидна резекция на яйчник (35638-00 [1243])

1241 Инцизионни процедури на яйчник

35637-08 Лапароскопска фенестрация на яйчник
Лапароскопска фенестрация на яйчник

35637-07 Лапароскопска руптура на яйчникова киста или абсцес
Изрязване на овариална киста чрез лапароскопия
Марсупиализация на овариална киста чрез лапароскопия

1243 Оофоректомия

Не включва: тази при хистеректомия (виж блокове [1268] и [1269])

35713-06 Парциална резекция на яйчник
Отворена резекция на яйчникова лезия
Не включва: клиновидна резекция на яйчник (35713-05 [1243])

35638-02 Лапароскопска оофоректомия, едностранна

Лапароскопска овариектомия БДУ

35713-07 Оофоректомия, едностранна
Отворена овариектомия БДУ

35638-03 Лапароскопска оофоректомия, двустранна

35717-01 Оофоректомия, двустранна

1241 Инцизионни процедури на яйчник

35713-03 Фенестрация на яйчник
Отворена фенестрация на яйчник

35713-02 Руптура на яйчникова киста или абсцес
Изрязване на овариална киста чрез лапаротомия
Марсупиализация на овариална киста чрез лапаротомия

1252 Салпигооофоректомия

Не включва: такава при хистеректомия (виж блокове [1268] и [1269])

35638-11 Лапароскопска салпинго-оофоректомия, едностранна

35713-11 Салпинго-оофоректомия, едностранна

Други ексцизионни процедури на яйчник

Включва: изрязване на параовариална киста
Не включва: такава при хистеректомия (виж блок [1268] и [1269])

35638-05 Лапароскопска кистектомия на яйчника, двустранна

1252 Салпигооофоректомия

Не включва: такава при хистеректомия (виж блокове [1268] и [1269])

35717-04 Салпинго-оофоректомия, двустранна

35713-11 Салпинго-оофоректомия, едностранна

35638-12 Лапароскопска салпинго-оофоректомия, двустранна

35638-11 Лапароскопска салпинго-оофоректомия, едностранна

1245 Транспозиция на яйчник

Овариопексия
Трансплантация на яйчник

35729-01 Транспозиция на яйчник

35729-00 Лапароскопска транспозиция на яйчник

1249 Инцизионни процедури на фалопиева тръба

Включва: инцизия на киста или абсцес на фалопиева тръба

35694-02 Лапароскопска салпинголиза
Лапароскопско премахване сраствания на фалопиева тръба

35694-06 Салпинголиза
Премахване сраствания на фалопиева тръба

1251 Салпингектомия

Салпингектомия при стерилизация

Не включва: такава:
- за:
  - отстраняване на тубарна бременност (35677-05, 35678-01 [1256])
  - възстановяване след стерилизация (35697-00 [1253], 35694 [1254])

• с хистеректомия (виж блокове [1268] и [1269])

35713-08 Частична салпингектомия, едностранна
Изрязване лезия на маточна тръба, едностранно

35638-07 Лапароскопска частична салпингектомия, едностранна
Лапароскопско изрязване лезия на маточна тръба , едностранно

35638-08 Лапароскопска частична салпингектомия, двустранна
Лапароскопско изрязване лезия на маточна тръба, двустранно

35713-09 Салпингектомия, едностранна

35717-03 Салпингектомия, двустранна

1256 Процедури за поведение при извънматочна бременност

35677-05 Салпингектомия с отстраняване на тубарна бременност
Включва: салпингектомия (едно) (двустранна)
• частична
• тотална

35678-01 Лапароскопска салпингектомия с отстраняване на тубарна бременност
Включва: салпингектомия (двустранна), (едностранна)
• частична
• тотална

90430-01 Друго възстановяване на яйчник

1249 Инцизионни процедури на фалопиева тръба

Включва: инцизия на киста или абсцес на фалопиева тръба

35713-12 Салпинготомия
Не включва: тази при тубарна бременност (35677-04, 35678-00 [1256])

1264 Биопсия на ендометриум

35620-00 Биопсия на ендометриум
Не включва: такава чрез ендоскопия (35630-00 [1259])

1266 Ексцизия на маточна лезия

35649-03 Миомектомия на матка
Изваждане на фибром чрез лапаротомия

35649-01 Миомектомия на матка чрез лапароскопия
Изваждане на фибром чрез лапароскопия

35623-00 Миомектомия на матка чрез хистероскопия
Изваждане на фибром чрез хистероскопия

90452-00 Ексцизия на друга лезия на матка
Не включва: изрязване на полип (35633-01 [1266])

1299 Други процедури на женски полови органи

35637-10 Лапароскопска ексцизия на лезия на тазовата кухина
Лапароскопска ексцизия на лезия включваща:
• тазови:
• лигаменти (широк) (овариален) (кръгъл) (утеросакрален)
• перитонеум
• кавум Дугласи
Не включва: биопсия (30075-37 [988])
отстраняване на лезии:
• интраабдоминални (30392-00[989])

	• тазови (35720-00 [1299]) ексцизия на лезия: • фалопиева тръба (35638-07, 35638-08 [1251]) • яйчник (35638-01 [1243]) • матка (35649-01 [1266]) ексцизионна диатермия (35637-02 [1299]) стадираща лапаротомия (35726-01 [985]) лапароскопска оментектомия (96189-01 [989])
35713-14	Ексцизия на болестни изменения в тазовата кухина Лапароскопска ексцизия на лезия: • тазови: • лигамент (широк) (овариален) (кръгъл) (утеросакрален) • перитонеум • кавум Дугласи *Не включва*: биопсия (30075-37 [988]) отстраняване на лезии: • интраабдоминални (30392-00 [989]) • тазови (35720-00 [1299]) изрязване на лезии: • фалопиеви тръби (35713-08, 35717-02 [1251]) • яйчник (35713-06 [1243]) • матка (35649-03, 90452-00 [1266]) ексцизионна диатермия (35637-02 [1299]) стадираща лапаротомия (35726-01 [985]) оментектомия (96189-00 [989])
35638-14	Лапароскопска утеросакрална аблация на нерв (LUNA) Лапароскопска утеросакрална: • резекция на лигамент • прерязване на нерв
1262 Инцизионни процедури на матка	
35649-00	Хистеротомия

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове**, посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза**.**

Клиничната пътека не може да бъде завършена само с код 30390-00.

Ако при операцията са отстранени органи или тъкани, те задължително подлежат на хистологично изследване. Резултатът от хистологичното изследване задължително се вписва в епикризата, издавана при (след) дехоспитализация.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение II - ро ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология".

В условията на спешност - най-малко на I-во ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Акушерство и гинекология".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология" и от обхвата на

медицинската специалност **"Детска хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност,** съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия" (за дейности по процедури с кодове: (30373-00), (30390-00), (35637-06), (35637-06), (35638-00), (35638-01), (35713-06),(35713-03),(35713-02), (35638-02), (35713-07), (35638-11), (35713-11), (35638-03), (35717-01), (35638-05), (35638-04), (35717-04), (35713-11), (35638-12), (35638-11), (35694-02), (35694-06), (35713-08),(35638-07),(35638-08), (90430-01), (35713-09), (35620-00).

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Акушерство и гинекология“ и от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“ (за дейности по процедури с кодове 30373-00, 30390-00, 35637-06, 35637-06, 35638-00, 35638-01, 35713-06, 35713-03, 35713-02, 35638-02, 35713-07, 35638-11, 35713-11, 35638-03, 35717-01, 35638-05, 35638-04, 35717-04, 35713-11, 35638-12, 35638-11, 35694-02, 35694-06, 35713-08, 35638-07, 35638-08, 90430-01, 35713-09, 35620-00).

4.А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология или Клиника/Отделение по Детска хирургия III ниво
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория II ниво
5. Ехограф с необходимите трансдюсери
6. Лапараскоп при лапароскопски операции
7. Рентгенова апаратура

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1.Лаборатория по клинична патология на територията на областта

2.КТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия

Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4,Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции);
- за гинекологична структура за II ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции);
- за акушерска структура (акушеро-гинекологична) при I ниво на компетентност в условия на спешност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност в условия на спешност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология”;
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;
- лекар със специалност по кардиология

или

лекар със специалност по вътрешни болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции);
- за гинекологична структура за II ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции);
- за акушерска структура (акушеро-гинекологична) при I ниво на компетентност в условия на спешност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност в условия на спешност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология”;

или

- пет лекари със специалност по детска хирургия в съответната/то специализирана/но клиника/отделение по детска хирургия и допълнителна квалификация съгласно стандарт по "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия", само за основни процедури с кодове (30373-00), (30390-00), (35637-06), (35637-06), (35638-00), (35638-01), (35713-06),(35713-03),(35713-02), (35638-02), (35713-07), (35638-11), (35713-11), (35638-03), (35717-

01), (35638-05), (35638-04), (35717-04), (35713-11), (35638-12), (35638-11), (35694-02), (35694-06), (35713-08),(35638-07),(35638-08), (90430-01), (35713-09), (35620-00).

- лекар със специалност по детски болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение или клинична алергология.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

- профузни генитални кръвотечения;
- остър корем;
- травми на женските полови органи.
- миома на матката;
- доброкачествено образование на яйчника;
- поликистоза на яйчниците;

- възпалителни заболявания на яйчниците, фалопиевите тръби, тазовата тъкан и тазовия перитонеум;
  - ендометриоза;
  - инфертилитет у жената;
  - ектопична бременност;
  - травми на женските полови органи;
  - неясна клинична и ехографска тазова находка.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 60 мин. за спешни пациенти и до 24 час за планово оперираните пациенти.

Електрокардиограма се извършва до 2 часа за спешни пациенти (по преценка) и до 24 час за планово оперираните пациенти.

Други инструментални /образни изследвания се извършват съобразно състоянието на пациента.

Предоперативната анестезиологична консултация се извършва до 2 часа за спешни пациенти и до 48 час за планово оперираните пациенти.

Болничното лечение след операция върху матката и нейните придатъци, без да се отстранява матката, при гладко протекъл следоперативен период продължава до клинична преценка за стабилизиране състоянието на оперираната.

Само лапароскопските оперативни интервенции изискват двудневен болничен престой.

Фармакотерапия:

Оперативната интервенция се извършва под обща ендотрахеална анестезия, спинална аналгезия или аналгезия с епидурален катетър, като са възможни комбинации между ендотрахеална и проводна анестезия (съгласно медицински стандарт “Анестезия и интензивно лечение”).

При неусложнените случаи на оперирани се провежда 24-часова парентерална антибиотична профилактика. При възпалителни процеси и други рискови фактори продължителността на антибиотичната профилактика може да е по-голяма и се определя индивидуално.

Обезболяването в ранния следоперативния период се провежда с аналгетични препарати – наркотични и нестероидни противовъзпалителни обезболяващи средства или през епидурален катетър.

Възстановяването на пасажа от 3-ия постоперативен ден се осъществява по преценка на оператора или лекуващия лекар чрез клизми или медикаментозно.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се според клиничните симптоми, предоперативния гинекологичен статус, по време на операцията и след задължително хистологично изследване на оперативен материал.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- добро общо състояние;
- липса на фебрилитет (над 37.5 градуса) през последните 48 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- спокойна оперативна рана;
- нормална микция и дефекация;
- липса на патологични процеси в областта на операцията;
- коректно попълнен фиш “Клинико- лабораторен минимум”.

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Корем: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

Микция: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши)

Дефекация: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши)

Раздвижване: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)

Аксиларна t°:	Пулс:	Перисталтика: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА: ☐ свалени конци ☐ несвалени конци
☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)

ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО:
☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения
☐ друго (опиши)

КРЪВНА КАРТИНА:	ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ:	ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:
Hb Ht Er Leu	Вр. кървене Фибриноген	

ДРУГИ ДАННИ:

Лекуващ лекар:

.....

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА АДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Акушерство и гинекология".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол, съобразно Медицински стандарт „Акушерство и гинекология".

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

В тази клинична пътека са включени гинекологични заболявания, които по своя характер протичат доброкачествено. Тук са включени следните гинекологични заболявания:

1. интрамурална и субсерозна лейомиома на матката
2. други доброкачествени новообразувания на матката
3. доброкачествени новообразувания на яйчника
4. поликистозни яйчници
5. ендометриоза на яйчника; Фалопиевата тръба; тазовия перитонеум;
6. ректовагиналния септум; на червата и други уточнени местонахождения/ пикочен мехур/
7. ектопична бременност- абдоминална; тубална; овариална и др./ в маточния рог, интралигаментарна, в мезометриума/.
8. инфертилитет у жената - от тръбен и маточен произход, изискващ хирургично лечение.
9. възпалителни заболявания на яйчниците, Фалопиевата тръба, тазовата тъкан и тазовия перитонеум.
10. травми
11. болки и други симптоми свързани с женските полови органи – хронична
12. тазова болка;

Тези гинекологични заболявания не изискват оперативно отстраняване на матката.

Операциите се извършват чрез коремен разрез, който може да бъде надлъжен, по срединната линия или напречен в долната част на корема.

При интрамуралната и субсерозната лейомиома на матката се отстраняват миомните възли, като се запазва матката и аднексите.

Доброкачествените новообразувания на яйчниците изискват тяхното оперативно отстраняване, като в зависимост от обема им и анатомичните възможности, може да бъде или да не бъде отстранен яйчника, от който изхожда формацията.

При установена поликистоза на яйчниците е необходимо да се направи по хирургичен път клиновидна резекция и/или електрофенестрация на същите.

Ектопичната бременност е състояние, при което е настъпила бременност извън матката. Тя трябва да бъде лекувана оперативно, като се прави органосъхраняваща операция с цел да се запази фертилността на жената.

В тази група операции е включено хирургичното лечение на инфертилитета у жената, включващ първичния и вторичния стерилитет, който може да бъде от тръбен или маточен произход. Чрез тези операции възстановяващи проходимостта на маточните тръби и коригиращи вродени аномалии се цели възстановяване фертилността на жената.

Възпалителни заболявания на яйчниците, Фалопиевата тръба, тазовата тъкан и тазовия перитонеум, могат да налагат хирургично лечение. Сраствания на тазовия перитонеум у жената (постоперативни, постинфекциозни) могат също да бъдат причина налагаща операция.

Хроничната тазова болка и други неуточнени симптоми, свързани с женските полови органи, неповлияващи се по консервативен път и с цел тяхното уточняване макар и в редки случаи налагат лапаротомия.

В тази група операции е включена експлоративната лапаротомия.

Тази операция е с коремен достъп и се извършва под пълна анестезия. Както при всяка операция извършена при съвременните условия усложненията и рисковете за здравето и живота са сведени до минимум, но не могат да се изключат напълно. Те могат да бъдат разделени на интраоперативни усложнения (кръвотечения, нараняване на съседния орган, смущения в някои жизнени функции във връзка с прилагането на анестезия и /или наличието на придружаващи заболявания) и постоперативни рискове, които могат да бъдат от възпалително естество или кръвотечения.

Преди, по време или след операцията, може да се наложи кръвопреливане.

Описаните по-горе усложнения от операцията или от придружаващи заболявания могат да забавят възстановяването и да удължат хоспитализацията.

За допълнителни сведения по всички интересуващи Ви проблеми във връзка с Вашето заболяване и предстоящето оперативно лечение, можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар.

В случай, че сте съгласни да се подложите на оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приготвената декларация за информирано съгласие.

Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

КП № 163 ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ЧРЕЗ ДОЛЕН ДОСТЪП ЗА ОТСТРАНЯВАНЕ НА БОЛЕСТНИ ИЗМЕНЕНИЯ ИЛИ ИНВАЗИВНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЖЕНСКИТЕ ПОЛОВИ ОРГАНИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1276 Ексцизионни процедури на маточна шийка

35608-02 Биопсия на маточна шийка
Ендоцервикален кюретаж
Щипкова биопсия на шийка

35618-00 Конусна биопсия на маточна шийка
Не включва: с лазер (35618-01 [1276])

35618-04 Ампутация на шийка

1259 Процедури за изследване на матка

35630-00 Диагностична хистероскопия
Включва: биопсия
Не включва: такава с
- отделяне на:
  - вътрематочни сраствания (35633-00 [1262])
  - маточна преграда (35634-00 [1262])
- фалопоскопия (35710-00 [1248])
- миомектомия (35623-00 [1266])
- тубарна катетеризация (35633-02 [1261])
- маточна полипектомия (35633-01 [1266])

1265 Кюретаж и евакуация на матка

35640-00 Дилатация и кюретаж на матка (D&C)
Не включва: дилатация и евакуация (35643-03 [1265])
аспирационен кюретаж (35640-03 [1265])
такава след раждане (16564-00 [1345])

Ексцизионни процедури на влагалище

35509-00 Хименектомия
Разделяне на химен

1279 Процедури за изследване на влагалище

35539-04 Вагиноскопия

1293 Други ексцизионни процедури на вулва, перинеум или клитор

35513-00 Лечение на киста на Бартолинова жлеза
Включва: лечение чрез:
- ексцизия
- инцизия
- марсупиализация

Не включва: лечение абсцес на Бартолинова жлеза (35520-00 [1290])

1290 Инцизионни процедури на вулва или перинеум	
35520-00	Лечение на абцес на Бартолинова жлеза *Включва*: лечение с: • инцизия • марсупиализация *Не включва*: лечение на Бартолиноа киста (35513-00 [1293])
1292 Вулвектомия	
35536-01	Вулвектомия, едностранна
35536-02	Вулвектомия, двустранна
1294 Възстановителни процедури на вулва или перинеум	
35533-00	Вулвопластика Пластика на лабии

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура с изключение на 35608-02 и минимум три диагностични процедури от различни блокове**, посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза**.**

Отстранените при операцията тъкани задължително подлежат на хистологично изследване (91913-06 (Микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за хистология). Резултатът от хистологичното изследване задължително се вписва в епикризата, издавана при (след) дехоспитализация.

При провеждане на процедура с код 35630-00 – затворена биопсия на матка, задължително се извършва хистологично изследване. Резултатът от същото задължително се вписва в епикризата, издавана при (след) дехоспитализация.

При провеждане на процедури с код и 35539-04 не е задължително извършването на биопсия.

Процедура с МКБ код 35509-00 хименотомия - инцизия на химен (при атрезия на химен) се извършва само в клиника/отделение по детско – юношеска гинекология.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. <u>УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

Клиничната пътека се изпълнява от обхвата на медицинската специалност „Акушерство и гинекология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Акушерство и гинекология“; от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“ (дейността по процедура **35533-00** при деца под 9-годишна възраст се осъществява само в обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“).“

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицинските стандарти.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология Или Клиника/отделение по детска хирургия II ниво или за код 35533-00 при деца под 9-годишна възраст - клиника/отделение по детска хирургия III ниво
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Рентгенов апарат
5. Клинична лаборатория II ниво
6. Ехограф с абдоминален и вагинален трансдюсер

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното

място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратра
1. Лаборатория по клинична патология на територията на областта
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия

Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура за II-ро ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография и един с допълнителна квалификация по хистероскопия
- за акушерска структура (акушеро-гинекологична) при I ниво на компетентност в условия на спешност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност в условия на спешност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология”;
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;
- лекар/и със специалност по вътрешни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура за II-ро ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография и един с допълнителна квалификация по хистероскопия
- за акушерска структура (акушеро-гинекологична) при I ниво на компетентност в условия на спешност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност в условия на спешност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология”;
- за структура по детска хирургия II ниво - двама лекари, които притежават призната медицинска специалност по детска хирургия или единият от тях е с призната медицинска специалност по детска хирургия, а другият с призната специалност по обща хирургия. Най-малко един от тях трябва да притежава сертификат за лапароскопия и един за торакоскопия.
- само за код 35533-00 при деца под 9-годишна възраст - пет лекари със специалност по детска хирургия в съответната/то специализирана/но клиника/отделение по детска хирургия и от тях трябва да има специалисти, притежаващи сертификат за лапароскопия, торакоскопия, бронхоскопия и горна ендоскопия.
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;

- лекар/и със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

- хеморагия с остра кръвозагуба – хемоглобин под 100 g/l
- хематоколпус
- травматична увреда на перинеум и/или влагалище
- съмнение за новообразувания на ендометриума и маточна шийка, както и вулва и перинеум;
- абнормни генитални кръвотечения;
- вродени или придобити аномалии или промени в анатомията на гениталиите

5Б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биопсичен материал за патоанатомично изследване при наличие или съмнение за онкологично заболяване.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 2 часа за спешни пациенти и до 24 час за планово оперираните пациенти.

Електрокардиограма се извършва до 2 часа за спешни пациенти и до 24 час за планово оперираните пациенти (по преценка).

Други инструментални /образни изследвания се извършват съобразно състоянието на пациента.

Предоперативната анестезиологична консултация се извършва до 2 часа за спешни пациенти и до 48 час за планово оперираните пациенти.

Следоперативния период има различна продължителност в зависимост от нозологичната единица. Това се определя от клиничното състояние на пациентката, обема на оперативната интервенция, обективния гинекологичен статус и придружаващите заболявания.

Фармакотерапия

Диагностичните и лечебните манипулации се извършват под краткотрайна венозна или обща анестезия.

При оперираните се провежда перорална антибиотична профилактика.

При възпалителни процеси и други рискови фактори се провежда перорална антибиотична терапия съобразена с обективното състояние и след получаване на резултатите от микробиологичното изследване – в зависимост от антибиограмата.

Обезболяването в ранния следоперативен период се провежда с аналгетични препарати – наркотични нестероидни противовъзпалителни обезболяващи средства или през епидурален катетър.

При извършването на процедури с кодове 35630-00 и 35539-04 се изготвя **протокол за извършените процедури**,в който се вписват саморъчно името на извършилия изследването и личен подпис.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се според клиничните симптоми, предоперативния гинекологичен статус, по време на операцията и след задължително хистологично изследване на оперативен материал.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- коректно попълнен фиш “Клинико- лабораторен минимум”;
- добро общо състояние;
- липса на фебрилитет (над 37.5 градуса) през последните 48 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- липса на патологични процеси в областта на операцията;
- възстановена микция и дефекация.

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Корем: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

Микция: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши)

Дефекация: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши)

Раздвижване: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)

Аксиларна t°:	Пулс:	Перисталтика: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА: ☐ свалени конци ☐ несвалени конци
☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)

ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО:
☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения
☐ друго (опиши)

КРЪВНА КАРТИНА:	ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ:	ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:
Hb Ht Er Leu	Вр. кървене Фибриноген	

ДРУГИ ДАННИ:

Лекуващ лекар:

.....

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Акушерство и гинекология".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол, съобразно Медицински стандарт „Акушерство и гинекология";

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Предлагаме Ви маточен кюретаж, защото:

В момента губите кръв и няма друг начин да спрем кървенето.

Вашата бременност е нарушена необратимо. Ако дори част от нея остане в матката, съществува сериозен риск за здравето Ви.

Страдате от гинекологично заболяване, което може да бъде излекувано чрез кюретаж.

Твърде вероятно страдате от гинекологично заболяване. Трябва да разберем дали това е вярно и в какво точно се състои Вашето заболяване.

Предлагаме Ви конизация, защото:

Доказано е, че страдате от гинекологично заболяване, което обикновено се излекува напълно и окончателно чрез конизация.

Съществува съмнение, че страдате от гинекологично заболяване. Трябва да разберем дали това е вярно и в какво точно се състои Вашето заболяване.

Предлаганите Ви операции се извършват през влагалището. Това става в специално оборудвана зала, при стриктно спазване на всички правила за безопасност.

Ще Ви бъде осигурен надежден метод за обезболяване. Обикновено избираме краткотрайно общо обезболяване с помощта на венозна инжекция или обезболяване чрез инжекция в областта на кръста (спинална или епидурална анестезия).

И при най-прецизна работа съществува минимален риск от нараняване на съседни органи. Макар и рядко, такива усложнения могат да наложат допълнително лечение (по изключение – коремна операция).

В хирургията са известни и други усложнения (напр. нарушения в съсирването на кръвта, възпаления и др.). В рамките на съвременната медицина и при предлаганата Ви операция те са изключително редки.

Съществуват и рискове, свързани с оперативните намеси изобщо – без оглед дали са големи или малки. Така например, при кръвопреливане чуждата кръв може (в редки случаи) да вкара в организма Ви микроб или вирус. Някои лекарства могат да причинят свръхчувствителност (алергия). Моля, съобщете ни за всички реакции, предизвикани в миналото Ви от лекарства, храни и др.!

При липса на усложнения ще бъдете изписана на същия или следващия ден.

Окончателен отговор на въпросите около същността на Вашето заболяване и дали е необходимо допълнително лечение ще бъде даден тогава, когато е налице резултат от изследването на отстранените тъкани, т.е. не по-рано от 7-10 дни след операцията.

Повече подробности можете да получите от лекуващия лекар. Не се колебайте да му задавате въпроси!

КП № 164 КОРЕКЦИИ НА ТАЗОВА (ПЕРИНЕАЛНА) СТАТИКА И/ИЛИ НА НЕЗАДЪРЖАНЕ НА УРИНАТА ПРИ ЖЕНАТА

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3, КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

3, ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1125 Други процедури на уретра

90365-00 Други процедури на уретра

1110 Процедури при женска стрес инконтиненция

35599-00 Слинг процедура при стрес инконтиненция, жени
Поставяне на:
• трансобтураторна субуретрална лента (TOT)
• трансвагинала свободна от налягане лента (TVT)
Интравагинална слингпластика
Трансвагинална свободна от налягане лента процедура
Трансобтураторна субуретрална лента процедура
Включва: комбиниран коремно вагинален, или коремен, или вагинален достъп тези с поставяне на протеза
Не включва: ревизия на слинг процедура при стрес инконтиненция (35599-01 [1110]) тази при мъже (37044-00 [1109])

37044-01 Ретропубична процедура за стрес инконтиненции, жени
Burch колпосуспензия
Цистоуретропексия чрез супрапубична суспензия
Лапароскопска ретропубична хирургия на мехура
Marshall-Marchetti-Kranz процедура
Паравагинално и вагинално обтураторно плато
Ретропубична уретрална суспензия
Супрапубична процедура при мехурна стрес инконтиненция
Зашиване на периуретрални тъкани към симфизата
Уретровагинална фиксация (към Cooper лигамент)
Уретровезикална суспензия
Вагинална колпосуспензия
Включва: тези с поставяне на протеза
Не включва: ревизия на ретропубични процедури при стрес инконтиненция (37044-02 [1110]) слинг процедура (35599-00 [1110])

37339-00 Парауретрално инжектиране на вещество при стрес инконтиненция, жени
Усилваща уретропластика – Polytef
Парауретрална имплантация на инертни вещества
Парауретрално инжектиране на:
• колаген
• Macroplastique
• Polytef
Включва: цистоскопия
Уретроскопия

1272 Реконструктивни процедури на матка и поддържащи структури

Корекция на двурога матка
Strassman операция

35680-00 Лапароскопска реконструкция на матка и поддържащи структури

35680-01	Реконструкция на матка и поддържащи структури
1110 Процедури при женска стрес инконтиненция	
37043-00	Трансвагинална иглена суспензия при стрес инконтиненция Повдигане на везико – уретралния ъгъл Процедури: • Gittes • Kelly(-Kennedy) (уретровезикална пликация) • Pereyra • Raz • Stamey *Включва*: тези с поставяне на протеза
1283 Възстановяване пролапс на матка, тазово дъно или ентероцеле	
	Включва: поставяне на протеза
35573-00	Пластика на предна и задна влагалищна стена, вагинален достъп Възстановяване на ректо- и цистоцеле
35577-00	Възстановяване пролапс на тазово дъно Donald-Fothergill } Le Fort } операции Manchester }
1286 Други възстановителни процедури на влагалище	
90449-00	Друго възстановяване на вагина Вагинопластика БДУ *Не включва*: такава при фистула (виж блок [1284])
1283 Възстановяване пролапс на матка, тазово дъно или ентероцеле	
	Включва: поставяне на протеза
35571-00	Пластика на задна влагалищна стена, вагинален достъп Възстановяване на: • ентероцеле • перинеум • ректоцеле
1294 Възстановителни процедури на вулва или перинеум	
35533-00	Вулвопластика Пластика на лабии

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко II - ро ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология". В условия на спешност - в клиника/отделение най-малко I - во ниво на компетентност.

Дейността по процедура с код 35573-00 при деца под 9-годишна възраст се осъществява само в обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана на III-то ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология" и медицински стандарт "Детска хирургия".

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено
1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология Или Клиника/отделение по детска хирургия III ниво – за код (35573-00) при деца до 9 год. възраст
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Рентгенов апарат
5. Клинична лаборатория II ниво
6. Ехограф с необходимите трансдюсери

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратра
1. Лаборатория по клинична патология на територията на областта
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Платна за укрепване на тазово дъно	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Ленти за слингови операции	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Колоидални перли за инфилтрация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура за II-ро ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография
- за акушерска структура (акушеро-гинекологична) при I ниво на компетентност в условия на спешност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност в условия на спешност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология”;
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;
- лекар/и със специалност по вътрешни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура за II-ро ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография
- за акушерска структура (акушеро-гинекологична) при I ниво на компетентност в условия на спешност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност в условия на спешност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология”;
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;
- пет лекари със специалност по детска хирургия в съответната/то специализирана/но клиника/отделение по детска хирургия и допълнителна квалификация съгласно стандарт по „Хирургия“, само за код **35573-00** при деца под 9-годишна възраст;

- лекар/и със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

- Спешна диагностика и лечение на атрезия на влагалището и други индикации за оперативно лечение при деца до 18 години
- десцензус и/или пролапс на влагалището без указание за пролапс на матката;
- пролапс на матката;
- стрес-инконтиненция на урината;
- цистоцеле и/или ректоцеле;

5Б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 2 часа за спешни пациенти и до 24 час за планово оперираните пациенти.

Електрокардиограма се извършва до 2 часа за спешни пациенти и до 24 час за планово оперираните пациенти (по преценка).

Други инструментални /образни изследвания се извършват съобразно състоянието на пациента.

Предоперативната анестезиологична консултация се извършва до 2 часа за спешни пациенти и до 48 час за планово оперираните пациенти.

Болничното лечение след оперативната корекция на тазовата статика и/или на незадържане на урината при неусложнените форми продължава до зарастване на оперативната рана. При операциите поради генитален пролапс, дехоспитализацията се извършва при осигурен дренаж на урината. Обичайната продължителност на болничния престой при случаите без усложнения и придружаващи утежняващи заболявания и фактори, е до 8-10 дни.

Фармакотерапия

Оперативната интервенция се извършва под обща ендотрахеална анестезия, спинална аналгезиа или аналгезия с епидурален катетър.

При неусложнените случаи на оперирани се провежда антибиотична профилактика. При възпалителни процеси и други рискови фактори вида и продължителността на антибиотичната лечение е индивидуално, съобразено с обективното състояние и резултатът от микробиологично изследване.

Обезболяването в ранния следоперативния период се провежда с аналгетични препарати – наркотични нестероидни противовъзпалителни обезболяващи.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се според клиничните симптоми, предоперативния гинекологичен статус, уродинамичните изследвания и по време на операцията.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- коректно попълнен фиш “Клинико – лабораторен минимум”;
- добро общо състояние;
- липса на фебрилитет (над 37.5 градуса) през последните 48 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- спокойна оперативна рана;
- липса на патологични процеси в областта на операцията;
- възстановен чревен пасаж и дренаж на урината.

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата: .....

<table>
<tr><td colspan="3"><u>ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u>
<u>Корем</u>: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

<u>Микция</u>: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши)

<u>Дефекация</u>: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши)

<u>Раздвижване</u>: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td><u>Аксиларна t°</u>:</td><td><u>Пулс</u>:</td><td><u>Перисталтика</u>: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА</u>: ☐ свалени конци ☐ несвалени конци
☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u>:
☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения
☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td><u>КРЪВНА КАРТИНА</u>:

Hb
Ht
Er
Leu</td><td><u>ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ</u>:

Вр. кървене
Фибриноген</td><td><u>ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ</u>:</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>ДРУГИ ДАННИ</u>:</td></tr>
</table>

Лекуващ лекар:

.....

III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Акушерство и гинекология".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол, съобразно Медицински стандарт „Акушерство и гинекология";

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяване и необходимост от операция:

Операцията, която Ви се предлага, цели да коригира т.нар. ***"смъкване" на влагалищните стени*** (понякога и на матката) и да премахне оплакванията Ви от незадържане на урината, ако такива оплаквания са налице.

Обикновено този тип операции не целят спасяване на живота Ви (той просто не е застрашен), ***а подобряване на неговото качество***. Вашите оплаквания Ви пречат да общувате и да работите нормално или просто ангажират мислите Ви. С други думи, не живеете пълноценно. Ако тези оплаквания не се повлияват от лекарства, не остава друго освен да бъдете оперирана. След като се възстановите от операцията, неприятностите остават в миналото.

Технически данни за операцията:

Операциите се извършват ***след пълно обезболяване***. Лекарят ще Ви предложи една от следните две възможности:

- да заспите с помощта на медикаменти (обща анестезия);

- да Ви бъде направена инжекция в областта на кръста (спинална или епидурална анестезия).

И в двата случая няма да усетите никаква болка по време на операцията.

При операции, които засягат единствено влагалището, по видимата част на тялото не остават белези.

В някои случаи с незадържане на урината се налага минимално проникване през коремната стена. При този тип операции се правят два или три малки (по около 1 cm) разрези на корема. Предпочитаме те да бъдат в най-долната му част, която обикновено е покрита от окосмяване.

Понякога незадържането на урината се лекува най-ефикасно с операция, която налага малко по-дълъг (около 5-6 cm) разрез в най-долната част на корема.

Неусложнен следоперативен период:

През първите часове след операцията в оперираните зони се усеща болка. ***Ние изключително държим на спокойствието на нашите болни и правим всичко възможно да сведем болката до минимум!***

За да облекчим функцията на пикочната система след операцията, в продължение на 5-6 денонощия се налага в пикочния мехур да бъде оставен катетър. Катетърът се отстранява окончателно след като се уверим, че пикочният мехур функционира нормално.

Понякога се налага поставяне на тръбички (дренажи), през които изтичат насъбралите се в раната секрети. Тези тръбички обикновено се отстраняват след 1-3 дни. Отстраняването им не е болезнено.

Следоперативното приложение на антибиотици не е задължително. В замяна на това, задължително е ранното раздвижване – пациентката става от леглото в деня след операцията.

Възможни следоперативни усложнения:

По правило, този тип операции протичат без усложнения.

След операции за незадържане на урината, понякога се получава затруднено изпразване на пикочния мехур. Това усложнение се преодолява чрез удължаване на времето за престой на мехурния катетър с 1-3 дни.

В крайно редки случаи могат да бъдат наранени съседни органи. При подобно усложнение, то най-често се коригира по време на самата операция и остава без никакви последствия. По изключение може да се наложи повторно оперативно лечение.

В тазовата хирургия са известни и други усложнения, като: образуване на съсиреци (тромбози) в кръвоносните съдове; кръвотечения; инфекции. Тези усложнения днес се срещат все по-рядко.

Съществуват и рискове, свързани с медицинските намеси изобщо. Ако се наложи кръвопреливане, чуждата кръв може да вкара в организма микроб или вирус. Някои лекарства могат да предизвикат алергични реакции. Ще помогнете много и на себе си, и на нас, ако предварително ни съобщите за всички реакции, предизвикани в миналото Ви от лекарства, храни и др.

Някои данни свързани с времетраенето:

Предлаганата Ви операция обикновено трае по-малко от 1 час. При нужда, операцията може да продължи и малко по-дълго. Времетраенето на операцията не е от съществено значение за оперативния риск.

Престоят в клиниката след такава операция е 7-8 дни. При особено благоприятно протичане, можете да бъдете изписана и по-рано.

Един месец след операцията трябва да избягвате всякакви физически натоварвания и да не водите полов живот. След като месецът мине, трябва да се явите на контролен преглед. Лекарят ще Ви даде съвет по отношение на режима, който се налага да спазвате. Обикновено разрешаваме някои по-леки натоварвания, както и полов живот.

Приема се, че 3 месеца след такава операция жената може да живее и работи пълноценно.

КП № 165 ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ И КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ТОКСО-ИНФЕКЦИОЗЕН И АНЕМИЧЕН СИНДРОМ ОТ АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧЕН ПРОИЗХОД

1. Минимален болничен престой – 5 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Салпингит и оофорит

Включва: абсцес (на):
маточна тръба
- яйчник
- тубоовариален

пиосалпинкс
салпингоофорит
тубоовариална възпалителна болест

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

N70.0 Остър салпингит и оофорит

N70.1 Хроничен салпингит и оофорит

Хидросалпинкс

Възпалителна болест на матката, без шийката на матката

Включва: ендо(мио)метрит
метрит
миометрит
пиометра
абсцес на матката

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

N71.0 Остра възпалителна болест на матката

N71.1 Хронична възпалителна болест на матката

Други възпалителни болести на женските тазови органи

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

N73.0 Остър параметрит и тазов целулит

Абсцес на:
- широките връзки
- параметриума

Тазов целулит, женски

} уточнен като остър

N73.1 Хроничен параметрит и тазов целулит

Всяко състояние в N73.0, уточнено като хронично

N73.4 Хроничен пелвиоперитонит при жени

Възпалителни увреждания на женските тазови органи при болести, класифицирани другаде

N74.0* Туберкулозна инфекция на шийката на матката (A18.1†)

N74.1* Туберкулозно възпаление на органите и тъканите на малкия таз при жени (A18.1†)

Туберкулозен ендометрит

N74.2* Възпалителна болест на женските тазови органи, предизвикана от сифилис (A51.4†, A52.7†)

N74.3* Възпалителна гонококова болест на женските тазови органи (A54.2†)

N74.4* Възпалителна болест на женските тазови органи, предизвикана от хламидий (A56.1†)

N92.2 Обилна менструация през пубертета

Обилно кървене в началото на менструалния период
Менорагия през пубертета
Пубертетни кръвотечения

Неуспешен опит за аборт

Включва: неуспешен опит за изкуствен аборт

Не включва: инкомплетен аборт (O03-O06)

O07.0 Неуспешен терапевтичен аборт, усложнен с инфекция на родовия канал и тазовите органи

Със състояния, класифицирани в подрубрика O08.0

O07.1 Неуспешен терапевтичен аборт, усложнен с продължително или масивно кръвотечение

Със състояния, класифицирани в подрубрика O08.1

Усложнения след аборт, извънматочна и гроздовидна бременност

Забележка: Тази рубрика е предназначена предимно за кодиране на заболеваемостта. При използването следва да се прилагат правилата за кодиране на заболеваемостта и указанията, изложени в т. 2.

O08.0 Инфекция на гениталния тракт и тазовите органи след аборт, извънматочна и гроздовидна бременност

Ендометрит
Оофорит
Параметрит
Пелвиоперитонит
Салпингит
Салпинго-оофорит
Сепсис
Септичен шок
Септицемия

} вследствие на състояния, класифицирани в рубриките O00—O07

Не включва: септична или септикопиемична емболия (O08.2)
инфекция на пикочните пътища (O08.8)

Венозни усложнения по време на бременността

Не включва: белодробна емболия от акушерски произход (O88.—)
изброените състояния като усложнения на:
•аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08)
•раждане и послеродов период (O87.—)

O22.3 Дълбока флеботромбоза по време на бременността
Антепартална дълбока флеботромбоза

Възпалителни болести на пикочо-половата система по време на бременността

O23.0 Възпалителни болести на бъбреците по време на бременността

Отклонения от нормата при антенатален скрининг на майката

Не включва: резултати от диагностични изследвания, класифицирани другаде
медицински грижи за майката, свързани със състоянието на плода, околоплодния мехур и възможни усложнения в хода на родоразрешаването (O30—O48)

O28.0 Хематологични отклонения от нормата при антенатален скрининг на майката

Послеродово кръвотечение

Включва: кръвотечение след раждането на плода или детето

O72.2 Късно и вторично послеродово кръвотечение

Кръвотечение, свързано със задържàни части на плацентата или околоплодните ципи
Задържàни продукти от зачатието БДУ, след раждането

O85 Послеродов сепсис

Послеродов(-а):
- ендометрит
- треска
- перитонит
- септицемия

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

Не включва: акушерска пиемична или септична емболия (O88.3)
септицемия в хода на раждането (O75.3)

Други послеродови инфекции

Не включва: инфекция по време на раждането (O75.3)

O86.2 Инфекция на пикочните пътища след раждане

Състояния, класифицирани в рубриките N10—N12, N15.—, N30.—, N34.—, N39.0, след раждане

O86.3 Други инфекции на пикочо-половите пътища след раждане

Послеродова инфекция на пикочо-половия тракт след раждане БДУ

O86.4 Пирексия от неизяснен произход след раждане

Послеродова:

- инфекция БДУ
- пирексия БДУ

Не включва послеродова треска (O85)

хипертермия по време на раждане (O75.2)

O86.8 Други уточнени послеродови инфекции

Венозни усложнения в послеродовия период

Включва: в хода на раждането, родоразрешаването и послеродовия период

Не включва*:* акушерски емболизъм (O88.—)

венозни усложнения по време на бременността (O22.—)

O87.0 Повърхностен тромбофлебит в послеродовия период

O87.1 Дълбока флеботромбоза в послеродовия период

Дълбока венозна тромбоза, послеродова

Тазов тромбофлебит, послеродов

Възпаления на гърдата,свързани с раждането

Включва: изброените състояния по време на бременността, послеродовия период или лактацията

O91.1 Абсцес на гърдата, свързан с раждането

Абсцес на гърдата
Гноен мастит
Субареоларен абсцес
} гестационен или послеродов

O91.2 Негноен мастит, свързан с раждането

Лимфангит на гърдата
Мастит:
- БДУ
- интерстициален
- паренхиматозен
} гестационен или послеродов

Други болести на майката, класифицирани другаде, но усложняващи бременността,раждането и послеродовия период

Забележка: Тази рубрика включва състояния, които усложняват бременността задълбочават се от бременността или представляват основно показание за акушерска помощ и за които Азбучният указател не посочва специална рубрика в клас XV

При необходимост от идентифициране на конкретното състояние се използва допълнителен код

Не включва: инфекциозни и паразитни болести (O98.—)

травми, отравяния и някои други последици от въздействието на външни причини (S00—T98)

медицински грижи за майката поради болест, за която се предполага или със сигурност увреждa плода (O35—O36)

O99.0 Анемия, усложняваща бременността, раждането и послеродовия период

Състояния, класифицирани в рубрики D50—D64

O99.1 Други болести на кръвта и кръвотворните органи, и отделни нарушения, включващи имунния механизъм, усложняващи бременността, раждането и послеродовия период

Състояния, класифицирани в рубрики D65—D89

Не включва: кръвотечение с коагулационни дефекти (O46.0, O67.0, O72.3)

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1962 Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

1982 Радиография на генитална област

59712-00 Хистеросалпингография

1977 Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем

Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах

Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

1943 Ултразвук на корем или таз

55700-02 Ултразвук на корем или таз за други състояния, свързани с бременност
Ултразвукова:
• локализация на плацента
• пелвиметрия
Ултразвук на бременна матка БДУ

55700-00 Ултразвук за откриване аномалии на плода

55700-01 Ултразвук за измерване на фетален растеж

Включва: фетална ултразвукова цефалометрия

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55731-00 Ултразвук на женски таз

Включва: такава със солева инфузия на ендометриална кухина

Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

Не включва: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])

55729-01 Дуплекс ултразвук на умбиликална артерия

Включва: при оценка обем на амниотична течност

1926 Микробиологични изследвания

91920-02	Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност *Включва:* урокултура антибиограма
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91919-12	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за бактериална намазка
91919-14	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за култура и чувствителност
1932	**Изследвания на урината**
91920-11	Измерване на бъбречен клирънс в урината
91920-12	Химично изследване на урина pH Белтък Билирубин Уробилиноген Глюкоза Кетони Относително тегло Нитрити Левкоцити Кръв
1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-08	Изследване на време на кървене
91913-04	Изследване на време на съсирване
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
91913-01	Изследване на тромбоцити
91910-43	Определяне на антитромбоцитни антитела
91910-36	Клинично-химични изследвания за Желязо
1910-37	Клинично-химични изследвания за ЖСК
1929	**Вирусологични изследвания**
91913-00	Серологично изследване на кръв за Васерман
91911-29	Други серологични изследвания
1924	**Биохимични изследвания**
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-16	Клинично-химични изследвания за директен билирубин
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма

1930 Имунологични изследвания

91926-00	Определяне на кръвни групи от системата АВ0 и Rh (D) антиген от системата Rhesus по кръстосан метод (с тест-реагенти анти-А, анти-В, анти-АВ, анти-D и тест-еритроцити А1, А2, В и 0)

Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
- тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
- кръвозаместители
- Dextran
- Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
- кръвни заместители
- гранулоцити

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])

	• фармакологичен агент за: • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910]) • имунизация (виж блокове [1881] до [1884]) • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация) • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256]) • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552]) • перфузия (виж блок [1886]) • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883]) хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
	Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в блок Кодове на основни процедури по КСМП, насочени към основната диагноза.

1. 91910-04 (ПКК) И 91910-11 (фибриноген) И 91910-09 (протромбиново време);
2. 55700-02 (ултразвук на корем или таз за други състояния, свързани с бременност) или 55731-00 (ултразвук на женски таз);
3. 91920-02 (урокултура и антибиограма) ИЛИ 91919-12 (микробиологично изследване на проба от женския генитален тракт);

За диагноза О23.0 Възпалителни болести на бъбреците по време на бременността в допълнение задължително се изискват още: 91926-00 (изследване на кръвни групи от системата АВ0 и Rh (D); 91910-19 (С-реактивен протеин);

За диагноза О99.0 Анемия, усложняваща бременността, раждането и послеродовия период се изискват още:

91926-00 (изследване на кръвни групи от системата АВ0 и Rh (D); 91910-36 (изследване на серумно желязо); 91910-37 (изследване за ЖСК);

Следните изследвания/кодове са по преценка:

1. Биохимични изследвания: (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-17, 91910-18, 91910-19, 91910-20, 91910-25, 91910-26, 91910-27, 91910-41).
2. Серологични изследвания (91913-00, 91911-29);

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко II - ро ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология". В условия на спешност - в клиника/отделение най-малко I - во ниво на компетентност.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология".

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено
1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Рентгенов апарат
5. Клинична лаборатория II ниво
6. Ехограф с необходимите трансдюсери

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратра
1. Лаборатория по клинична патология на територията на областта
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Платна за укрепване на тазово дъно	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Ленти за слингови операции	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Колоидални перли за инфилтрация	НЗОК не заплаща посоченото изделие

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ..

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура за II-ро ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография
- за акушерска структура (акушеро-гинекологична) при I ниво на компетентност в условия на спешност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност в условия на спешност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология”;
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;
- лекар/и със специалност по вътрешни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура за II-ро ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография
- за акушерска структура (акушеро-гинекологична) при I ниво на компетентност в условия на спешност – трима лекари, от които един със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура при I ниво на компетентност в условия на спешност – двама лекари, от които един лекар със специалност по „Акушерство и гинекология”;
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;
- лекар/и със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5А, ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Спешна диагностика и лечение при:

- токсоинфекциозен синдром и/или доказан микробиологично инфекциозен причинител;
- клинични данни за обостряне на хроничен възпалителен процес на женската полова система;
- бременност и възпалителни заболявания на женска полова система;
- бременност и анемия;
- параклинични данни за промени в кръвната картина (за диагноза N92.2 - при хемоглобин под 90 г/л.), серологично позитивиране на инфекциозен агент, микробиологично доказване на инфекциозен агент.

Тежките интра– и постпартални усложнения се лекуват по КП № 169 “Интензивно лечение на интра– и постпартални усложнения, довели до шок” и КП № 170

“Интензивно лечение на интра– и постпартални усложнения , довели до шок с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването” и в тези случаи тази пътека не се счита за завършена.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Етиологично лечение

Лечението на токсико – инфекциозния синдром започва веднага с антибиотици и/или химиотерапевтици на базата на клиничната картина. В хода на болестта, при изолиране на инфекциозния причинител и при необходимост лечението се съобразява с антибиограмата. При използване на широкоспектърни и/или двойни и тройни комбинации от антимикробни препарати се прилагат и антимикотични препарати.

Анемичният синдром се лекува чрез:

1. Премахване източника на кръвозагуба, ако има такъв.

2. Набавяне на желязо, микроелементи и витамини, при установен недоимък от тях.

3. Кръвозаместваща терапия.

Симптоматично лечение - вливания на водно-солеви разтвори и витамини.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Въз основа на клиничната картина, инструменталните, микробиологичните и параклиничните изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

Коректно попълнен фиш “Клинико-лабораторен минимум”.

Пациентите се изписват след подобряване на лабораторните резултати и овладяване на клиничната картина.

В случай на възникване на усложнения в хода на консервативното лечение, налагащо преминаване на пациента по хирургична клинична пътека, в ИЗ се обосновава и вписва промяната на състоянието, налагаща хирургично лечение.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Насочване към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти "Медицинска онкология" и "Клинична хематология") на

лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване.

Към ИЗ № ..... от .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Корем: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

Микция: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши)

Дефекация: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши)

Раздвижване: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)

Аксиларна t°:	**Пулс:**	**Перисталтика**: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)

ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО:

☐ без данни за патологични изменения в женските полови органи

☐ друго (опиши)

КРЪВНА КАРТИНА:	**ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:**
Hb **Ht** **Er** **Leu**	

ДРУГИ ДАННИ:

Лекуващ лекар:

……

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяване и необходимост от лечение:

Същността на Вашето заболяване е в това, че

- органите и тъканите на таза са засегнати от възпаление
- съществуват признаци на малокръвие.

Причинители на тазово възпаление са различни видове микроорганизми. Сигурен отговор на въпроса какъв микроорганизъм е причинил тазовото възпаление не може да се даде преди да е налице резултат от някои специални изследвания, но дори и тогава причинителите могат да останат не напълно изяснени.

Тазовото възпаление е сериозно заболяване. Ако не се лекува своевременно, то може да доведе до развитие на тежкото заболяване перитонит и до други усложнения.

Ако възпалението в таза се е развивало достатъчно дълго време, е възможно да се образуват абсцеси (изпълнени с гной кухини). Такива кухини обикновено се налага да бъдат отворени от лекаря, за да може гнойта да напусне организма. Оздравяване настъпва много по-бързо и по-сигурно, ако в организма не съществува натрупване на гной.

Дори да не се е стигнало до образуване на абсцеси, възпалените тазови органи могат да се променят по такъв начин, че да представляват риск от повторна поява на заболяване или да останат с трайно нарушена функция (най-вече, да бъдат намалени шансовете за забременяване).

Поради тези причини, лечението на тазовото възпаление трябва да бъде провеждано

- без отлагане
- с достатъчно мощни лекарства
- достатъчно продължително
- с постоянна грижа за общото състояние на болната жена
- със стремеж да не се допусне натрупване на гной в организма, а ако такова натрупване е факт – с мерки за отстраняването й.

Малокръвието (анемия) обикновено се дължи на кръвозагуба, но съществуват и други причини – вродени и придобити

Технически данни за лечението:

Основен метод за борба с възпалението е приложението на антибиотици. По правило се започва с тяхното венозно или мускулно въвеждане. По-късно може да се премине на прием през устата.

Антибиотиците са необходимо, но не и достатъчно средство за лечение на тежкото тазово възпаление. На болната се осигурява покой, обезболяване, грижа за оводняването на организма, прием на жизненоважни вещества като витамини, соли и др. За тази цел обикновено се налагат сравнително продължителни (траещи няколко дни) венозни вливания.

Когато има признаци за образуване на гнойни кухини, се налага отстраняване на гнойта. Това става през дъното на влагалището, посредством пункция (убождане) или малък разрез. Намесата се извършва с обща упойка. Обикновено прибягваме до краткотрайно приспиване с помощта на венозна инжекция.

Когато гнойта се отстрани чрез малък разрез на влагалищното дъно, в разреза оставяме огъваема тръба (дренаж), през която да може да изтече всичката насъбрала се

гной. Тази тръба се премахва след няколко дни. Премахването й се извършва безупойка, защото не е болезнено – пациентката изпитва лек краткотраен стрес, подобен на стреса при обикновена мускулна инжекция.

Когато малокръвието се дължи на кръвозагуба, най-важната лечебна мярка се състои в спирането й. Освен това, на болния организъм се доставят вещества, от които има нужда. Често се налага да се достави желязо, някои витамини и др. Понякога е наложително изгубената кръв да се замести чрез кръвопреливане

Поведение след приключване на консервативното лечение:

В много случаи консервативното лечение е достатъчно за овладяване на тазовото възпаление / анемията и води до оздравяване.

При възпалението оздравяването може да се окаже непълно – например, остава запушване на маточните тръби, което причинява безплодие. В тези случаи пациентката подлежи на допълнителни медицински грижи. Проходимостта на тръбите често се възстановява, но е възможно и трайното й изгубване. Пациентки с трайна непроходимост на маточните тръби се насочват към центрове за т.нар. асистирана репродукция – опит за зачеване “в епруветка” и др. под.

Когато възпалителният процес в таза е прекалено напреднал, той може да наложи оперативно отстраняване на заболелите органи. Подобни оперативни намеси се понасят много по-лесно, ако предварително е било проведено консервативно лечение.

Възможни усложнения:

Вече бяха споменати най-важните усложнения на тазовото възпаление при жената: развитие на абсцеси, на перитонит, запушване на маточните тръби.

В особено тежки случаи може да се стигне до разпространение на инфекцията в целия организъм – т.нар. сепсис. Сепсисът е тежко, опасно за живота състояние. Освен разпръсване на микроби във всички органи и тъкани, при него могат да се развият нарушения на съсирването (повишена или намалена съсирваемост на кръвта), белодробни усложнения (пневмония и др.).

Съществува и риск от усложнения, свързани с медицинските намеси изобщо. Например, ако се наложи кръвопреливане, чуждата кръв може да вкара в организма микроб или вирус. Някои лекарства могат да предизвикат свръхчувствителност (алергия). Ще помогнете много и на себе си, и на нас, ако предварително ни съобщите за всички реакции, предизвикани в миналото Ви от лекарства, храни и др.

Някои данни, свързани с времетраене

Предлаганото Ви лечение обикновено изисква около 5-7 дни, прекарани в болнични условия. По изключение, престоят в болница може да продължи и по-дълго.

Често се налага довършване на лечението в домашна обстановка, с препоръчани от лекуващия екип медикаменти, приемани през устата. По време на лечението не бива да се води полов живот.

Общата продължителност на лечението (в болница и у дома) продължава между 2 и 3 седмици. При успех на лечението, възстановяване на трудоспособността и подновяване на половия живот се очаква след около един месец.

КП № 166 КОРЕКЦИИ НА ПРОХОДИМОСТ И ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА АНАТОМИЯ ПРИ ЖЕНАТА

1. Минимален болничен престой – 5 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1086 Други възстановителни процедури на уретер

90357-00 Друго възстановяване на уретер
Шев на уретерна лацерация

1105 Затваряне фистула на пикочен мехур

37029-01 Затваряне на везиковагинална фистула чрез коремен подход
Включва: оментално ламбо

1253 Салпингопластика

35694-04 Салпингопластика
Дилатация на маточна тръба чрез лапаротомия
Имплантиране протеза на тръба чрез лапаротомия
Салпингопластика чрез лапаротомия

1255 Други възстановителни процедури на фалопиева тръба

90433-00 Друго лапароскопско възстановяване на маточна тръба

1277 Възстановителни процедури на маточна шийка

35618-02 Възстановяване на маточна шийка
Не включва: възстановяване пролапс на тазовото дъно (35577-00 [1283])

1271 Суспензионни процедури на матка

90435-01 Друго възстановяване на матка
Възстановяване на везико-утеринна фистула по абдоминален път
Сутура на неакушерска маточна руптура по абдоминален път

1287 Реконструктивни процедури на влагалище

35565-00 Вагинална реконструкция
Забележка: Изпълнена за:
- вродена липса
- атрезия
- урогенитален синус

1286 Други възстановителни процедури на влагалище

90449-00 Друго възстановяване на вагина
Вагинопластика БДУ
Не включва: такава при фистула (виж блок [1284])

1284 Възстановяване на вагинална фистула

35596-00 Лечение на ректовагинална фистула

1294 Възстановителни процедури на вулва или перинеум	
35533-00	Вулвопластика Пластика на лабии

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение II - ро ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология".

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено
1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория II ниво
5. Ехограф с необходимите трансдюсери
6. Рентгенов апарат

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратра
1. Лаборатория по клинична патология на територията на областта
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ..

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции);
- за гинекологична структура за II ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции);
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;
- лекар/и със специалност по вътрешни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции);
- за гинекологична структура за II ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография; лекар с допълнителна квалификация за гинекологични операции чрез лапароскопски достъп (в случай, че се извършват лапароскопски операции);
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;
- лекар/и със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

4А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение при:

- Остър хирургичен корем.
- Нарушения в проходимостта и анатомията на женските полови органи.

4Б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 2 часа за спешни пациенти и до 24 час за планово оперираните пациенти.

Електрокардиограма се извършва до 2 часа за спешни пациенти и до 24 час за планово оперираните пациенти (по преценка).

Други инструментални /образни изследвания се извършват съобразно състоянието на пациента.

Предоперативната анестезиологична консултация се извършва до 2 часа за спешни пациенти и до 48 час за планово оперираните пациенти.

Следоперативният период има различна продължителност в зависимост от нозологичната единица. Това се определя от клиничното състояние на пациентката, обема на оперативната интервенция, обективния гинекологичен статус и придружаващите заболявания.

Болничното лечение след операция за продължава до сваляне на конците на оперативната рана и възстановяване на анатомията, възстановяване на спонтанната микция и дефекация. С оглед на това обичайната продължителност на болничния престой е различна – от 5-15 дни.

Фармакотерапия

Диагностичните и лечебните манипулации се извършват под краткотрайна венозна анестезия.

Оперативната интервенция се извършва под обща ендотрахеална анестезия, спинална аналгезия или аналгезия с епидурален катетър, като са възможни комбинации между ендотрахеална и проводна анестезия (съгл. Медицински стандарт по анестезия и интензивно лечение).

Обезболяването в ранния следоперативния период се провежда с аналгетични препарати – наркотични и нестероидни противовъзпалителни обезболяващи средства или през епидурален катетър.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се според клиничните симптоми, предоперативния гинекологичен статус, рентгено-контрастните изследвания и по време на операцията при отделните нозологии.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- липса на фебрилитет (над 37.5 градуса) през последните 48 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- спокойна оперативна рана;
- липса на патологични процеси в областта на операцията;
- възстановена микция и дефекация;
- коректно попълнен фиш “Клинико – лабораторен минимум”.

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата: .....

<table>
<tr><td colspan="3"><u>ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u>
<u>Корем</u>: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

<u>Микция</u>: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши)

<u>Дефекация</u>: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши)

<u>Раздвижване</u>: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td><u>Аксиларна t°</u>:</td><td><u>Пулс</u>:</td><td><u>Перисталтика</u>: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА</u>: ☐ свалени конци ☐ несвалени конци
☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u>:
☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения
☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td><u>КРЪВНА КАРТИНА</u>:

Hb
Ht
Er
Leu</td><td><u>ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ</u>:

Вр. кървене
Фибриноген</td><td><u>ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ</u>:</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>ДРУГИ ДАННИ</u>:</td></tr>
</table>

Лекуващ лекар:

……..

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Акушерство и гинекология".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол, съобразно Медицински стандарт „Акушерство и гинекология";

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Причините за образуване на фистули на женските полови органи със съседни органи (пикочен мехур, черва) могат да бъдат от различно естество, независимо от етиологичната причина, появата им изисква тяхната оперативна корекция и отстраняване, както и възстановяване на нормалната проходимост и анатомия на органите. По този начин се предотвратяват и допълнителни усложнения, които биха могли да възникнат.

Вродените аномалии на женските полови органи, както и придобитите аномалии на същите под влияние на различни външни фактори, изискват оперативна корекция с оглед възстановяване на нормалната анатомия, а в някои случаи и на фертилитета у жената. Естествено това е възможно, когато съществуват технически възможности.

Травмите в областта на женските полови органи свързани с нарушаване на тяхната цялост изискват оперативно лечение.

Оперативната интервенция се извършва под обща ендотрахеална или регионална (спинална) аналгезия.

Операцията се извършва чрез коремен или вагинален достъп в зависимост от гинекологичното заболяване.

Усложненията и рисковете за здравето и живота от оперативната интервенция, макар и минимални при съвременните достижения на медицината, не могат да бъдат напълно изключени.

Усложненията, които могат да настъпят по време на операцията са кръвотечения, нараняване на съседни органи, смущения в някои жизнени функции във връзка с прилагането на анестезия и/или наличието на придружаващи заболявания.

В следоперативния период могат да възникнат възпалителни усложнения засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и др.

Преди, по време както и след операцията може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукта.

За допълнителни сведения по всички интересуващи Ви въпроси във връзка с Вашето заболяване и предстоящото оперативно лечение можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар.

В случай, че сте съгласни да се подложите на оперативно лечение,моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената декларация за информирано съгласие.

Непопълването или неподписването на декларацията, ще се счита за отказ от оперативното лечение.

КП № 167 СИСТЕМНА РАДИКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ НА ЛИМФНИ ВЪЗЛИ (ТАЗОВИ И/ИЛИ ПАРААОРТАЛНИ И/ИЛИ ИНГВИНАЛНИ) КАТО САМОСТОЯТЕЛНА ИНТЕРВЕНЦИЯ ИЛИ СЪЧЕТАНА С РАДИКАЛНО ОТСТРАНЯВАНЕ НА ЖЕНСКИ ПОЛОВИ ОРГАНИ.ТАЗОВА ЕКЗЕНТЕРАЦИЯ

1. Минимален болничен престой – 10 дни
Минимален болничен престой при лапароскопски достъп – 4 дни

3. ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

811 Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места

Не включва: хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])

90282-02 Радикална ексцизия на лимфен възел на друго място
Цялостно изчистване на всички възли на друго място
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускул и фасция

Не включва: при стадиране на малигнизиране:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфом (30384-00 [985]
• БДУ (35726-01 [985])
това на тазови лимфни възли при:
• гинекологична неоплазма (35551 [810])
• хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269])
• радикална простатектомия и реконструкция на мехурна шиика (37211-00 [1167])

810 Ексцизионни процедури на лимфни възли при гинекологично злокачествено заболяване

35551-00 Лапароскопска радикална ексцизия на тазови лимфни възли при злокачествено гинекологично заболяване

35551-01 Радикална ексцизия на тазови лимфни възли при злокачествено гинекологично заболяване

Не включва: при хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269])

1268 Абдоминална хистеректомия

35664-00 Радикална абдоминална хистеректомия с радикална ексцизия на тазови лимфни възли

Включва: мобилизация на матката
салпингоовариектомия (едно- или двустранна)

809 Ексцизионни процедури на лимфни възли в слабините

Ексцизия на ингвинални лимфни възли

30330-00 Радикална ексцизия на лимфни възли в слабините
Цялостно изчистване на всички слабинни възли
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускули и фасция

989 Други ексцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум

Не включва: хистеректомия с ретроперитонеална дисекция (35667-00 [1268])

90450-02	Тотална тазова екзентерация Тотална тазова евисцерация

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Отстранените при операцията тъкани задължително подлежат на хистологично изследване. Резултатът от хистологичното изследване задължително се вписва в епикризата, издавана при дехоспитализация.

В резултата от хистологично изследване на оперативния материал да се упомене броят екстирпирани лимфни възли – по анатомична зона и където е възможно, с указание "ляво" или "дясно".

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение III - то ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология".

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория II или III ниво
5. Рентгенов апарат
6. Ехограф с необходимите трансдюсери
7. Колпоскоп
8. Лапароскоп
9. Хистероскоп

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клинична патология на територията на населеното място
2. КАТ/МРТ
3. Вирусологична лаборатория
4. Имунологична лаборатория
5. Генетична лаборатория
6. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура/акушеро-гинекологична при III-то ниво на компетентност - петима лекари със специалност по „Акушерство и гинекология"; двама с допълнителна квалификация по ехография;

- за гинекологична структура при III-то ниво на компетентност – трима лекари със специалност по „Акушерство и гинекология"; един с допълнителна квалификация по ехография;

- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение";

- лекар/и със специалност по кардиология

или лекар/и със специалност по вътрешни болести;

- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура/акушеро-гинекологична при III-то ниво на компетентност - петима лекари със специалност по „Акушерство и гинекология"; двама с допълнителна квалификация по ехография;

- за гинекологична структура при III-то ниво на компетентност – трима лекари със специалност по „Акушерство и гинекология"; един с допълнителна квалификация по ехография;

- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение";

- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

- лекар/и със специалност по детски болести.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- От горепосочените лекари със специалност по акушерство и гинекология – поне двама да са със стаж по специалността най-малко 10 години и поне 10 случая годишно в гинекологична клиника/отделение

и/или

един лекар със специалност по акушерство и гинекология, имащ хабилитация по специалността

и/или

един лекар със специалност по акушерство и гинекология с призната втора специалност по онкология или обща хирургия;

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. Диагностика и лечение при:

- спешни състояния, свързани с профузни генитални кръвотечения,
- остър корем
- травми на женските полови органи

1.2.Диагностика и лечение на:

- хистологично доказани неоплазми на маточната шийка, маточното тяло, влагалище, вулва и перинеум;
- персистираща абнормна цитологична и хистологична находка за предракови изменения на женските гениталии;
- тумори на маточните тръби и яйчниците, доказани клинично или с методите на образната диагностика;
- рецидиви на генитални злокачествени тумори и циторедуктивна хирургия.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 24 час.

Електрокардиограма се извършва до 24 час.

Рентгенография/скопия на бял дроб и сърце се извършва по преценка.

Други инструментални /образни изследвания се извършват съобразно състоянието на пациента.

Предоперативната анестезиологична консултация се извършва пациенти и до 48 час.

Консултацията с кардиолог се извършва до 48 час от хоспитализацията на пациента.

В нашите условия болничното лечение при оперираните по повод на карцином на маточната шийка, на маточното тяло, на маточните тръби, на яйчника, на влагалището, на вулвата и трофобластната болест продължава до зарастване на оперативната рана, до преустановяване на отделянето от дренажите, както и при осигурен дренаж на урината. Свалянето на конците става по преценка на оператора или на лекуващия лекар.

Фармакотерапия

Оперативната интервенция се извършва под обща ендотрахеална анестезия, аналгезия с епидурален катетър или краткотрайна венозна анестезия (съгласно медицински стандарт “Анестезия и интензивно лечение”).

При неусложнените случаи се провежда парентерална антибиотична профилактика, съобразена с клиничното състояние на пациентката и микробиологичните резултати, която може да премине в перорална антибактериална профилактика.

Обезболяването в ранния следоперативния период се провежда с аналгетични препарати – наркотични и нестероидни противовъзпалителни обезболяващи средства или през епидурален катетър.

Пациентките, поради завишения риск от венозни тромбози, получават постоперативно хепаринова профилактика, продължителността на която се определя от обема на оперативната интервенция и наличието на допълнителни рискови фактори (прекарани тромбози и емболии, сърдечни заболявания и др.). Продължителността на профилактиката е поне 6 дни или до окончателното раздвижване на пациентката.

Възстановяването на пасажа от 3-ия постоперативен ден се осъществява по преценка на оператора или лекуващия лекар чрез клизми или медикаментозно.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

При онкологичните случаи – след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост и стадий на тумора (клиничен стадий по FIGO и стадий по TNM-класификация).

Поставя се според клиничните симптоми, снетия статус, по време на операцията и след задължително хистологично изследване на оперативния материал, по преценка при конкретните нозологии.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- добро общо състояние;
- липса на фебрилитет (над 37.5^{o} C) през последните 48 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- спокойна оперативна рана;
- възстановен чревен пасаж и осигурен дренаж на урината;
- липса на патологични процеси в областта на операцията;
- коректно попълнен фиш “Клинико – лабораторен минимум”.

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата: .....

<table>
<tr><td colspan="3"><u>ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u>
<u>Корем</u>: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

<u>Микция</u>: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши)

<u>Дефекация</u>: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши)

<u>Раздвижване</u>: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td><u>Аксиларна t°</u>:</td><td><u>Пулс</u>:</td><td><u>Перисталтика</u>: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА</u>: ☐ свалени конци ☐ несвалени конци
☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u>:
☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения
☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td><u>КРЪВНА КАРТИНА</u>:

Hb
Ht
Er
Leu</td><td><u>ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ</u>:

Вр. кървене
Фибриноген</td><td><u>ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ</u>:</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>ДРУГИ ДАННИ</u>:</td></tr>
</table>

Лекуващ лекар:

.....

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Акушерство и гинекология".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарт „Акушерство и гинекология";

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА МАТОЧНОТО ТЯЛО

Онкологичните заболявания на маточното тяло са най-честите сред тази група заболявания на женската полова система в развитите страни. Те засягат предимно жените с прекратена менструална функция, но не е изключено и възникването им в по-млада възраст. За щастие заболяването се развива и разпространява сравнително бавно, което позволява ранното му установяване и своевременно лечение с изключително висок процент на окончателно излекуване. Основният метод на лечение е оперативното отстраняване на цялата матка заедно с маточните тръби и яйчниците. При необходимост в зависимост от разпространението на процеса и особеностите му се прилага допълнително лъче- и/или хормонолечение. Първичното оперативно лечение дава най-добри резултати и се прилага винаги, когато здравословното състояние на жената и разпространението на заболяването позволяват извършването на операцията. Неизвършването на операция и отказът от други методи на лечение довежда до прогресиране на заболяването със засилване на оплакванията и в крайна сметка води до неблагоприятен изход.

Операцията се извършва през надлъжен разрез по средата на корема под обща анестезия (упойка).

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущения в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици.

Преди, по време или след операцията може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар. В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената по-долу декларация за информирано съгласие.

Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Онкологичното заболяване на маточната шийка е една от най-честите форми сред тази група заболявания. То засяга предимно жени между 40 и 60-годишна възраст, като показва постоянно завишаване дела на заболелите в по-младите възрастови групи.

При диагностицирано онкологично заболяване на маточната шийка е необходимо да се направят допълнителни изследвания и консултации в болнична обстановка, където според конкретния случай се извършва ехография, компютърна томография, рентгенологични изследвания на бял дроб, кости, бъбречна система, цистоскопия, ректоскопия, изследване състоянието на сърдечно-съдовата система, клинико-лабораторни изследвания.

Основният метод на лечение е оперативното отстраняване на цялата матка заедно с маточните тръби, яйчниците, лимфните възли на таза и горната част на влагалището. При необходимост, в зависимост от разпространението на процеса и особеностите му, се прилага допълнително лъче-, химио-, имунотерапия.

Неизвършването на операция и отказът от други методи на лечение довежда до прогресиране на заболяването със засилване на оплакванията и в крайна сметка води до неблагоприятен изход.

Операцията се извършва през надлъжен разрез по средата на корема под обща анестезия (упойка).

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущения в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици. Преди, по време или след операцията, може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар.

В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената по-долу декларация за информирано съгласие. Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА ЯЙЧНИКА

Онкологичното заболяване на яйчника е третото по честота сред злокачествените заболявания на женската полова система. То засяга най-често жените между 50 и 65-годишна възраст, но не е рядкост засягането на млади, включително и нераждали жени.

При диагностицирано онкологично заболяване на яйчника е необходимо да се направят допълнителни изследвания и консултации в болнична обстановка, където според конкретния случай се извършва ехография, компютърна томография, рентгенологични изследвания на бял дроб, кости, бъбречна система, изследване състоянието на сърдечно-съдовата система, стомашно-чревния тракт и млечните жлези и клинико-лабораторни изследвания.

Основният метод на лечение е оперативното отстраняване на матката с нейните придатъци (ангажирани или не от туморни формации) и голямото було. При по-напреднали процеси стремежът е да се отстрани колкото се може повече от тумора и неговите разсейки. В зависимост от разпространението на процеса и особеностите му се прилага допълнително лъче-, химио- и имунотерапия.

Неизвършването на операция и отказът от други методи на лечение довеждат до прогресиране на заболяването със засилване на оплакванията и в крайна сметка водят до неблагоприятен изход.

Операцията се извършва през надлъжен разрез по средата на корема под обща анестезия (упойка)

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущенията в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици. Преди, по време или след операцията може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар.

В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената декларация за информирано съгласие. Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА МАТОЧНИТЕ ТРЪБИ

Онкологичните новообразувания на маточните тръби са рядко срещани малигнени неоплазми. Трудно се диагностицират в ранен стадии на заболяването, защото липсват характерни субективни симптоми, поради което пациентката не търси консултация с гинеколог.

Основният метод на лечение е оперативното. То включва отстраняване на матката заедно с нейните придатъци (маточни тръби и яйчници). Оперативният достъп е чрез надлъжен разрез по срединната линия на коремната стена под обща ендотрахеална анестезия.

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущения в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици.

Преди, по време или след операцията може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси, във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение, можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар. В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената по-долу декларация за информирано съгласие.

Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА ВЛАГАЛИЩЕТО

Онкологичните новообразувания на влагалището са злокачествени тумори, които обикновено засягат по-високите възрастови групи. За щастие се срещат сравнително рядко. Те могат да бъдат първични новообразувания на влагалището или метастатични от друга локализация на неоплазма. Обикновено пациентките неглижират оплакванията си и заболяването прогресира, като може да се разпространи и върху съседни органи – пикочен мехур, право черво.

Оперативното лечение на това заболяване изисква отстраняване на влагалището, матката и нейните придатъци. Когато процесът се е разпространил върху съседен(и) орган(и) се налага да се направи по-голяма оперативна интервенция- предна и/или задна евисцерация (отстранява се и засегнатия съседен орган и се извеждат противоестествени отвърстия).

Операцията се извършва под обща ендотрахеална анестезия. Оперативният достъп е чрез надлъжен разрез на коремната стена по срединната линия, комбиниран с влагалищен достъп.

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущения в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици. Преди, по време или след операцията, може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар.

В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената по-долу декларация за информирано съгласие. Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА ВУЛВАТА

Онкологичните новообразувания на вулвата са злокачествени заболявания, които засягат предимно възрастни жени с прекратена менструална функция. За щастие заболяването е рядко срещано.

Основният метод на лечение е оперативното. То включва радикално отстраняване на вулвата, комбинирано с дисекция на лимфните възли разположени в ингвинофеморалната област. Това може да стане на един или два етапа.

Операцията се извършва под обща ендотрахеална анестезия и регионална (спинална) аналгезия.

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущения в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечения, възпалителни усложнения засягащи оперативната рана или други органи и системи, тромбози и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици.

КП № 168 АСИСТИРАНА С РОБОТ ХИРУРГИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП №168.1 АСИСТИРАНА С РОБОТ ХИРУРГИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ В АКУШЕРСТВОТО И ГИНЕКОЛОГИЯТА

1. Минимален болничен престой – 4 дни

3. ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1268 Абдоминална хистеректомия	
	Забележка: Субтотална (суправагинална) лапароскопска абдоминална хистеректомия – включва изваждане на матката със запазване на цервикса,свързан с влагалището Тотална (лапароскопска) абдоминална хистеректомия – включва изваждане на матката, включително и цервикса Радикална абдоминална хистеректомия – включва изваждане на матката и цервикса, горните 1-2 сантиметра от влагалището и параметралните тъкани *Кодирай също когато е направена:* • отстраняване на матка (35658-00 [1270])
35653-02	Асистирана с робот тотална хистеректомия
90448-03	Асистирана с робот радикална хистеректомия
1273 Други процедури на матка	
90429-00	Други асистирани с робот операции на матка, шийка, и поддържащи структури

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове**, посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза, една от които задължително е процедура за хистологично изследване.

Една от трите диагностични процедури задължително е образно изследване.

Отстранените при операцията тъкани задължително подлежат на хистологично изследване. Резултатът от хистологичното изследване задължително се вписва в епикризата, издавана при дехоспитализация.

В резултата от хистологично изследване на оперативния материал да се упомене броят екстирпирани лимфни възли – по анатомична зона и където е възможно, с указание “ляво” или “дясно”.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение III-то ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология", от обхвата на медицинската специалност „Акушерство и гинекология" (за процедури с кодове 35653-02, 90448-03, 90429-00).";

4А). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология
2. Операционен блок/зали с инсталирана и функционираща апаратура за роботизирана и телехирургия.
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Ендоскопски кабинети
5. Клинична лаборатория II или III ниво
6. Клинична патология

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория
2. Лаборатория по трансфузионна хематология
3.Отделение по образна диагностика

4Б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ..

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

Медицински екип, сертифициран за работа с роботизирана система:

- минимум един лекар, сертифициран за работа като хирург на конзола (console surgeon) с придобита специалност по „Акушерство и гинекология", с допълнителна квалификация по роботизирана хирургия, със стаж по специалността най-малко 10 години и минимум 50 оперативни интервенции с роботизирана система годишно или с хабилитация по специалността;
- минимум един лекар, сертифициран за работа като хирург при пациента (patient side assistant) с придобита специалност по акушерство по „Акушерство и гинекология"
- минимум една акушерка или медицинска сестра, сертифицирана за работа като акушерка/сестра при пациента (patient side nurse);
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по кардиология

или лекар/и със специалност по вътрешни болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по гастроентерология или друг специалист практикуващ рутинно ендоскопия/ректоскопия;
- лекар със специалност по урология, практикуващ рутинно цистоскопия.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години

Медицински екип, сертифициран за работа с роботизирана система:
- минимум един лекар, сертифициран за работа като хирург на конзола (console surgeon) с придобита специалност по „Акушерство и гинекология", с допълнителна квалификация по роботизирана хирургия, със стаж по специалността най-малко 10 години и минимум 50 оперативни интервенции с роботизирана система годишно или с хабилитация по специалността;
- минимум един лекар, сертифициран за работа като хирург при пациента (patient side assistant) с придобита специалност по акушерство по „Акушерство и гинекология";
- минимум една акушерка или медицинска сестра, сертифицирана за работа като акушерка/сестра при пациента (patient side nurse);
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по гастроентерология или друг специалист практикуващ рутинно ендоскопия/ректоскопия;
- лекар със специалност по урология, практикуващ рутинно цистоскопия.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение при:
1. хистологично доказани злокачествени новообразувания на маточната шийка, маточното тяло, влагалище;
2. злокачествени тумори на маточните тръби и яйчниците, доказани клинично и с методите на образната диагностика;
3. други злокачествени и доброкачествени тумори на женските полови органи при жени с индекс на телесна маса (ИТМ) >35.

5Б). ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Фармакотерапия

Оперативната интервенция се извършва под обща ендотрахеална анестезия, аналгезия с епидурален катетър, или краткотрайна венозна анестезия (съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение).

При неусложнените случаи се провежда парентерална антибиотична профилактика, съобразена с клиничното състояние на пациентката и микробиологичните резултати, която може да премине в перорална антибактериална профилактика до възстановяване на микцията и премахване на уретралния катетър.

Обезболяването в ранния следоперативен период се провежда с аналгетични препарати – наркотични и нестероидни противовъзпалителни обезболяващи средства или през епидурален катетър.

Пациентките, поради завишения риск от венозни тромбози, получават постоперативно хепаринова профилактика, продължителността на която се определя от обема на оперативната интервенция и наличието на допълнително рискови фактори (прекарани тромбози и емболии, сърдечни заболявания и др.). Продължителността на профилактиката е от 7 дни до окончателното раздвижване на пациентката.

Следоперативното възстановяване на пасажа се осъществява по преценка на оператора или лекуващия лекар.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

При онкологичните случаи – след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора TNM-класификация).

Поставя се според клиничните симптоми, снетия статус, по време на операцията и след задължително хистологично изследване на оперативния материал, по преценка при конкретните нозологии.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- липса на фебрилитет (над 37.5° С) през последните 48 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- спокойна оперативна рана;
- възстановен чревен пасаж и осигурен дренаж на урината;
- липса на патологични процеси в областта на операцията;
- коректно попълнен фиш “Клинико – лабораторен минимум**”.**

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата: .....

<table>
<tr><td colspan="3"><u>ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u>
<u>Корем</u>: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

<u>Микция</u>: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши)

<u>Дефекация</u>: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши)

<u>Раздвижване</u>: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td><u>Аксиларна t°</u>:</td><td><u>Пулс</u>:</td><td><u>Перисталтика</u>: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА</u>: ☐ свалени конци ☐ несвалени конци
☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u>:
☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения
☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td><u>КРЪВНА КАРТИНА</u>:

Hb
Ht
Er
Leu</td><td><u>ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ</u>:

Вр. кървене
Фибриноген</td><td><u>ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ</u>:</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>ДРУГИ ДАННИ</u>:</td></tr>
</table>

Лекуващ лекар:

.....

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Акушерство и гинекология".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарт „Акушерство и гинекология";

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяване и необходимост от операция:

Вие имате заболяване, което налага оперативно премахване на матката. Нерядко премахването на матката не цели спасяването на живота Ви (той просто не е застрашен), а подобряване няа неговото качество. Вие сте започнали да получавате кървене или болки. Тези оплаквания Ви пречат да пътувате, да се се срещате с хора или просто ангажират мислите Ви. С други думи, не живеете пълноценно. Ако тези оплаквания не се повлияват от лекарства, не остава друго освен матката Ви да бъде оперирана. След като се възстановите от операцията, неприятностите остават в миналото.

Технически данни за операцията:

Матката се премахва от хирург с помощта на роботизирана система,с инструменти които се въвеждат в корема през малки отвори на коремната стена.

В хода на оперативната интервенция могат да настъпят усложнения които да наложат операцията да бъде довършена с разрез на коремната стена и/или с достъп през влагалището.

Когато говорим за „оперативно отстраняване на матката“, разбираме отстраняване на цялата матка - т.е. както на маточно тяло, така и на маточна шийка. В маточната шийка твърде често възниква рак. Отстранявайки я, ние предпазваме жената от такъв рак за целия й бъдещ живот. Твърдението, че маточната шийка има решително участие в усещането за полова наслада е далече от истината.

Състоянието на маточните тръби и яйчниците не винаги може да се прецени предоперативно. Ако при операцията установим, че тръба или яйчник са засегнати от заболяване, ние трябва да премахнем всички болни органи.

Може би вече сте във възраст, когато яйчниците не функционират. Ако те не са засегнати от болестен процес, ние обикновено не ги отстраняваме, но можем да направим това – стига Вие изрично да сте го поискали.

По принцип е възприето следното правило: при операция се отстраняват болните тъкани и органи – нито повече, нито по-малко.

Неусложнен следоперативен период

През първите часове след операцията в оперираните зони (коремна стена, тазови тъкани) се усеща болка. *Ние изключително държим на спокойствието на нашите болни и правим всичко възможно да сведем болката до минимум!*

За да проследим функцията на пикочната система, често се налага през първото денонощие след операцията в пикочния мехур да бъде оставен катетър. Някои специални операции налагат катетърът да остане и повече от едно денонощие.

В някои случаи операторите прибягват до употребата на дренажи. „Дренаж“ означава отвеждане на течности чрез огъваема тръбичка. Усещането при отстраняване на тръбичката не е по-неприятно от усещането при мускулна инжекция.

Следоперативното приложение на антибиотици не е задължително.

При операции на вътрешните полови органи червата изискват известно време, за да възстановят функцията си. Ако чувството за подуване Ви причинява безпокойство, съобщете на лекуващия екип.

След отстраняване на матката, Вие не можете да забременявате и да раждате деца. Ако преди операцията сте имали менструация, тя повече няма да се появи. При условие, че в тялото Ви е останала дори част от функциониращ яйчник, липсата на менструация не води нито до наддаване на тегло, нито до топли вълни, нито до загуба на Вашата женственост. Разбира се , тези неща ще се случат един ден – със или без прекарана операция. Ако е било наложително и двата яйчника да бъдат премахнати, ще получите лекарски съвет за допълнително лечение.

Възможни следоперативни нарушения:

По правило, отстраняването на матката протича без усложнения. В редки случаи е възможно да бъдат наранени съседни органи. При подобно усложнение, то най-често се коригира по време на самата операция и остава без никакви последствия. По изключение може да се наложи повторно оперативно лечение.

В коремна и тазова хирургия са известни и други усложнения, като: образуване на съсиреци (тромбози) в кръвоносните съдове; кръвотечения; потискане на чревната функция; инфекции. Тези усложнения днес се срещат все по - рядко.

Съществуват и рискове, свързани с медицинските намеси изобщо. Ако се наложи кръвопреливане, чуждата кръв може да вкара в организма микроб или вирус. Някои лекарства могат да предизвикат алергични реакции. Ще помогнете много и на себе си, и на нас, ако предварително ни съобщите за всички реакции, предизвикани в миналото Ви от лекарства, храни и др.

Някои данни свързани с времетраене:

Операцията за премахване на матката обикновено трае по-малко от 1 час. При необходимост, операцията може да продължи по-дълго. Времетраенето на операцията не е от съществено значение за оперативния риск.

Минималният престояй в клиниката след такава операция е 4 дни. При особено благоприятно протичане, мажете да бъдете изписана и по-рано.

Един месец след операцията трябва да избягвате всякакви физически натоварвания и да не водите полов живот. След като месецът мине, трябва да се явите на контролен преглед. Лекарят ще Ви даде съвет по отношение на режима, който се налага да спазвате. Обикновено разрешаваме някои по-леки натоварвания, както и половм живот.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА МАТОЧНОТО ТЯЛО

Онкологичните заболявания на маточното тяло са най-честите сред тази група заболявания на женската полова система в развитите страни. Те засягат предимно жените с прекратена менструална функция, но не е изключено и възникването им в по-млада възраст. За щастие заболяването се развива и разпространява сравнително бавно, което позволява ранното му установяване и своевременно лечение с изключително висок процент на окончателно излекуване. Основният метод на лечение е оперативното отстраняване на цялата матка заедно с маточните тръби и яйчниците. При необходимост в зависимост от разпространението на процеса и особеностите му се прилага допълнително лъче- и/или хормонолечение. Първичното оперативно лечение дава най-добри резултати и се прилага винаги, когато здравословното състояние на жената и разпространението на заболяването позволяват извършването на операцията. Неизвършването на операция и отказът от други методи на лечение довежда до прогресиране на заболяването със засилване на оплакванията и в крайна сметка води до неблагоприятен изход.

Операцията се извършва от хирург с помощта на роботизирана система, с инструменти, които се въвеждат в корема през малки отвори на коремната стена под обща анестезия (упойка).

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущения в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици.

Преди, по време или след операцията може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар. В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената по-долу декларация за информирано съгласие.

Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Онкологичното заболяване на маточната шийка е една от най-честите форми сред тази група заболявания. То засяга предимно жени между 40 и 60-годишна възраст, като показва постоянно завишаване дела на заболелите в по-младите възрастови групи.

При диагностицирано онкологично заболяване на маточната шийка е необходимо да се направят допълнителни изследвания и консултации в болнична обстановка, където според конкретния случай се извършва ехография, компютърна томография, рентгенологични изследвания на бял дроб, кости, бъбречна система, цистоскопия, ректоскопия, изследване състоянието на сърдечно-съдовата система, клинико-лабораторни изследвания.

Основният метод на лечение е оперативното отстраняване на цялата матка заедно с маточните тръби, яйчниците, лимфните възли на таза и горната част на влагалището. При необходимост, в зависимост от разпространението на процеса и особеностите му, се прилага допълнително лъче-, химио-, имунотерапия.

Неизвършването на операция и отказът от други методи на лечение довежда до прогресиране на заболяването със засилване на оплакванията и в крайна сметка води до неблагоприятен изход.

Операцията се извършва от хирург с помощта на роботизирана система, с инструменти, които се въвеждат в корема през малки отвори на коремната стена под обща анестезия (упойка).

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущения в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици. Преди, по време или след операцията, може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар.

В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената по-долу декларация за информирано съгласие. Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА ЯЙЧНИКА

Онкологичното заболяване на яйчника е третото по честота сред злокачествените заболявания на женската полова система. То засяга най-често жените между 50 и 65-годишна възраст, но не е рядкост засягането на млади, включително и нераждали жени.

При диагностицирано онкологично заболяване на яйчника е необходимо да се направят допълнителни изследвания и консултации в болнична обстановка, където според конкретния случай се извършва ехография, компютърна томография, рентгенологични изследвания на бял дроб, кости, бъбречна система, изследване състоянието на сърдечно-съдовата система, стомашно-чревния тракт и млечните жлези и клинико-лабораторни изследвания.

Основният метод на лечение е оперативното отстраняване на матката с нейните придатъци (ангажирани или не от туморни формации) и голямото було. При по-напреднали процеси стремежът е да се отстрани колкото се може повече от тумора и неговите разсейки. В зависимост от разпространението на процеса и особеностите му се прилага допълнително лъче-, химио- и имунотерапия.

Неизвършването на операция и отказът от други методи на лечение довеждат до прогресиране на заболяването със засилване на оплакванията и в крайна сметка водят до неблагоприятен изход.

Операцията се извършва от хирург с помощта на роботизирана система, с инструменти, които се въвеждат в корема през малки отвори на коремната стена под обща анестезия (упойка).

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущенията в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици. Преди, по време или след операцията може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар.

В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената декларация за информирано съгласие. Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА МАТОЧНИТЕ ТРЪБИ

Онкологичните новообразувания на маточните тръби са рядко срещани малигнени неоплазми. Трудно се диагностицират в ранен стадии на заболяването, защото липсват характерни субективни симптоми, поради което пациентката не търси консултация с гинеколог.

Основният метод на лечение е оперативното. То включва отстраняване на матката заедно с нейните придатъци (маточни тръби и яйчници). Операцията се извършва от хирург с помощта на роботизирана система, с инструменти, които се въвеждат в корема през малки отвори на коремната стена под обща анестезия (упойка).

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущения в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици.

Преди, по време или след операцията може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси, във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение, можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар. В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената по-долу декларация за информирано съгласие.

Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

ОНКОЛОГИЧНО НОВООБРАЗУВАНИЕ НА ВЛАГАЛИЩЕТО

Онкологичните новообразувания на влагалището са злокачествени тумори, които обикновено засягат по-високите възрастови групи. За щастие се срещат сравнително рядко. Те могат да бъдат първични новообразувания на влагалището или метастатични от друга локализация на неоплазма. Обикновено пациентките неглижират оплакванията си и заболяването прогресира, като може да се разпространи и върху съседни органи – пикочен мехур, право черво.

Оперативното лечение на това заболяване изисква отстраняване на влагалището, матката и нейните придатъци. Когато процесът се е разпространил върху съседен(и) орган(и) се налага да се направи по-голяма оперативна интервенция- предна и/или задна евисцерация (отстранява се и засегнатия съседен орган и се извеждат противоестествени отвърстия).

Операцията се извършва от хирург с помощта на роботизирана система, с инструменти, които се въвеждат в корема през малки отвори на коремната стена, под обща анестезия (упойка), комбиниран с влагалищен достъп.

Усложненията и рисковете за здравето и живота от подобна интервенция в съвременните условия са минимални, но не могат да се изключат напълно. Във всички случаи ползата от операцията многократно надвишава потенциалните рискове от нея. Възможните усложнения по време на хирургичната намеса произтичат от самата операция или от анестезията. Такива усложнения са кръвотечение, нараняване на съседни органи и структури като черва, пикочен мехур, уретер, големи кръвоносни съдове и нервни стволове, смущения в сърдечната дейност, дишането и функциите на нервната система. В следоперативния период могат да възникнат кръвотечение в коремната кухина, възпалителни усложнения, засягащи коремната кухина, оперативната рана или други органи и системи (нагнояване на раната, инфилтрат на влагалищния чукан, перитонит, уроинфекция, пневмония), тромбози, предизвикващи запушване на артериални и венозни съдове и свързаните с това последици. Усложненията по време на операцията и в следоперативния период могат да забавят възстановяването или да доведат до трайни последици. Преди, по време или след операцията, може да се наложи преливане на кръв или други биологични продукти.

За допълнителна информация по всички интересуващи Ви въпроси във връзка със заболяването Ви и предлаганото оперативно лечение можете да се обърнете към Вашия лекуващ лекар.

В случай, че сте съгласни да се подложите на предлаганото Ви оперативно лечение, моля попълнете собственоръчно и подпишете приложената по-долу декларация за информирано съгласие. Непопълването или неподписването на декларацията ще се счита за отказ от оперативно лечение.

КП № 168 АСИСТИРАНА С РОБОТ ХИРУРГИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП №168.2 АСИСТИРАНА С РОБОТ ХИРУРГИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ В ХИРУРГИЯТА, ГРЪДНАТА ХИРУРГИЯ, ДЕТСКАТА ХИРУРГИЯ И УРОЛОГИЯТА

1. МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ - 5 ДНИ ПРИ РАЗЛИЧНИТЕ СПЕЦИАЛНОСТИ И ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ЗА УРОЛОГИЧНИ СЛУЧАИ – 4 ДНИ

3. ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ - хирургия

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

81 Хирургична симпатектомия

Разделяне }

Невректомия } на симпатиков нерв

Не включва: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])

34505-00 Асистирана с робот симпатектомия или ганглионектомия

815 Други ексцизионни процедури на далак

30556-00 Асистирана с робот тотална спленектомия

875 Частична гастректомия

Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])

38502-00 Асистирана с робот частична гастректомия с анастомоза с хранопровод

38504-00 Асистирана с робот частична гастректомия с анастомоза с дуоденум

38501-00 Асистирана с робот частична гастректомия с анастомоза с йеюнум

879 Друга гастректомия

Включва: анастомоза
спленектомия

38506-00 Асистирана с робот тотална гастректомия с интестинална транспозиция

913 Колектомия

32409-01 Асистирана с робот дясна хемиколектомия

38510-00 Асистирана с робот резекция на трансверзален колон

32409-00 Асистирана с робот лява хемиколектомия

32408-00 Асистирана с робот сигмоидектомия

934 Ректосигмоидектомия или проктектомия

38494-00 Асистирана с робот абдоминоперинеална резекция на ректума

935 Предна резекция на ректум

32407-00 Асистирана с робот предна резекция на ректум

953 Ексцизионни процедури на черен дроб

90416-00 Асистирана с робот частична хепатектомия

956 Други процедури на черен дроб

90654-00 Асистирана с робот деструкция на лезия на черен дроб

90454-00 Асистирана с робот проксимална панкреатектомия

90453-00 Асистирана с робот дистална панкреатектомия

90455-00 Асистирана с робот частична панкреатектомия

3. ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ - детска хирургия

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

81 Хирургична симпатектомия

Разделяне }

Невректомия } на симпатиков нерв

Не включва: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])

34505-00 Асистирана с робот симпатектомия или ганглионектомия

128 Отстраняване на тимус

Отстраняване на тимус
Тимектомия

90049-01 Ендоскопска тимектомия
Медиастиноскопска }
Торакоскопска } тимектомия
Видео асистирана торакоскопска хирургия [VATS] }

Не включва: такава с трансцервикална тимектомия (38448-02 [128])

554 Други ексцизионни процедури на бял дроб или плевра

38434-00 Асистирана с робот локална ексцизия или деструкция на лезия или тъкан на бял дроб

551 Частична резекция на бял дроб

38495-00 Асистирана с робот сегментна резекция на бял дроб

552 Лобектомия на бял дроб	
38496-00	Асистирана с робот лобектомия на бял дроб
553 Пневмонектомия	
38498-00	Асистирана с робот пневмонектомия
567	**Други процедури на гръдна стена,**
38495-01	Асистирана с робот радикална дисекция на торакални структури
547 Други процедури на бронх	
38499-00	Асистирано с робот възстановяване и пластична операция на бронх
875 Частична гастректомия	
	Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])
38502-00	Асистирана с робот частична гастректомия с анастомоза с хранопровод
38504-00	Асистирана с робот частична гастректомия с анастомоза с дуоденум
38501-00	Асистирана с робот частична гастректомия с анастомоза с йеюнум
879 Друга гастректомия	
	Включва: анастомоза спленектомия
38506-00	Асистирана с робот тотална гастректомия с интестинална транспозиция
913 Колектомия	
32409-01	Асистирана с робот дясна хемиколектомия
38510-00	Асистирана с робот резекция на трансверзален колон
32409-00	Асистирана с робот лява хемиколектомия
32408-00	Асистирана с робот сигмоидектомия
934 Ректосигмоидектомия или проктектомия	
38494-00	Асистирана с робот абдоминоперинеална резекция на ректума
935 Предна резекция на ректум	
32407-00	Асистирана с робот предна резекция на ректум
953 Ексцизионни процедури на черен дроб	
90416-00	Асистирана с робот частична хепатектомия
956 Други процедури на черен дроб	
90654-00	Асистирана с робот деструкция на лезия на черен дроб
978 Панкреатектомия	

90454-00	Асистирана с робот проксимална панкреатектомия
90453-00	Асистирана с робот дистална панкреатектомия
90455-00	Асистирана с робот частична панкреатектомия

3. ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ - гръдна хирургия

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

128 Отстраняване на тимус

Отстраняване на тимус
Тимектомия

90049-01 Ендоскопска тимектомия
Медиастиноскопска }
Торакоскопска } тимектомия
Видео асистирана торакоскопска хирургия [VATS] }
Не включва: такава с трансцервикална тимектомия (38448-02 [128])

81 Хирургична симпатектомия

Разделяне }
Невректомия } на симпатиков нерв

Не включва: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])

34505-00 Асистирана с робот симпатектомия или ганглионектомия

554 Други ексцизионни процедури на бял дроб или

38434-00 Асистирана с робот локална ексцизия или деструкция на лезия или тъкан на бял дроб

551 Частична резекция на бял дроб

38495-00 Асистирана с робот сегментна резекция на бял дроб

552 Лобектомия на бял дроб

38496-00 Асистирана с робот лобектомия на бял дроб

553 Пневмонектомия

38498-00 Асистирана с робот пневмонектомия

567 Други процедури на гръдна стена, медиастинум или

38495-01 Асистирана с робот радикална дисекция на торакални структури

547 Други процедури на бронх

38499-00 Асистирано с робот възстановяване и пластична операция на бронх

3. ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ - Урология

3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

81 Хирургична симпатектомия

Разделяне }

Невректомия } на симпатиков нерв

Не включва: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])

34505-00 Асистирана с робот симпатектомия или ганглионектомия

1166 Друга затворена простатектомия

Включва: цистоскопия
супрапубична пробивна цистотомия
уретроскопия

37775-00 Асистирана с робот радикална простатектомия

1048 Частична нефректомия

Включва: друго свързано възстановяване

36360-00 Асистирана с робот частична нефректомия

1054 Нефроуретеректомия

Включва: мехурен маншет
ексцизия ан-блок на ретроперитонеални лимфни възли
възстановяване на пикочен мехур

36361-00 Асистирана с робот нефроуретеректомия

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове**, посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза, една от които задължително е процедура за хистологично изследване.

Една от трите диагностични процедури задължително е образно изследване.
Клиничната пътека не може да бъде завършена само с оперативна процедура 34505-00.
Отстранените при операцията тъкани задължително подлежат на хистологично изследване. Резултатът от хистологичното изследване задължително се вписва в епикризата, издавана при дехоспитализация.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги по т. 1.1 от обхвата на медицинската специалност „Гръдна хирургия“, осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Гръдна хирургия“ (за процедури с кодове: 38434-00, 38495-00, 38496-00, 38499-00), 38498-00, 38495-01), от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“ (за процедури с кодове 38434-00, 38495-00, 38496-00, 38499-00, 38498-00, 38495-01, 30556-00, 38502-00, 38504- 00, 38501-00, 38506-00, 32409-01, 38510-00, 32409-00, 32408-00, 38494-00, 32407-00, 90042-00, 90416-00, 90654-00, 90454-00, 90454-00, 90455-00), от обхвата на медицинската специалност „Хирургия“ (за процедури с кодове 30556-00, 38502-00, 38504-00, 38501-00, 38506-00, 32409-01, 38510-00, 32409-00, 32408-00, 38494-00, 32407-00, 90042-00, 90416-00, 90654-00, 90454-00, 90454-00, 90455-00), от обхвата на медицинската специалност „Урология“, осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Урология“ (за процедури с кодове 36360-00, 36361-00, 37775-00.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

Медицинските процедури, които се осъществяват по съответните специалности и съответно могат отчитат са посочени в блок Кодове на основни процедури. Всяка специалност може да отчита процедури от съответния на специалността блок с основни процедури.

Заболяванията, при които се отчитат хирургичните случаи са с диагнози по МКБ 10 от С00 до С99.

При при миастения гравис и/или тумори на тимуса и при тумори на заден медиастинум – невриноми могат да се отчитат и незлокачествени заболявания.

4А). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по гръдна хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по урология
2. Операционен блок/зали с инсталирана и функционираща апаратура за роботизирана и телехирургия.
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Ендоскопски кабинети
5. Клинична лаборатория II или III ниво
6. Клинична патология

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория
2. Лаборатория по трансфузионна хематология
3.Отделение по образна диагностика
4.Клинична онкологична комисия

4Б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:
Медицински екип, сертифициран за работа с роботизирана система:

- минимум един лекар, сертифициран за работа като хирург на конзола (console surgeon) с придобита специалност по „Хирургия", или „Гръдна хирургия", или „Детска хирургия", или „Урология" с допълнителна квалификация по роботизирана хирургия, със стаж по специалността най-малко 10 години и минимум 50 оперативни интервенции с роботизирана система годишно или с хабилитация по специалността;
- минимум един лекар, сертифициран за работа като хирург при пациента (patient side assistant) с придобита специалност по акушерство по „Хирургия", или „Гръдна хирургия", или „Детска хирургия", или „Урология"
- минимум една медицинска сестра, сертифицирана за работа като акушерка/сестра при пациента (patient side nurse);
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по кардиология
или лекар/и със специалност по вътрешни болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по гастроентерология или друг специалист практикуващ рутинно ендоскопия/ректоскопия;
- лекар със специалност по урология, практикуващ рутинно цистоскопия.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

В КП 168.2 „Асистирана с робот хирургия при злокачествени заболявания в хирургията, гръдната хирургия, детската хирургия и урологията" Изискванията за оператор да се променят така:

минимум един лекар, сертифициран за работа като хирург на конзола (console surgeon) с придобита специалност по „Хирургия", или „Гръдна хирургия", или ,Детска хирургия", или „Урология" с допълнителна квалификация по роботизирана хирургия, със стаж по специалността най-малко -10 5 (пет) години и минимум 50—20 (двайсет) оперативни интервенции с роботизирана система годишно или с хабилитация по специалността;

Медицински екип, сертифициран за работа с роботизирана система:

- минимум един лекар, сертифициран за работа като детски хирург на конзола (console surgeon) с придобита специалност по „Хирургия", или „Гръдна хирургия", или „Детска хирургия", или „Урология" с допълнителна квалификация по роботизирана хирургия, със стаж по специалността най-малко 10 години и минимум 50 оперативни интервенции с роботизирана система годишно или с хабилитация по специалността;

- минимум един лекар, сертифициран за работа като детски хирург при пациента (patient side assistant) с придобита специалност по „Хирургия", или „Гръдна хирургия", или „Детска хирургия", или „Урология"

- минимум една медицинска сестра, сертифицирана за работа като сестра при пациента (patient side nurse);

- лекар/и със специалност по детски болести;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар/и със специалност по кардиология

или лекар/и със специалност по вътрешни болести;

- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по клинична патология;

- лекар със специалност по гастроентерология или друг специалист практикуващ рутинно ендоскопия/ректоскопия;

- лекар със специалност по урология, практикуващ рутинно цистоскопия.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение при:

1. хистологично или цитологично доказан или доказан с методите на КАТ първичен или метастатичен интраторакален тумор (гръдна стена, плевра, медиастинум и бял дроб) с хирургични показания за радикална оперативна интервенция според съответната клинична класификация;

2. хистологично доказан карцином на кардия и хранопровод в операбилен стадий;

.3. при миастения гравис и/или тумори на тимуса;

4. при тумори на заден медиастинум – невриноми;

5. хистологично доказан карцином на дебелото и правото черво;

6. хистологично доказан карцином на стомаха;

7. хистологично доказан карцином на панкреаса или установен такъв чрез КАТ/МРТ с контраст и/или РЕТ/СТ и/или резултати от туморни маркери при типична клинична картина за заболяването;

8. хистологично доказан карцином на черен дроб или установен такъв в 1-ви, 4-ти или 8-и сегмент в близост до големи съдове чрез изследвания с КАТ/МРТ с контраст и/или РЕТ/СТ и/или гама-камера и/или резултати от туморни маркери при типична клинична картина;

9. КТ/ЯМР данни за злокачествено новообразуване на слезката;

10. хистологично доказан карцином на простатата стадий Т1, Т2;

11. злокачествени заболявания на бъбрека, бъбречното легенче и уретера, доказани клинично или с методите на образната диагностика;

12. злокачествени заболявания на надбъбрека, доказани клинично или с методите на образната диагностика.

Допълнителни изисквания:

Задължително е необходимо решение на клинична онкологична комисия за оперативно лечение.

Задължително се осъществяват изследвания КТ или ЯМР или ПЕТ-КТ, съдържащи данни за операбилност.

5Б). ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Фармакотерапия

Оперативната интервенция се извършва под обща ендотрахеална анестезия, аналгезия с епидурален катетър, или краткотрайна венозна анестезия (съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение).

При неусложнените случаи се провежда парентерална антибиотична профилактика, съобразена с клиничното състояние на пациента и микробиологичните резултати, която може да премине в перорална антибактериална профилактика до възстановяване на микцията и премахване на уретралния катетър.

Обезболяването в ранния следоперативен период се провежда с аналгетични препарати – наркотични и нестероидни противовъзпалителни обезболяващи средства или през епидурален катетър.

Пациентите, поради завишения риск от венозни тромбози, получават постоперативно хепаринова профилактика, продължителността на която се определя от обема на оперативната интервенция и наличието на допълнително рискови фактори (прекарани тромбози и емболии, сърдечни заболявания и др.). Продължителността на профилактиката е от 7 дни до окончателното раздвижване на пациента.

Следоперативното възстановяване на пасажа се осъществява по преценка на оператора или лекуващия лекар.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

При онкологичните случаи – след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора TNM-класификация).

Поставя се според клиничните симптоми, снетия статус, по време на операцията и след задължително хистологично изследване на оперативния материал, по преценка при конкретните нозологии.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- липса на фебрилитет (над 37.5° С) през последните 48 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- спокойна оперативна рана;
- възстановен чревен пасаж и осигурен дренаж на урината;
- липса на патологични процеси в областта на операцията;
- коректно попълнен фиш “Клинико – лабораторен минимум”.

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата: .....

<table>
<tr><td colspan="3"><u>ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u>
<u>Корем</u>: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

<u>Микция</u>: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши)

<u>Дефекация</u>: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши)

<u>Раздвижване</u>: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td><u>Аксиларна t°</u>:</td><td><u>Пулс</u>:</td><td><u>Перисталтика</u>: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА</u>: ☐ свалени конци ☐ несвалени конци
☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>ОТ ОБЩ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u>:
☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения
☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td><u>КРЪВНА КАРТИНА</u>:

Hb
Ht
Er
Leu</td><td><u>ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ</u>:

Вр. кървене
Фибриноген</td><td><u>ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ</u>:
CRP < 80</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>ДРУГИ ДАННИ</u>:</td></tr>
</table>

Лекуващ лекар:

……..

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Обща Хирургия", „Детска Хирургия", „Гръдна хирургия" и „Урология". Решение на онкологична комисия за радикално оперативно лечение.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарт „Обща Хирургия", „Детска Хирургия", „Гръдна хирургия" и „Урология".

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

КП № 169 ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ИНТРА- И ПОСТПАРТАЛНИ УСЛОЖНЕНИЯ, ДОВЕЛИ ДО ШОК

1. Минимален болничен престой – 5 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Усложнения след аборт, извънматочна и гроздовидна бременност

Забележка: Тази рубрика е предназначена предимно за кодиране на заболеваемостта. При използването ѝ следва да се прилагат правилата за кодиране на заболеваемостта и указанията, изложени в т. 2.

O08.1 Продължително или масивно кръвотечение след аборт, извънматочна и гроздовидна бременност

Афибриногенемия
Вътресъдова коагулация
Синдром на дефибринация
} вследствие на състояния, класифицирани в рубриките O00—O07

O08.2 Емболия след аборт, извънматочна и гроздовидна бременност

Емболия:
- БДУ
- въздушна
- амниотична
- тромбемболия
- белодробна
- пиемична
- септична или септикопиемична
- от миещи средства

} вследствие на състояния, класифицирани в рубриките O00—O07

O08.3 Шок след аборт, извънматочна и гроздовидна бременност

Циркулаторен колапс
Шок (следоперативен)
} вследствие на състояния, класифицирани в рубриките O00—O07

Не включва: септичен шок (O08.0)

O08.4 Бъбречна недостатъчност след аборт, извънматочна и гроздовидна бременност

Олигурия
Бъбречна(-о):
- недостатъчност (остра)
- прекратяване на функцията (анурия)
- тубуларна некроза

Уремия

} вследствие на състояния, класифицирани в рубриките O00—O07

Преждевременно отлепване на плацентата [abruptio placentae]

O45.0 Преждевременно отлепване на плацентата с коагулационен дефект

Abruptio placentae с (масивно) кръвотечение, свързано с:
- афибриногенемия
- дисеминирана интраваскуларна коагулация
- хиперфибринолиза
- хипофибриногенемия

Кръвотечение преди раждането,некласифицирано другаде

Не включва: кръвотечение в ранна бременност (O20.—)
кръвотечение в хода на раждането, НКДР (O67.—)
предлежаща плацета (placenta praevia) (O44.—)
преждевременно отлепване на плацентата [abruptio placentae] (O45.—)

O46.0 Кръвотечение преди раждането, свързано с коагулационен дефект:

Кръвотечение преди раждането (масивно), свързано с:

- афибриногенемия
- дисеминирана интраваскуларна коагулация
- хиперфибринолиза
- хипофибриногенемия

Раждане и родоразрешаване, усложнени с кръвотечение по време на раждането, некласифицирани другаде

Не включва: кръвотечение преди раждането, НКД (O46.—)
placenta praevia (O44.—)
кръвотечение след раждането (O72.—)
преждевременно отлепена плацента [abruptio placentae] (O45.—)

O67.0 Кръвотечение по време на раждането, свързано с коагулационен дефект
Кръвотечение (масивно) по време на раждането, свързано с:
- афибриногенемия
- дисеминирана интраваскуларна коагулация
- хиперфибринолиза
- хипофибриногенемия

O67.8 Друго кръвотечение по време на раждането
Масивно кръвотечение по време на раждането

Други акушерски травми

Включва: увреждане от инструменти

O71.0 Руптура на матката преди започване на раждането

O71.1 Руптура на матката по време на раждането
Руптура на матката, за която няма данни, че е настъпила преди началото на раждането

O71.2 Инверзия на матката след раждането

Послеродово кръвотечение

Включва: кръвотечение след раждането на плода или детето

O72.1 Други кръвотечения непосредствено след раждането
Кръвотечение след раждането на плацентата
Послеродово кръвотечение (атонично) БДУ

O72.2 Късно и вторично послеродово кръвотечение
Кръвотечение, свързано със задържàни части на плацентата или околоплодните ципи
Задържàни продукти от зачатието БДУ, след раждането

O72.3 Коагулационни дефекти след раждането
Послеродова:
- афибриногенемия
- фибринолиза

Усложнения от анестезия в хода на раждането и родоразрешаването

Включва:усложнения от страна на майката, възникнали след прилагането на общи или локални анестетици, аналгетици или други обезболяващи средства в хода на раждането и родоразрешаването

O74.2 Сърдечни усложнения след анестезия в хода на раждането и родоразрешаването
Сърдечен(-на):
- арест
- недостатъчност

вследствие на анестезия в хода на раждането и родоразрешаването

O74.3 Усложнения от страна на централната нервна система след анестезия в хода на раждането и родоразрешаването

Мозъчна аноксия след анестезия в хода на раждането и родоразрешаването

Други усложнения на раждането и родоразрешаването, некласифицирани другаде

Не включва: послеродов(-а):
- инфекция (O86.—)
- сепсис (O85)

O75.1 Шок в хода на или непосредствено след раждането и родоразрешаването
Акушерски шок

O75.4 Други усложнения, предизвикани от акушерска или хирургична намеса и други процедури

O85 Послеродов сепсис
Послеродов(-а):
•ендометрит
•треска
•перитонит
•септицемия
При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

Не включва: акушерска пиемична или септична емболия (O88.3)
септицемия в хода на раждането (O75.3)

Венозни усложнения в послеродовия период

Включва: в хода на раждането, родоразрешаването и послеродовия период
Не включва: акушерски емболизъм (O88.—)
венозни усложнения по време на бременността (O22.—)

O87.3 Мозъчна венозна тромбоза в послеродовия период
Тромбоза на мозъчен венозен синус в послеродовия период

Акушерска емболия

Включва: белодробна емболия през бременността, раждането или послеродовия период
Не включва: емболия, усложняваща аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.2)
O88.0 Въздушна емболия, акушерска
O88.1 Емболия с амниотична течност
O88.2 Тромбемболия, акушерска
Акушерска (белодробна) емболия БДУ
Послеродова (белодробна) емболия БДУ

O88.0 Въздушна емболия, акушерска
O88.1 Емболия с амниотична течност
O88.2 Тромбемболия, акушерска
Акушерска (белодробна) емболия БДУ
Послеродова (белодробна) емболия БДУ
O88.3 Пиемична или септична емболия, акушерска
O88.8 Друга емболия, акушерска
Мастна емболия, акушерска

Усложнения от анестезия в послеродовия период

Включва: усложнения у майката, дължащи се на употребата на общ или локален анестетик, аналгетик или друг седатив в послеродовия период

O89.0 Белодробни усложнения от анестезия в послеродовия период
Аспирационен пневмонит
Аспирация на стомашно съдържимо или секрети БДУ
Синдром на Mendelson
} вследствие на анестезия в послеродовия период

Пресорен колапс на белия дроб

O89.1 Кардиологични усложнения от анестезия в послеродовия период

Сърдечен(-на):
- арест
- недостатъчност

} вследствие на анестезия в послеродовия период

Усложнения в послеродовия период, некласифицирани другаде

O90.4 Остра бъбречна недостатъчност след раждането

Хепаторенален синдром, съпровождащ раждането

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

1977 Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем

Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах

Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

1330 Предродови процедури за приложение, поставяне или премахване

16606-00 Фетална кръвна проба

90487-00 Друга вътрематочна диагностична процедура на плода
Интраутеринна кожна биопсия на плода БДУ

1341 Фетален мониторинг

Забележка: Електронно сърдечно мониториране се използва за следене сърдечната честота на плода и маточните контракции

16514-00 Вътрешен мониторинг на плода
Вътрешна фетална кардиотокография [CTG] (скалп)

16514-01 Външен мониторинг на плода
Външна фетална кардиотокография [CTG]
Фетален контрактилен стрес } тест
Фетален нонстрес тест }

1943	**Ултразвук на корем или таз**
55700-02	Ултразвук на корем или таз за други състояния, свързани с бременност Ултразвукова: • локализация на плацента • пелвиметрия Ултразвук на бременна матка БДУ
1945	**Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове**
	Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ *Не включва*: такава с мапиране на кондуит (55294 [1948])
55729-01	Дуплекс ултразвук на умбиликална артерия *Включва*: при оценка обем на амниотична течност
1296	**Процедури за изследване на други гинекологични локализации**
35500-00	Гинекологичен преглед Палпация на: • фалопиеви тръби • яйчници • матка Тазов преглед Визуален и мануален преглед на: • шийка • влагалище • вулва *Не включва*: тези с други гинекологични процедури – пропусни кода
1926	**Микробиологични изследвания**
91920-02	Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност *Включва*: урокултура антибиограма
1932	**Изследвания на урината**
91920-12	Химично изследване на урина pH Белтък Билирубин Уробилиноген Глюкоза Кетони Относително тегло Нитрити Левкоцити Кръв
1850	**Мониторинг на съдово налягане**
11600-02	Мониториране на централно венозно налягане
11600-03	Мониториране на системно артериално налягане
1858	**Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи**
13842-00	Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ
13311-00	Измерване на газове на смесена венозна кръв

1849	**Друго измерване на дихателна функция**
11503-08	Оценка на артериално налягане на въглероден диоксид или сърдечен дебит, метод при повторно вдишване
1857	**Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания**
92056-00	Мониторинг на сърдечен дебит или кръвен ток, некласифицирано другаде
1926	**Микробиологични изследвания**
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност
91919-12	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за бактериална намазка
91919-14	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от женския генитален тракт за култура и чувствителност
1927	**Морфологични изследвания**
91914-99	Други морфологични изследвания
1923	**Хематологични изследвания**
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-11	Изследване на фибриноген
1924	**Биохимични изследвания**
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-16	Клинично-химични изследвания за директен билирубин
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-45	Клинично-химични изследвания за глобулин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
1929	**Вирусологични изследвания**
91913-00	Серологично изследване на кръв за Васерман
91911-29	Други серологични изследвания
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

570 Неинвазивно вентилаторно подпомагане

Bi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP]
Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP]
Непостоянна маска CPAP
Дишане с променливо позитивно налягане [IPPB]
Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV]
Неинвазивна маскова вентилация [NIMV]
Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV]

Включва: вентилационно подпомагане с:
- лицева маска
- орално парче
- назална маска (възглавнички) (канюли)
- назална, назофарингеална тръба

Не включва: такава с:
- ендотрахеална интубация (виж блок [569])
- трахеостомия (виж блок [569])

92209-00 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа

92209-01 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа

92209-02 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа

дихателна система

92042-00 Немеханични методи за реанимация
Уста-в-уста ресусцитация

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)

Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT]
техника на форсирана експирация [FET]
с използване на техники/устройства като:
- перкусия
- разклащане
- вибратор

Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията

Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

92044-00 Друго кислородно обогатяване

568 Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен

Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01

[568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

1895 Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

92037-00 Промивка на назогастрална сонда
Не включва: стомашна промивка (14200-00 [1895])

569 Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор

• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
• кръвозаместители
• Dextran
• Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

1884 Имунизация

92173-00 Пасивна имунизация с Rh (D) имуноглобулин
Инжектиране на:
• Anti-D (Rhesus) globulin
• RhoGAM

1884 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-05 Приложение на човешкиимуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

	Виж допълнителни знаци Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант *Виж допълнителни знаци* *Кодирай също когато е направена:* • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
1890 Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система	
92052-00	Кардиопулмонална ресуситация
13400-00	Кардиовезия Дефибрилация Сърдечен електрошок Възстановяване на сърдечен ритъм чрез електростимулация *Не включва*: съпътстващо при кардиохирургия – пропусни кода
92055-00	Друга конверсия на сърдечен ритъм
92053-00	Затворен гръден сърдечен масаж Сърдечен масаж БДУ Външен ръчен сърдечен масаж
92054-00	Стимулация на каротиден синус
92055-00	Друга конверсия на сърдечен ритъм

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени **три** основни диагностични, едната от които задължително включва: ПКК (91910-04, 91910-07– по преценка на лекуващия лекар, 91910-11, 91910-09), биохимия (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-17, 91910-18, 91910-45, 91910-19, 91910-20, 91910-25, 91910-26, 91910-27, 91910-41), хемостазеологични показатели - по преценка и серология (91913-00, 91911-29) – ако не е извършена в ИМП и пет основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4 УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение II-ро ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология".

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Рентгенов апарат
5. Клинична лаборатория II ниво
6. Ехограф с необходимите трансдюсери

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по акушерство и гинекология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратра
1. Лаборатория по клинична патология на територията на областта
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория на територията на областта

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура за II ниво – двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография;
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;
- лекар/и със специалност по кардиология

или

лекар/и със специалност по вътрешни болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура за II ниво – двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография;
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;
- лекар/и със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Спешна диагностика и лечение при:
Клинични данни за шоково състояние на бременната (раждащата, родилката).

5Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностичните процедури са следните: Ro-графия на бял дроб; обзорна Ro-графия на корем; преглед и оценка описани ограничено (кратки анамнеза и статус); консултация на един орган или система; анализ на урина и седимент; изследване на кръв (ПКК, хемостазеологични показатели); микроскопско изследване и/или посявка на материал от кръв, женски генитален тракт, амниален сак, фетус; циркулаторно мониториране.

Задължителният минимален изискуем брой диагностични процедури е следният:

- Статус (етапна епикриза) ;
- Химичен анализ на урина (седимент, биохимия);
- Изследване на кръв – ПКК, биохимия (урея, креатинин, общ белтък, албумин, трансаминази); хемостазеологични показатели (тромбоцити, протромбиново време, фибриноген);
- Консултация със специалист по преценка;

- Циркулаторно мониториране;

Микробиологично изследване – по преценка.

Лечебните процедури, включени в алгоритъма са следните:

- трансфузия на кръв и кръвни компоненти

и/или

инжекция на инсулин (при необходимост)

и/или

инжекция на антикоагуланти

и/или

инжекция на антибиотик

и/или

инжекция на стероид

и/или

парентерално хранене

и/или

инжекция или инфузия на лечебно или профилактично вещество

и/или

инфузия на електролити;

- мануално изследване на маточната кухина постпартум;
- акушерска тампонада на матка или влагалище;
- други акушерски операции (инструментална ревизия, бимануален масаж, компресия на кръвоносен съд); хистеректомия (тотална или суправагинална).
- Респираторна терапия – кислородолечение при спонтанно дишане или изкуствена белодробна вентилация; поставяне на ендотрахеална тръба; поставяне на назогастрална сонда. Промивката през назогастралната сонда се извършва три пъти за 24 часа; промивката на уринарния катетър също се извършва три пъти за 24 часа.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Въз основа на клиничната картина и параклиничните изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- коректно попълнен фиш “Клинико- лабораторен минимум”;
- стабилизирана хемодинамика, нормализиране на кръвната картина и хемостазиологичните показатели.

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата: .....

<table>
<tr><td colspan="3"><u>ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u>
<u>Корем</u>: ☐ мек ☐ напрегнат ☐ балониран ☐ друго (опиши)

<u>Микция</u>: ☐ спонтанна, без резидуална урина ☐ друго (опиши)

<u>Дефекация</u>: ☐ спонтанна, 1-2 пъти дневно ☐ друго (опиши)

<u>Раздвижване</u>: ☐ ходи без чужда помощ ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td><u>Аксиларна t°</u>:</td><td><u>Пулс</u>:</td><td><u>Перисталтика</u>: ☐ с обичаен интензитет ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА</u>: ☐ свалени конци ☐ несвалени конци
☐ зараснала per primam ☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО</u>:
☐ отговаря на извършената операция, без данни за усложнения
☐ друго (опиши)</td></tr>
<tr><td><u>КРЪВНА КАРТИНА</u>:

Hb
Ht
Er
Leu</td><td><u>ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ</u>:

Вр. кървене
Фибриноген</td><td><u>ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ</u>:</td></tr>
<tr><td colspan="3"><u>ДРУГИ ДАННИ</u>:</td></tr>
</table>

Лекуващ лекар:

.....

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ .....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ

В СЛУЧАЙ, ЧЕ ПАЦИЕНТКАТА НЕ Е В СЪСТОЯНИЕ ДА СЕ ЗАПОЗНАЕ С ТОЗИ ДОКУМЕНТ И ДА ГО ПОДПИШЕ – ДОКУМЕНТЪТ СЕ ПОДПИСВА ОТ ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ НА ПАЦИЕНТКАТА.

В СЛУЧАЙ, ЧЕ ПАЦИЕНТКАТА НЕ Е В СЪСТОЯНИЕ ДА СЕ ЗАПОЗНАЕ С ТОЗИ ДОКУМЕНТ И ДА ГО ПОДПИШЕ И В ОТСЪСТВИЕ НА НЕИН ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ – ЛЕЧЕНИЕТО ЗАПОЧВА СЛЕД ПИСМЕННО СТАНОВИЩЕ НА ЛЕКАРСКИ КОНСИЛИУМ.

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО,

В МОМЕНТА СЪЩЕСТВУВА РИСК ЗА ЖИВОТА ВИ ПОРАДИ:

- ☐ **външен кръвоизлив**
- ☐ **вътрешен кръвоизлив**
- ☐ **пробив на кух орган или на болестно образувание**
- ☐ **нарушено кръвоснабдяване на орган или болестно образувание**
- ☐ **гнойно възпаление в корема**

ТОЗИ РИСК Е ПО-ГОЛЯМ ОТ РИСКОВЕТЕ, СВЪРЗАНИ С ЛЕЧЕНИЕТО!

ЛЕЧЕНИЕТО ТРЯБВА ДА ЗАПОЧНЕ НЕЗАБАВНО!

Спешното лечение се състои в **интензивни грижи**. Понякога се налага и **операция**.

Под **интензивни грижи** разбираме приложение на животоспасяващи медикаменти, най-често чрез трайно венозно вливане, както и подпомагане на дишането. Най-важните функции на организма се проследяват чрез подходяща апаратура. При тежки нарушения на сърдечната дейност може да се опитат действия за нейното спешно възстановяване.

Обикновено се налага известно време в пикочния мехур да бъде оставен катетър.

Когато е възможно, причината за възникналия риск се отстранява чрез операция. Ако при такава операция се е наложило отстраняване на матката:

ще Ви бъде невъзможно да забременявате и да раждате деца;

няма да имате менструация.

И при най-прецизна работа съществува минимален риск от нараняване на съседни органи. Подобни усложнения се коригират по време на операцията. Много рядко те могат да наложат повторно оперативно лечение.

В коремната хирургия са известни и други усложнения (напр. нарушения в съсирването на кръвта, възпаления и др.). В днешно време те не се срещат често.

При кръвопреливане, чуждата кръв може (в редки случаи) да вкара в организма Ви микроб или вирус. Някои лекарства могат да причинят свръхчувствителност. Съобщете за всички реакции, предизвикани в миналото Ви от лекарства, храни и др.!

Повече подробности можете да получите от лекуващия лекар. Не се колебайте да му задавате въпроси!

Ако считате , че получената от Вас информация е достатъчна, моля подпишете тук:

Напълно съм информирана по всички интересуващи ме въпроси, свързани с моето заболяване, нуждата от лечение, същността на предлаганата ми операция, последствията и рисковете от диагностичните и лечебни процедури, които ще ми бъдат прилагани.

Съгласна съм да се подложа на предлаганото ми лечение, включително на всички мерки за обезболяване. Съгласна съм да се подложа на необходимите изследвания. Съгласна съм да приема всички предписани лечебни средства и манипулации. Съгласна съм да се подложа и на онези процедури, които не са уточнени предварително, но биха могли да се окажат наложителни по време на лечението.

Дата: Подпис:

КП № 170 ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ИНТРА- И ПОСТПАРТАЛНИ УСЛОЖНЕНИЯ, ДОВЕЛИ ДО ШОК, С ПРИЛОЖЕНИЕ НА РЕКОМБИНАНТНИ ФАКТОРИ НА КРЪВОСЪСИРВАНЕТО

1.Минимален болничен престой – 6 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Раждане и родоразрешаване, усложнени с кръвотечение по време на раждането, некласифицирани другаде

Не включва: кръвотечение преди раждането, НКД (O46.—)
placenta praevia (O44.—)
кръвотечение след раждането (O72.—)
преждевременно отлепена плацента [abruptio placentae] (O45.—)

O67.0 Кръвотечение по време на раждането, свързано с коагулационен дефект
Кръвотечение (масивно) по време на раждането, свързано с:
- афибриногенемия
- дисеминирана интраваскуларна коагулация
- хиперфибринолиза
- хипофибриногенемия

O67.8 Друго кръвотечение по време на раждането
Масивно кръвотечение по време на раждането

O67.9 Кръвотечение по време на раждането, неуточнено

Послеродово кръвотечение
Включва: кръвотечение след раждането на плода или детето

O72.0 Кръвотечение през третия период на раждането
Кръвотечение, свързано със задържàна, заклещена или сраснала плацента
Задържана плацента БДУ

O72.1 Други кръвотечения непосредствено след раждането
Кръвотечение след раждането на плацентата
Послеродово кръвотечение (атонично) БДУ

O72.3 Коагулационни дефекти след раждането
Послеродова:
- афибриногенемия
- фибринолиза

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1943 Ултразвук на корем или таз	
55700-02	Ултразвук на корем или таз за други състояния, свързани с бременност Ултразвукова: • локализация на плацента • пелвиметрия Ултразвук на бременна матка БДУ
55700-00	Ултразвук за откриване аномалии на плода
55700-01	Ултразвук за измерване на фетален растеж *Включва*: фетална ултразвукова цефалометрия

1945 Дуплекс ултразвук на интраторакални или интраабдоминални съдове

55729-01 Дуплекс ултразвук на умбиликална артерия
Включва: при оценка обем на амниотична течност

1296 Процедури за изследване на други гинекологични локализации

35500-00 Гинекологичен преглед
Палпация на:
• фалопиеви тръби
• яйчници
• матка
Тазов преглед
Визуален и мануален преглед на:
• шийка
• влагалище
• вулва
Не включва: тези с други гинекологични процедури – пропусни кода

1926 Микробиологични изследвания

91920-02 Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
Антибиограма

1932 Изследвания на урината

91920-12 Химично изследване на урина
pH
Белтък
Билирубин
Уробилиноген
Глюкоза
Кетони
Относително тегло
Нитрити
Левкоцити
Кръв

91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1850 Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

1849 Друго измерване на дихателна функция

11503-08 Оценка на артериално налягане на въглероден диоксид или сърдечен дебит, метод при повторно вдишване

1857 Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

92056-00 Мониторинг на сърдечен дебит или кръвен ток, некласифицирано другаде

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите– по преценка на лекуващия лекар
91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-11 Изследване на фибриноген

91910-08 Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар
91913-04 Изследване на време на съсирване

1929 Вирусологични изследвания

91913-00 Серологично изследване на кръв за Васерман

91911-29 Други серологични изследвания

1924 Биохимични изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин

91910-16 Клинично-химични изследвания за директен билирубин

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин

91910-45 Клинично-химични изследвания за глобулин

91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

570 Неинвазивно вентилаторно подпомагане

Bi-ниво позитивно въздушно налягане [BiPAP]
Продължително позитивно въздушно налягане [CPAP]
Непостоянна маска CPAP
Дишане с променливо позитивно налягане [IPPB]
Вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV]
Неинвазивна маскова вентилация [NIMV]
Неинвазивна вентилация под налягане [NIPV]

Включва: вентилационно подпомагане с:
- лицева маска
- орално парче
- назална маска (възглавнички) (канюли)
- назална, назофарингеална тръба

Не включва: такава с:
- ендотрахеална интубация (виж блок [569])
- трахеостомия (виж блок [569])

92209-00 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане, ≤ 24 часа

92209-01 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане > 24 и < 96 часа

92209-02 Грижа и поддържане на неинвазивно вентилаторно подпомагане ≥ 96 часа

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

92042-00 Немеханични методи за реанимация
Уста-в-уста ресусцитация

568 Манипулации на дихателни пътища

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

22008-00 Ендотрахеална интубация, двоен лумен
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22008-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

1901 Неинцизионна промивка, почистване и локално инстилиране, пикочо-полова система

92101-00 Промивка на друг постоянен уринарен катетър

569 Вентилаторно подпомагане

Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]
Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод
Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])
Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
- тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
- кръвозаместители
- Dextran
- Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт
Трансфузия на:
- кръвни заместители
- гранулоцити

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

	• инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант *Виж допълнителни знаци* *Кодирай също когато е направена:* • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични, едната от които което задължително включва: ПКК (91910-04, 91910-07– по преценка на лекуващия лекар,), биохимия (91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-17, 91910-18, 91910-45, 91910-19, 91910-20, 91910-25, 91910-26, 91910-27, 91910-41), хемостазеологични показатели (91910-11, 91910-09, 91910-08, 91913-04) и серологични изследвания (91913-00, 91911-29) и три основни терапевтични процедури (едната от които задължително е процедура с код 92061-00 - лечение с рекомбинантни фактори на кръвосъсирването), посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

1. Пациентката се лекува по тази КП след съгласуване с консултант по акушерство и гинекология, както и с консултант по анестезиология и интензивно лечение на републиканско разположение.

2. За всяка пациентка, лекувана по тази КП се попълва “Протокол за провеждане на лечение с рекомбинантни фактори на кръвосъсирването”, който става неразделна част на ИЗ и “Фиш за преминала пациентка по КП №170 „Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването”, който се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

В цената на клиничната пътека е включена цената на рекомбинантен фактор на кръвосъсирването.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение II - ро ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Акушерство и гинекология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Акушерство и гинекология".

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по акушерство и гинекология или Клиника/отделение по гинекология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Рентгенов апарат
5. Клинична лаборатория II ниво
6. Ехограф с необходимите тансдюсери

ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ОСИГУРЕНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратра
1. Лаборатория по клинична патология на територията на областта
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория на територията на областта

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология", един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура за II ниво – двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология"; един с допълнителна квалификация по ехография;
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение";
- лекар/и със специалност по кардиология

или

лекар/и със специалност по вътрешни болести;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за акушерска структура за II ниво на компетентност – четирима лекари със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография;
- за гинекологична структура за II ниво –двама лекари със специалност „Акушерство и гинекология“; един с допълнителна квалификация по ехография;
- лекари с призната специалност „Анестезиология и интензивно лечение“;
- лекар/и със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Клиничната лаборатория да бъде с условия за спешно и по всяко време определяне на следните показатели: хемоглобин, хематокрит, еритроцити, тромбоцити, протромбиново време, фибриноген.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Спешна диагностика и лечение при:

- животозастрашаващи интра- и постпартални (до 2 час след раждането) кръвоизливи, дължащи се на: HELLP синдром, ДИК синдром, изчерпване на циркулиращите фактори на кръвосъсирването, клинично съмнение за амниотична емболия, тежки нарушения на хемостазата с друга патогенеза;
- обективни данни за продължаващо кръвотечение, което не е от локализиран източник (лезия на съд, руптура), а е дифузно;
- клинични данни за застрашаващ хеморагичен шок;
- клинико- лабораторни данни за остра кръвоизливна анемия; нарушена съсирваемост на кръвта;
- неуспех от приложението на конвенционални средства.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностично-лечебния алгоритъм се извършва при едновременно наличие на всички условия:

- обективни данни за продължаващо кръвотечение, което не е от локализиран източник (лезия на съд, руптура), а е дифузно;
- клинични данни за застрашаващ хеморагичен шок;
- клинико- лабораторни данни за остра кръвоизливна анемия; нарушена съсирваемост на кръвта;
- неуспех от приложението на конвенционални средства.

Задължителни са следните диагностични процедури:

- преглед и оценка (етапна анамнеза и оценка);
- други неоперативни изследвания на пикочо-половата система (седимент и бохимия);

- изследване на кръв – ПКК, хемостазеологични показатели (време на кървене, протромбиново време, тромбоцити, фибриноген, фибриндеградационни продукти); биохимия (урея, креатинин, общ белтък, албумин, трансаминази); серология – по преценка;
- циркулаторно мониториране.

Заедно с основните процедури се прилагат и следните терапевтични:

- лечение с рекомбинантни фактори на кръвосъсирването
- трансфузия на кръв и кръвни компоненти

и/или

инжекция на инсулин (при необходимост)

и/или

инжекция на антикоагуланти

и/или

и/или

инжекция на стероид

и/или

- парентерално хранене;

и/или

- инжекция или инфузия на лечебно или профилактично вещество;

и/или

- инфузия на електролити;
- мануално изследване на маточната кухина постпартум;
- акушерска тампонада на матка или влагалище,
- други акушерски операции/инструментална ревизия, бимануален масаж, компресия на кръвоносен съд , хистеректомия (тотална или суправагинална).
- Респираторна терапия – кислородолечение при спонтанно дишане или изкуствена белодробна вентилация.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Въз основа на клиничната картина и параклиничните изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- добро общо състояние;

-стабилизирана хемодинамика, нормализиране на кръвната картина и хемостазиологичните показатели;

- коректно попълнен фиш “Клинико- лабораторен минимум”.

Към ИЗ на пациента се прилага следния фиш за клинико-лабораторен минимум при изписване:

КЪМ ИЗ № ..... ОТ .....

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРЕН МИНИМУМ ПРИ ИЗПИСВАНЕ

дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Корем: ☐ **мек** ☐ **напрегнат** ☐ **балониран** ☐ **друго (опиши)**

Микция: ☐ **спонтанна, без резидуална урина** ☐ **друго (опиши)**

Дефекация: ☐ **спонтанна, 1-2 пъти дневно** ☐ **друго (опиши)**

Раздвижване: ☐ **ходи без чужда помощ** ☐ **друго (опиши)**

Аксиларна t°:	**Пулс:**	**Перисталтика:** ☐ **с обичаен интензитет** ☐ **друго (опиши)**

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА: ☐ **свалени конци** ☐ **несвалени конци**
☐ **зараснала per primam** ☐ **друго (опиши)**

ОТ ГИНЕКОЛОГИЧНИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО:
☐ **отговаря на извършената операция, без данни за усложнения**
☐ **друго (опиши)**

КРЪВНА КАРТИНА:	**ХЕМОСТАЗЕОЛОГИЯ:**	**ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ:**
Hb **Ht** **Er** **Leu**	**Вр. кървене** **Фибриноген**	

ДРУГИ ДАННИ:

Лекуващ лекар:

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ПРОТОКОЛ

ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С РЕКОМБИНАНТНИ ФАКТОРИ НА КРЪВОСЪСИРВАНЕТО (РФК)

Пациентка: .....

ЕГН на пациентката☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ИЗ №☐☐☐☐☐ /.....г.

1. НЕОБХОДИМИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДИ ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:	**Стойност**
1.1. Хематология	
1.1.1. хемоглобин	
1.1.2. хематокрит	
1.1.3. еритроцити	
1.2. Хемостаза:	
1.2.1. време на кървене / на съсирване (не е задължително)	/
1.2.2. протромбиново време	
1.2.3. тромбоцити	
1.2.4. фибриноген	
1.2.5. активно тромбопластиново време (при възможност за изследване)	
1.2.6. фибрин-деградационни продукти (при възможност за изследване)	

2. ИНДИКАЦИИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ НА РФК:	
Животозастрашаващи кръвоизливи интра- и/или партум, постпартум, дължащи се на:	**Отбележи наличното**
2.2. HELLP синдром	
2.3. ДИК синдром	
2.4. изчерпване на циркулиращите фактори на кръвосъсирването	
2.5. клинично съмнение за амниотична емболия	
2.6. тежки нарушения в хемостазата с друга патогенеза – каква	

3. УСЛОВИЯ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ НА РФК:	
РФК се прилагат при *едновременно* наличие на следните условия:	**Отбележи наличното**
3.1. Видимо продължаващо кръвотечение от нелокализиран източник	
3.2. Клинични данни за остра кръвоизливна анемия и застрашаващ хеморагичен шок. *Критерии:* бледост на кожа и лигавици, нарушения в съзнанието, пулс 100 и повече уд./min; артериално кръвно налягане понижено с повече от 30 mm Hg в сравнение с изходните стойности.	
3.3. Лабораторни данни за остра кръвоизливна анемия. Критерии: патологични стойности от 1.1.	
3.4. Клинико-лабораторни данни за нарушена съсирваемост на кръвта	
3.4.1. „воднист" вид на изтичащата кръв	
3.4.2. патологични стойности от 1.2.	
3.5. Неуспех от приложението на конвенционални средства, а именно:	
3.5.1. приложение на утеротоници	

3.5.2. мануална и/или инструментална ревизия на маточната кухина, бимануален масаж на матката	
3.5.3. маточно-влагалищна тампонада	
3.5.4. приложение на прясно замразена плазма и/или тромбоцитен концентрат	
3.5.5. приложение на инхибитори на протеолитичните ензими (при ДИК)	

4. ПРОВЕЖДАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:
Еднократна доза от 90 микрограма на kg телесна маса, въведена като интравенозен болус.

Дата:

ПОДПИС НА НАЧАЛНИКА
НА СТРУКТУРНОТО ЗВЕНО:

ФИШ

за преминала пациентка по КП № 170 "Интензивно лечение на интра- и постпартални усложнения, довели до шок с приложение на рекомбинантни фактори на кръвосъсирването"

Този фиш се подписва от директора на болницата и/или консултанта по акушерство, гинекология и репродуктивна медицина на републиканско разположение. Самостоятелен подпис на единия от тях удостоверява, че другият е в течение на случая.

Копие от фиша се представя в РЗОК заедно с отчетните документи.

Флаконите от употребени за лечение по КП № ..... рекомбинантни фактори на кръвосъсирването се съхраняват в клиниката или отделението в продължение на една година и подлежат на контрол при провеждане на одит от страна на НЗОК.

Върху флакона се записва името на пациентката и № на ИЗ, а в ИЗ се записва серийният номер на флакона (ите).

Пациентка: .....
ЕГН на пациентката☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ИЗ №☐☐☐☐☐ /.....г.

Пациентката е лекувана по КП № ..... с рекомбинантни фактори на кръвосъсирването.
***Индикациите* за лечение по КП № ..... са следните:**
. . . . . .
. . . . . .
Всички необходими *условия* за лечение по КП № ..... са били налице.

Използвани са препаратите:
. . . . . .
. . . . . .
Фабричните номера на използваните флакони са:
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

Пациентката е изписана:

☐ **със запазен репродуктивен потенциал**

☐ **с трайно изгубен репродуктивен потенциал**

☐ **починала**

Дата:

ПОДПИС НА ДИРЕКТОРА
НА БОЛНИЦАТА:

ПОДПИС
НА КОНСУЛТАНТА:

печат на лечебното заведение

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ

В СЛУЧАЙ, ЧЕ ПАЦИЕНТКАТА НЕ Е В СЪСТОЯНИЕ ДА СЕ ЗАПОЗНАЕ С ТОЗИ ДОКУМЕНТ И ДА ГО ПОДПИШЕ – ДОКУМЕНТЪТ СЕ ПОДПИСВА ОТ ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ НА ПАЦИЕНТКАТА.

В СЛУЧАЙ, ЧЕ ПАЦИЕНТКАТА НЕ Е В СЪСТОЯНИЕ ДА СЕ ЗАПОЗНАЕ С ТОЗИ ДОКУМЕНТ И ДА ГО ПОДПИШЕ И В ОТСЪСТВИЕ НА НЕИН ЗАКОНЕН ПРЕДСТАВИТЕЛ – ЛЕЧЕНИЕТО ЗАПОЧВА СЛЕД ПИСМЕННО СТАНОВИЩЕ НА ЛЕКАРСКИ КОНСИЛИУМ.

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО,

В МОМЕНТА СЪЩЕСТВУВА РИСК ЗА ЖИВОТА ВИ ПОРАДИ:

☐ **външен кръвоизлив**

☐ **вътрешен кръвоизлив**

☐ **пробив на кух орган или на болестно образувание**

☐ **нарушено кръвоснабдяване на орган или болестно образувание**

☐ **гнойно възпаление в корема**

ТОЗИ РИСК Е ПО-ГОЛЯМ ОТ РИСКОВЕТЕ, СВЪРЗАНИ С ЛЕЧЕНИЕТО!

ЛЕЧЕНИЕТО ТРЯБВА ДА ЗАПОЧНЕ НЕЗАБАВНО!

Спешното лечение се състои в **интензивни грижи**. Понякога се налага и **операция**.

Под **интензивни грижи** разбираме приложение на животоспасяващи медикаменти, най-често чрез трайно венозно вливане, както и подпомагане на дишането. Най-важните функции на организма се проследяват чрез подходяща апаратура. При тежки нарушения на сърдечната дейност може да се опитат действия за нейното спешно възстановяване.

Обикновено се налага известно време в пикочния мехур да бъде оставен катетър.

Когато е възможно, причината за възникналия риск се отстранява чрез операция. Ако при такава операция се е наложило отстраняване на матката:

- ще Ви бъде невъзможно да забременявате и да раждате деца;

- няма да имате менструация.

И при най-прецизна работа съществува минимален риск от нараняване на съседни органи. Подобни усложнения се коригират по време на операцията. Много рядко те могат да наложат повторно оперативно лечение.

В коремната хирургия са известни и други усложнения (напр. нарушения в съсирването на кръвта, възпаления и др.). В днешно време те не се срещат често.

При кръвопреливане, чуждата кръв може (в редки случаи) да вкара в организма Ви микроб или вирус. Някои лекарства могат да причинят свръхчувствителност. Съобщете за всички реакции, предизвикани в миналото Ви от лекарства, храни и др.!

Повече подробности можете да получите от лекуващия лекар. Не се колебайте да му задавате въпроси!

Ако считате , че получената от Вас информация е достатъчна, моля подпишете тук:

Напълно съм информирана по всички интересуващи ме въпроси, свързани с моето заболяване, нуждата от лечение, същността на предлаганата ми операция, последствията и рисковете от диагностичните и лечебни процедури, които ще ми бъдат прилагани.

Съгласна съм да се подложа на предлаганото ми лечение, включително на всички мерки за обезболяване. Съгласна съм да се подложа на необходимите изследвания. Съгласна съм да приема всички предписани лечебни средства и манипулации. Съгласна съм да се подложа и на онези процедури, които не са уточнени предварително, но биха могли да се окажат наложителни по време на лечението.

Дата: Подпис:

КП № 171 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ХРАНОПРОВОД, СТОМАХ И ДУОДЕНУМ С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 5 дни
При лапароскопски интервенции – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други ексцизионни процедури на хранопровод

30559-00 Локална ексцизия на лезия на хранопровод
Езофагеална полипектомия

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- торакална(30545, 30550 [858])

30535-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза

30536-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза

30536-01 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия

Резекция на хранопровод, при деца

Не включва: тази със заместване на хранопровод (43903-00 [866])

43906-00 Частична резекция на хранопровод с анастомоза, при деца

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- торакална (30545, 30550 [858])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-00 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза

30541-01 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

Възстановяване на езофагеална атрезия

Не включва: езофагостомия (30293-00 [867])

43843-00 Възстановяване на езофагеална атрезия

Включва: анастомоза

43843-01 Възстановяване атрезия на хранопровод с възстановяване на дистална трахеоезофагеална фистула

Възстановяване на езофагеална атрезия с ликвидиране на:
• бронхо-езофагеална фистула
• трахео-езофагеална фистула БДУ

Включва: анастомоза

Не включва: с ликвидиране на множествени дистални трахео-езофагеална фистули (43843-02 [866])

43843-02 Възстановяване атрезия на хранопровод с възстановяване на проксимална или множествени трахеоезофагеални фистули

Възстановяване на езофагеална атрезия с ликвидиране на множествени дистални трахео-езофагеални фистули

Включва: анастомоза

Езофаго-гастрална миотомия

Не включва: това при
• затваряне на диафрагмален хиатус (30532-05 [863], 30532-01 [864], 30532-03 [865])
• фундопластика (30533-04 [863], 30533-00 [864], 30533-02 [865])
• фундопластика и затваряне на диафрагмален хиатус (30533-05 [863], 30533-01 [864], 30533-03 [865])

30532-02 Езофаго-гастрална миотомия, коремен достъп

30532-04 Езофаго-гастрална миотомия, гръден достъп

Други възстановителни процедури на хранопровод

30293-01 Затваряне на езофагостома

Включва: пластична реконструкция

Други процедури за възстановяване на трахея

43852-00 Затваряне на трахеоезофагеална фистула чрез торакотомия

Разделяне на трахеоезофагеална фистула без анастомоза

Забележка: Изпълнена за езофагеална атрезия

Не включва: с възстановяване на езофагеална атрезия (43843-01, 43843-02 [866])

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
• цервикална (30541 [859])
• торакална(30545, 30550 [858])

30535-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза

Деструктивни процедури на хранопровода

30476-02 Ендоскопско лигиране варици на хранопровод

Ендоскопско лигиране варици на езофагогастрален сегмент

Други ексцизионни процедури на стомах

30520-00 Локална ексцизия на лезия на стомах

Не включва: такава с частична гастректомия (30518 [875])

Частична гастректомия

Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])

30518-02 Частична проксимална гастректомия с езофаго-гастрална анастомоза

~~Частична гастректомия~~

Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])

30518-00 Частична дистална гастректомия с гастродуоденална анастомоза

Друга гастректомия

Включва: анастомоза
спленектомия

30523-00 Субтотална гастректомия
Субтотална радикална гастректомия

Включва: дистална панкреатектомия
разширена лимфна дисекция

Частична гастректомия

Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])

30518-01 Частична дистална гастректомия с гастройеюнална анастомоза
разширена лимфна дисекция

Частична гастректомия след предишна процедура за язвена болест

Забележка: Изпълнена само при история за предишна гастректомия, ваготомия или подобни процедури за пептична язвена болест

Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30503 [878])

30503-00 Частична гастректомия с гастродуоденална анастомоза след предишна процедура за язвена болест

Друга гастректомия

Включва: анастомоза
спленектомия

30521-00 Тотална гастректомия

Кодирай също когато е направена:
• езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация (виж блок [860])

Ваготомия

Кодирай също когато е направен:
• контрол на кървяща пептична язва (30505-00 [874], 30509-00 [880])

30496-00 Селективна ваготомия
Стволова ваготомия

Кодирай също когато е направена:
• локална ексцизия на стомашна лезия (30520-00 [880])

Не включва: тези при:
• гастро-ентеростомия (30496-02 [884])
• частична гастректомия и анастомоза:
• гастродуоденална (30497-00 [877], 30503-03 [878])
• гастро-йеюнална (30497-01 [877], 30503-04 [878])

• Roux-en-Y реконструкция (30497-02 [877], 30503-05 [878])

Ваготомия

Кодирай също когато е направен:
• контрол на кървяща пептична язва (30505-00 [874], 30509-00 [880])

30499-00 Високо селективна ваготомия
Не включва: такава с:
• дилатация на пилор (30502-00 [884])
• дуоденопластика (30500-00 [884])

Гастротомия

30375-06 Гастротомия

Други инцизионни процедури на стомах

43930-00 Пилоромиотомия

Пилоропластика

30375-13 Пилоропластика
Не включва: тази със селективна [стволова] ваготомия (30496-00 [872], 30496-01 [884])

Гастростомия или гастроентеростомия

Не включва: стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])

30515-00 Гастроентеростомия
Включва: гастродуоденостомия
Не включва: такава с:
• панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])
• селективна [стволова] ваготомия (30496-02 [884])

Други възстановителни процедури на стомах

30375-10 Шев на перфорирала язва
Надшиване на:
• дивертикул за перфорирала язва
• перфорирала язва (дуоденална) (стомашна)

Деструктивни процедури на стомах

30505-00 Контролиране на кървяща пептична язва
Включва: клиновидна резекция
Кодирай също когато е направена:
• ваготомия:
• високо селективна (30499-00 [872], 30500-00, 30502-00 [884])
• селективна [стволова] (30496-00 [872], 30496 [884])
Не включва: тази с гастрална резекция (30509-00 [880])

Други възстановителни процедури на тънки черва

30375-24 Шев на тънки черва

Други възстановителни процедури на стомах

90304-00 Друго възстановяване на стомах

Реконструктивни процедури на стомах

30517-01 Реконструкция на гастро-ентеростомия
Реконструкция на гастродуоденостомия

Други възстановителни процедури на стомах

90304-00 Друго възстановяване на стомах

Фундопластика

Кодирай също когато е направена:
• гастростомия (30375-07 [881])

30527-02 Фундопластика, коремен достъп
Фундопликация по Nissen

Процедури при портална хипертония

30606-01 Надшиване на стомашни варици
Включва: деваскуларизация

Други възстановителни процедури на стомах

30375-12 Редукция на стомашен волвулус

Други възстановителни процедури на тънки черва

90340-00 Затваряне фистула на тънки черва
Включва: фистула на дуоденум
Не включва: ентерокутанна фистула на тънко черво (30382 [901])

Друго възстановяване на дебело черво

43816-02 Друго възстановяване на дебело черво

Възстановяване на диафрагмална херния

Възстановяване на :
• хиатус херния
• езофагеален хиатус
Не включва: възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886])

30601-00 Лечение на диафрагмална херния, коремен достъп

Възстановяване на диафрагмална херния

Възстановяване на :
• хиатус херния
• езофагеален хиатус
Не включва: възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886])

30601-01 Възстановяване на диафрагмална херния, торакален подход
Торако-абдоминално възстановяване на диафрагмална херния

Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

43915-00 Пликация на диафрагма
Включва: тази чрез:
• абдоминален }
• торакален } достъп
Забележка: Изпълнена при евентрация

Възстановяване на :
· хиатус херния
· езофагеален хиатус

Не включва: възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886])

30601-02 Възстановяване при парастернална херния

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури **от различни блокове,** посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; по гръдна хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гръдна хирургия" (за оперативните процедури, засягащи само хранопровода).

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по гръдна хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
6. Кабинет по ендоскопска диагностика (горна ендоскопия)
7. Лаборатория (отделение) по клинична патология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/гръдна хирургия.

В Клиника или отделение по гръдна хирургия се отчитат само процедури, засягащи операции на хранопровода.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ
Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Медико-диагностична лаборатория с възможност за изследване на туморни маркери
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Кръгови ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарни ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Хранопроводни стентове	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Перкутанни гастростомни катетри - PEG	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за ендоскопска хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

При диагнози по МКБ 10 рубрики: С15 - С26, С45, С48, С65, С66, С67, С68 и С79, НЗОК заплаща следните скъпоструващи медицински изделия:

- Механичен съшивател;
- Пълнител за механичен съшивател
- Ендоскопски съшивател
- Пълнител за ендоскопски съшивател

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия. За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия.

- лекар/и със специалност по хирургия с опит в стомашно-дуоденалната хирургия и хирургията на хранопровода

или лекар/и със специалност по гръдна хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична патология;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Пациенти с проява на:
   - кръвоизлив;
   - перфорация;
   - пълна непроходимост;
   - медиастинит при перфорация на хранопровода.
2. Пациенти с диагностицирано онкологично заболяване:
   - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на хранопровода;
   - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на стомаха;
   - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на дуоденум;
   - палпируем тумор в епигастриума след двукратни отрицателни резултати от ендоскопски биопсии.
3. Пациенти с установени:
   - неясни стриктури на хранопровода;
   - ехографска находка за "кокарда" на стомаха;
   - малигнена стеноза по хранопровода, на кардията, на пилора, на дуоденума;
   - вторична анемия при суспектна малигнизация на стомашна язва или полип;
   - резистентна на консервативно лечение стомашна язва;
   - широко базиран и суспектен за малигнизация стомашен полип/и;
   - вродени аномалии на хранопровод, стомах и дуоденум;
   - травми на хранопровод, стомах и дуоденум.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Рак на хранопровода

За диагноза и диференциална диагноза на заболяванията в клиничната пътека основен метод е фиброезофагогастродуоденоскопията, при необходимост с биопсия или лечебни трансендоскопски манипулации. За стадиране на туморния процес при рак на хранопровода освен това са необходими КТ, МРТ, ендолуменна ехография, бронхоскопия.

При болни в увредено общо състояние с изразена анемия, сериозни метаболитни нарушения или при наличие на алергии е необходима предоперативна подготовка, която трябва да започне в домашни условия, а при показания – краткотрайна във вътрешно или хирургично отделение.

Хирургично лечение се предприема рядко при шийна локализация (резекция на хранопровода и фаринкса и заместване с интерпонирано тънко черво). Радикалната намеса при карцином на средната трета на хранопровода най - често е резекция на хранопровода и интерпониране на стомашна тръба, формирана от голямата кривина чрез торакален достъп. При рак на долната трета според стадия на заболяването най-често се прилага резекция на дисталната половина на хранопровода или тотална езофагектомия с шийно - абдоминален достъп и интерпониране ретростернално на трансплантат от колон или стомах. На радикална операция подлежат пациенти в стадии I и II. Мнозинството от хоспитализираните пациенти са в трети стадий и в увредено общо състояние. Приоритет при тях има лъчетерапията 30-40Gr при палиативна и 50-60 Gr при радикална програма. Химиотерапията самостоятелно е полезна като облекчаваща симптомите, но е целесъобразна при комбинирани лъчи-химиолечения – предоперативна или самостоятелна.

Палиативните хирургически намеси са рядкост. По-често се използва ендоскопско ендопротезиране или трансендоскопска реканализация с лазарен лъч и брахитерапия, гастростома или хирургичен бай пас.

Язва на стомах и дуоденум

Перфорираната пептична язва на стомаха и дуоденума изисква незабавно оперативно лечение. Консервативният метод на Тейлър (аспирация на стомашното съдържимо през назо-гастрична сонда, антибиотици, наблюдение) дава висока смъртност (90-100%) и може да бъде приложен единствено в случаите на категоричен отказ за операция от страна на пациента. При напреднал перитонит или тежко състояние на болните (напреднала възраст, наличие на тежки придружаващи заболявания) се извършва минимална оперативна намеса - просто зашиване на язвата. В останалите случаи поведението е различно:

- перфорирала калозна язва на стомаха-резекция на стомаха (опасност от пропускане на скрит карцином - 8%, рецидиви след просто зашиване - 40%);

- перфорирала пилорна и препилорна язва - ексцизия с пилоропластика евентуално с ваготомия или последваща медикаментозна ерадикация на ХП (хеликобактер пилори);

- перфорирала дуоденална язва без стеноза или пенетрация - същото поведение както при пилорните язви;

- перфорирала дуоденална язва със стеноза или с пенетрация – резекция на стомаха.

Доказано е наличието на ХП (хеликобактер пилори) при перфорираната пептична язва на стомаха и дуоденума в 85 до 95 % от случаите. Лечението на перитонита се провежда по установените правила.

Кървяща пептична язва на стомаха и дуоденума. На всички болни, постъпващи с хеморагия от ГИТ (гастро-интестиналния тракт) се извършва ФГС (фиброгастроскопия) непосредствено след приемането. ФГС има диагностична и терапевтична стойност. Чрез нея се установява източникът на кървене и се прави оценка на активността на кървене по Форест. При данни за активно кървене се извършва ендоскопска хемостаза (електрокоагулация, инжекционна хемостаза и др.). По-нататък лечението на тези болни се провежда с Н-2 блокери, инхибитори на протонната помпа, инфузионна терапия (хемотрансфузия) и др. В центровете с установен алгоритъм на поведение при кървене от пептична язва –оперативно лечение се налага в около 10-15%.

Операция по спешност - налага се при:

- неовладяно ендоскопски активно кървене;

- при съчетание на кървене с перфорация;

На *операция с отложена спешност* подлежат болни със: многократно рецидивиращо кървене; големи калозни язви с трудна ендоскопска хемостаза; съмнение за малигненост; постбулбарни калозни язви със стеноза и пенетрация и др.

Малигнените новообразувания на стомаха най-често са представени от аденокарциноми с различна степен на диференциация, лимфоми, лейомиосаркоми и карциноидни тумори. Най-честият хистологичен тип е аденокарциномът на стомаха – 97% от случаите.

Най-често карциномът на стомаха се развива на базата на преканцерози в рискови групи. Към тях спадат: хроничен атрофичен гастрит със или без интестинална метаплазия и дисплазия, стомашен полип, стомашна полипоза, състояние след резекция на стомаха с давност 10 - 15 години, пернициозна анемия. Затова скринингът (фиброгастроскопия с биопсия), ранното диагностициране и изборът на най-подходящо лечение (основно хирургия и химиотерапия) са от съществено значение за ранното откриване и добрите резултати по отношение на преживяемостта на това социално - значимо заболяване. Не без значение е и проследяването на вече лекувани болни.

Диагностика: Основен метод за диагноза е фиброгастроскопия с биопсия и хистоморфологично изследване. Допълнително диагностично уточняване се извършва чрез абдоминална ехография, рентгеноконтрастно изследване и КТ.

Изследванията целят локализирането на туморния процес, неговото **стадиране според TNM класификацията,** локалното му разпространение и взаимоотношение със съседни органи с оглед терапевтично поведение и планиране обема на оперативната интервенция.

При болни в увредено общо състояние, изразен анемичен синдром или сериозни заболявания е важна предоперативната подготовка, която да бъде проведена за кратък срок в болнично лечебно заведение.

В клиничната пътека попадат доброкачествени тумори и корозивни увреждания на хранопровод, стомах и дуоденум, които представляват казуистична рядкост. Такива са и стомашните фистули, гастростазата и ангиодисплазиите, представляващи казуистичен източнинк за кръвоизливи.

Диафрагмалната херния бива вродена и придобита. Херниалният сак преминава по типа на плъзгаща се херния (хиатус херния), или с параезофагиално приплъзване на част от стомаха. Необходима е пластика на хиаталния пръстен фиксиране на хранопровода и стомаха, ликвидиране на Хис.

Следоперативните синдроми са относителна рядкост през последните години, но може да се наблюдава Дъмпинг – синдром, пептична язва на йеюнома, синдром на отводящата бримка и други. Необходима е реконструктивна реоперация.

Основен лечебен метод е хирургичният

I. Оперативните интервенции при онкологичните новообразувания биват:

- радикални;
- палиативни.

1. Радикални.

На радикално оперативно лечение подлежат болните от I до III клиничен стадий.

Тотална гастректомия

Тя е индицирана при:

- големи фунгозни или дифузно разпространяващи се тумори, които не могат да бъдат отстранени със субтотална резекция;
- карцином на стомашния остатък след предварително извършена субтотална резекция;
- карцином на стомаха, съчетан с преканцерозно състояние (хроничен атрофичен гастрит, болест на Menetrier, пернициозна анемия);

- карцином, развил се при дифузна стомашна полипоза;

онкологично заболяване на проксималната трета и горната част от средната трета на стомаха;

- мезенхимални тумори на стомаха;
- лимфом на стомаха.

Дистална (аборална) субтотална резекция на стомаха;

Тя е индицирана при тумори в дисталната трета и в каудалната част от средна трета на стомаха. При тази операция отпадат около 4/5 от стомаха.

Проксимална (орална) резекция на стомаха

Тя се извършва главно при ограничени тумори на горната трета на стомаха и кардията от интестинален тип. Поради редица странични ефекти като рефлуксни прояви, дъмпинг и др., днес приложението й е силно ограничено.

При индикации за хирургична радикалност на локално авансирал тумор на стомаха е необходимо да се направи комбинирана резекция – тотална гастректомия или дистална субтотална резекция на стомаха заедно с част от левия лоб на черния дроб, на колона или дисталната половина на панкреаса и слезката.

Възстановяване на пасажа.

Операции за карцином на гастроезофагеалната свръзка

Карциномите на гастро-езофагеалния преход да се считат като особени карциноми. Те са три типа (тип 1-аденокарцином на дисталния хранопровод, инфилтриращ гастроезофагеалния преход отгоре; тип 2 – карцином от епителa на самата кардия; тип 3 – субкардиален карцином, инфилтриращ гастроезофагеалния преход отдолу).

При тип 1 карцином стандартната операция е резекция на хранопровода и стомаха и гастроезофагопластика чрез абдоминален - дяснoторакален достъп, левостранна френотомия торакотомия или абдоминален и шиен достъп с езофагектомия на сляпо.

При тип 2 карцином операцията може да бъде същата като тип 1 карцином, но с по – радикална резекция на стомаха и при по-напреднал стадий тя се разширява с пълно отстраняване на стомаха и пластично заместване на хранопровода с черво.

При тип 3 карцином стандартната операция е чрез абдоминален и трансхетален достъп като може да бъде допълнен с торакотомия. Задължително се извършва тотална гастректомия с резекция на дисталния хранопровод. При трансхиаталната резекция на хранопровода езофагоиеюналната анастомоза се прави с автоматичен съшивател, тъй като мануалното и осъществяване е много трудно и несигурно.

При всички оперативни интервенции по повод на карцином на кардията е показана параезофагеална и разширена лимфна дисекция в две или три полета.

При тип 1 и 2 карцином може да се направи абдомино-медиастинална резекция на хранопровода с шийна езофагоколостомия.

2. Палиативни.

Палиативното лечение на стомашния карцином се свежда главно до два типа подход:

Оперативно лечение.

Целта на палиативните оперативни интервенции е редукция на клиничните оплаквания, осигурявайки по-добро качество на живот. Извършва се при болни с генерализация на онкологичното заболяване; при локално авансирали нерезектабилни новообразувания на стомаха; при болни с придружаващи заболявания, непозволяващи извършването на радикална оперативна интервенция.

3. Проследяване.

Проследяването на оперираните болни се извършва според нормативните документи от личния лекар, регионалния онкологичен диспансер и екипът извършил оперативната интервенция;

- наблюдение от онкотерапевт в онкологичните диспансери по местоживеене - за период 10 години, при контрол на клинични, лабораторни и инструментални показатели;

- преглед от хирурга –посещенията са по желание на пациента и желателни от позицията на хирурга с оглед състоянията – (локален рецидив, солитарна метастаза), изискващи нова хирургическа намеса.

- наблюдение от гастроентеролог;

При ранни или късни постоперативни симптоми, при съмнение за рецидив, както и за поява на метастази болните подлежат на хоспитализация в гастроентерологично отделение/клиника за диагностично уточняване и лечение.

Карциномът на дванадесетопръстника е казуистична рядкост. Най-често се развива от тъканите около дуоденалната папила. При операбилност подлежи на дуоденопанкреатична резекция, при иноперабилност – на обходна гасторентероанастомоза.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

II. Хирургично лечение на язвата.

Метод на избор е стомашната резекция (задоволително състояние на болния, опитен екип).

Доброкачествената пилорна стеноза се лекува най-често с резекция на стомаха. За предпочитане е тя да е по типа Билрот-1/ (класическа по Пеан, термино-латерална по Хаберер-Андреою). Останалите методи (дилатация с проксимална селективна ваготомия, ваготомия с пилоропластика или гастро-ентеро анастомоза и др,) се прилагат рядко.

Пептичните язви на тънкото черво се срещат рядко и обикновено се лекуват консервативно. Оперативното лечение на улкус пептикум (най-често след операция по Билрот-2) може да бъде: торакална ваготомия, ререзекция, редуоденизация, блокова резекция с колон трансверзум (при гастро-иеюно-колична фистула) и др.

При усложнен Мекелов дивертикул се извършва секторална резекция или по-сигурно - резекция на тънкото черво с термино-терминална анастомоза.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

III. Доброкачествени заболявания на хранопровода - включени са поредица от заболяванияq някои от които са по-редки в хирургичната практика. Ахалазията през последните години се третира с балонна дилатация, инфилтрация с Ботулинов токсин и се достига до кардиомиотомия, при неефективно лечение. Баретовият хранопровод и корозивните стриктури на хранопровода могат да наложат извършването на резекция и пластика на хранопровода. Гастроезофагеалният рефлукс и езофагитът се третират с пластични операции при изчерпване на консервативните възможности. Пробивът на хранопровода, дивертикулите, стриктурите, достигат до хирургично лечение в стадии на декомпенсация, и е препоръчително операторът да има допълнителна специалност гръдна хирургия (с изключение на спешните случаи).

Вариците на хранопровода са честа причина за хематемеза и мелена. Протоколът за лечение включва третиране с медикаменти, сонда на Блякмор, ендоскопска склерозация или лигатура, шънтова или нешънтова операция. Трансюгуларен портокавален шънт

При диафрагмални хернии – торакотомия или лапаротомия, (при възможност видиоасистирани методи), репозиция на херниалното съдържимо, пластика на херниалния отвор, фиксираща манипулация, антирефлуксна процедура. При новородени с аплазия на диафрагмата се прилагат различни материали за затваряне на дефекта.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

При неонкологичните заболявания диагнозата се поставя предоперативно, при онкологичните случаи задължително се допълва със стадирането по резултатите от хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановяване на пасажа;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването"(ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни "История на заболяването"(ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Ракът на хранопровода представлява около 0,5% от онкологичните заболявания. По принцип е лечимо заболяване при своевременна диагноза. Около 20-25% от пациентите достигат до радикална хирургическа намеса. Останалите подлежат на палиативна операция и/или комбинирано лъче- и химиолечение. Той е рядко заболяване, по-типично за напреднала и старческа възраст и по-често при мъжете. Състоянието води до невъзможност за хранене, отслабване на килограми, както и до някои усложнения. Целта на оперативното лечение е премахването на тумора и възстановяване преминаването на храната през новосъздаден път (преместване на стомах, тънко или дебело черво) на един или два етапа. Това е една високорискова операция, криеща доста тежки усложнения в следоперативния период - естеството на заболяването, отваряне на три телесни кухини. Операцията е един етап от цялостното лечение, включващо лъчетерапия, химиотерапия или комбинирано. Изборът на операция и нейният обем зависят от локализацията на тумора в горната, средната или долната трета на хранопровода. Хирургическата намеса е свързана с отваряне на коремната кухина, на гръдната кухина и на шийна област. Отстраненият изцяло или частично хранопровод се замества с части от стомах, тънко или дебело черво.

Стомах и храносмилателна система

Храносмилателната система се състои от хранопровод, стомах, тънко и дебело черво. Функцията е да достави хранителни вещества (белтъчини, въглехидрати, мазнини,витамини, минерали и вода) от поетата през устата храна до кръвоносната система, която по-нататък ще ги пренесе до всички клетки. В смилането на храната вземат участие смилателните сокове, отделени от стомаха, тънките черва и задстомашната жлеза. Стомахът е кух орган, с форма на кука, разположен в горната част на корема. Храната достига до него през тръба, наречена хранопровод, който свързва устата със стомаха. В стомаха става раздробяване на храната като в мелница и смилане на белтъчините. Раздробената храна преминава в тънкото черво и след това в дебелото черво.

Какво представлява карциномът на стомаха?

Карциномът на стомаха е заболяване при което “малигнени” (онкологични) клетки се откриват в тъканите на стомаха.

Понякога карциномът на стомаха може дълго време да не причини клинични оплаквания (симптоми) и да достигне големи размери. В ранните стадии на заболяването могат да се наблюдават следните оплаквания: коремен дискомфорт, подуване след нахранване, гадене, загуба на апетит, парене.

В по-напредналите стадии на заболяването може да има кръв в изпражненията, анемия, повръщане, загуба на тегло или болка в стомаха.

Ако имате оплаквания Вашият лекар ще назначи едно или няколко от следните изследвания на стомаха:

- ретнгеново изследване на стомаха след изпиване на рентгено-контрастно вещество през устатата;

- гастроскопия – оглед на хранопровода и стомаха със специален апарат, наречен гастроскоп (вж информация на пациента за гастроскопия), който се поставя през устата и се въвежда в стомаха; изследването може да бъде извършено със или без обезболяване или под пълна упойка, наречена анестезия.

Ако докторът види тъкан, различна от нормалната, може да вземе малко парче тъкан, което ще се изследва под микроскоп за търсене на онкологични клетки. Това се нарича “вземане на биопсия” и е безболезнено.

Как се развива и как се лекува карциномът на стомаха?

Прогнозата и изборът на лечение зависи от стадия на карцинома – дали е само в стомаха или се е разпространил на други места, както и от общото състояние на организма.

Разпространеност на карцинома на стомаха (стадиране)

Когато веднъж е открит (диагностициран) карциномът на стомаха, е необходимо да се направят още изследвания, за това дали онкологични клетки са се разпространили и в други части на тялото. Тези изследвания се наричат "стадиране". Те започват веднага след поставяне на диагнозата. Най-точното "стадиране" на обхващане на стената на стомаха и околните тъкани от онкологичното заболяване, се постига по време на операция. Познаването на точния стадий на болестта, позволява на лекаря ефективно да планира бъдещото лечение.

Как се лекува карциномът на стомаха?

За повечето пациенти с онкологично заболяване на стомаха има лечение. Възможностите за лечение са няколко:

- хирургично (премахване на онкологичното заболяване);

- химиотерапия (използват се лекарства за убиването на онкологични клетки);

- лъчева терапия (използват се високи дози рентгенови лъчи и други лъчи с висока енергия за убиването на онкологични клетки);

- биологично.

Хирургичното лечение е най-често използваното при всички стадии на онкологичното заболяване на стомаха. Лекарят може да премахне онкологичното заболяване по един от следните начини:

1. Частична или субтотална гастректомия. Хирургът ще премахне онкологичното заболяване през разрез на корема, като отстрани само част от стомаха, която съдържа тумора и части от други тъкани и органи близо до тумора. Също така хирургът взема и няколко от лимфните възли около стомаха, за да се изследват под микроскоп и да търсят онкологични клетки. Слезката (орган в горната част на корема, който филтрира кръвта и премахва старите кръвни клетки) може също да се отстрани ако е необходимо.

2. Тоталната гастректомия. Ако онкологичното заболяване е по-голямо или разположено в определено място, хирургът ще премахне целия стомах и части от хранопровода, тънкото черво и други тъкани близо до тумора. Слезката също се отстранява при някои случаи. Близко разположените лимфни възли също се премахват, за да се изследват под микроскоп и да се търсят онкологични клетки (дисекция на лимфните възли). Хранопроводът се свързва с тънкото черво, така че болният да може да се храни.

Ако само част от стомаха е премахната, болният е в състояния да се храни почти нормално.Често при отстраняване на целия стомах е необходимо приемане на малки порции храна, бедна на въглехидрати и богата на белтъчини и мазнини. Повечето болни успешно се адаптират към този нов начин на хранене.

Химиотерапията използва специални лекарства (химиотерапевтици) за убиване на онкологични клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената. Химиотерапията се нарича "Системно лечение" защото лекарството, постъпвайки в кръвообращението, преминава през цялото тяло и може да убива онкологични клетки и извън стомаха. Ако онкологичното заболяване е засегнало черния дроб, химиотерапевтикът може да бъде въведен директно в артерията, която отива в него.

Ако е премахнато цялото видимо онкологичното заболяване по време на операцията, лекарят може да даде химиотерапия на пациента, за да убие клетките, останали невидими след операцията. Химиотерапията, която се прилага на пациент, при който след операцията не се намират онкологични клетки, се нарича "Допълнителна химиотерапия" (Адювантна химиотерапия).

Лъчевата терапия използва рентгенови лъчи или други лъчи с висока енергия, за да убие онкологични клетки и така да премахне тумора. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото, посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчевата терапия може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Биологичното лечение се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с онкологичното заболяване. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват онкологични клетки. Биологичното лечение понякога се нарича "**Имунотерапия".** То може да се съчетава с другите видове терапия.

Лечение на различните стадии

Лечението на карцинома на стомаха зависи от стадия, в който е заболяването, от неговата локализация в стомаха и от общо състояние на организма. Стандартно лечение няма, защото всеки пациент е различен и със своите особености. В някои случаи се налага промяна на терапията с цел повишаване на ефективността º.

Рецидив на карцинома на стомаха

Ако онкологичното заболяване се е появило отново (рецидивирал) само в една част от тялото, може да се направи операция за премахването му. Ако карциномът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия за намаляване на оплакванията. Пациентът може да получи и имунотерапия.

Ракът на дванадесетопръстника е рядко заболяване, което предизвиква стеснение на лумена и упорито повръщане. Това довежда пациента до лекаря и до необходимост от операция. При възможност за отстраняване на тумора операцията е свързана със задължително изрязване на част от задстомашната жлеза поради тясното прирастване на двата органа и тесните анатомични връзки. Ако туморът не може да бъде отстранен, се прави обходно съустие между стомах и тънко черво, за да може пациента да се храни.

ЯЗВЕНА БОЛЕСТ НА СТОМАХА И ДВАНАДЕСЕТОПРЪСТНИКА

Какво представлява пептичната язва на стомаха и дуоденума?

Язвената болест на стомаха и дванадесетопръстника е хронично-рецидивиращо заболяване с изразена сезонност на оплакванията (пролет-есен) и известна наследствена обремененост. Етио-патогенезата (причините) за възникването на язвената болест на стомаха и дуоденума са различни. Като основна причина за образуването на дуоденалната язва се приема повишената киселинност на стомашния сок,докато за образуването на стомашната язва главна роля играе намалената резистентност на стомашната лигавица. По-често боледуват мъжете (съотношение мъже-жени 3:1) в активна възраст-30-50години. Напоследък се появиха изследвания, доказващи ролята на един микроорганизъм в патогенезата на язвената болест, т.нар. Хеликобактер пилори. Освен това предразполагащи фактори за развитието на язвената болест могат да бъдат:нервното пренапрежение (стрес) и употребата на някои улцерогенни медикаменти (Аспирин, Фелоран, Индометацин и др.)

Кога язвената болест изисква лечение в хирургично отделение/клиника?

След въвеждането на т.нар. Н-2 блокери (ранитидин, циметидин, фамотидин) и инхибитори на протонната помпа (омепразол) до оперативно лечение стигат само усложнените форми на язвената болест:перфорация,кървене и стеноза на пилора.

Какви видове операции се прилагат при лечението на язвената болест?

Най-общо могат да се разделят на две групи: радикални (повлияващи причините за възникването на язвената болест) и палиативни (неповлиаващи причините). Първата група операции имат за цел – намаляването на стомашната киселинност,което може да се постигне по два начина:с резекция на стомаха или с ваготомия (органо-съхраняваща операция).

Резекцията на стомаха е операция при която се изрязва 2/3 от стомаха и се премахва частта, произвеждаща солна киселина.Възстановяването на пасажа на храната може да се постигне чрез съединяване на стомашния остатък с дуоденума/метод на Билрот 1/или с тънкото черво (Билрот 2). Рецидивите след тази операция са 1-3%. Смъртността зависи от вида на усложнението (най-висока е при кървящата язва) и общото състояние на болния (възраст, придружаващи заболявания), но по принцип е по - висока в сравнение с органосъхраняващите операции. Възможните усложнения са: инсуфициенция на анастомоза с развитие на перитонит, Дъмпинг синдром, синдром на приводящата бримка и т.н. Последните са по-чести след резекций по типа Билрот-2.

Ваготомията е операция, при която киселинността на стомаха се намалява чрез прерязване на двата клона на т.нар. "блуждаещ"нерв (нервус вагус), които са разположени по предната и задна повърхност на стомаха и стимулират продукцията на солна киселина от т.н.париетални клетки на стомаха. В зависимост от това, кои клонове се прерязват ,ваготомията бива: стволова,селективна и супраселективна. Първите два вида изискват и допълнителна процедура - т.нар.наречени-дрениращи операции (пилоропластика, гастро-ентероанастомоза).

Ваготомиите имат по-малко странични ефекти и по-ниска смъртност в сравнение с резекцията на стомаха, но дават по-голям процент рецидиви (нова поява на язва) -10-30%.

Палиативните операции имат за цел непосредственото спасяване на живота на болния, без да повлияват на патогенезата на язвената болест (зашиване на перфорирала язва, прошиване на кървяща язва, обходна анастомоза при стеснение на пилора). Без последващо медикаментозно лечение тези операции дават голям % рецидиви.

Какво представляват отделните видове усложнения на язвената болест и какво е поведението при тях?

КРЪВОИЗЛИВЪТ е най-честото и животозастрашаващо усложнение на язвената болест. След постъпването в отделението на всички болни с кървене от гастро-интестиналния тракт се извършва фиброгастродуоденоскопия (ФГС). Това изследване има както диагностична (уточнява се източника на кървене), така и терапевтична (спиране на кървенето, чрез различни методики) стойност. Преди рутинното въвеждане на ФГС смъртността след т.нар. ''операции на върха на кървенето'' е била голяма (50-60 %). Понастоящем до спешна операция стигат едва около 10 % от болните (неовладяно ендоскопски кървене, многократно повтарящо се кървене). Всяко хирургично отделение има изработен алгоритъм за поведение при болни с кървяща пептична язва. Когато се налага оперативна намеса, стандартната операция е резекцията на стомаха.

ПЕРФОРАЦИЯТА е второто по честота усложнение на пептичната язва. За това усложнение е характерна внезапната"кинжална"болка в горната част на корема-това е моментът на самата перфорация, когато в коремната кухина се излива стомашно съдържимо. Ако не се вземат спешни мерки, се развива дифузен перитонит с всичките последващи усложнения, вкл. и смърт на болния. Операцията е абсолютно наложителна и животоспасяваща процедура без алтернатива. Видът на самата операция (радикална или палиативна) се определя индивидуално при всеки пациент, но основната задача е непосредственото спасяване живота на пациента. Голямо значение за намаляване на смъртността при това усложнение има съкращаването на времето между появата на първите симптоми и извършването на операцията.

СТЕНОЗАТА НА ПИЛОРА представлява усложнение на пептичната язва на дуоденума (или пилора), при което се затруднява преминаването на стомашното съдържимо към дванадесетопръстника. Пептичната язва на дуоденума има хронично-рецидивиращо протичане. Всяко изостряне на язвата завършва със “самоизлекуване”, при което на мястото на язвения дефект се образува т.нар. калозна тъкан. Когато язвената болест не се лекува правилно, с течение на времето образуваната калозна маса постепенно стеснява изхода на стомаха (пилора). В началото тази стеноза е функционална, но впоследствие става органична. Вследствие на честите повръщания настъпват тежки нарушения във водно-електролитния баланс (дехидратация, хипокалемия), хипопротеинемия, отслабване на тегло. При изразена органична стеноза на пилора оперативната намеса е единственото решение. Операцията която дава най-малко рецидиви, е стомашната резекция, за предпочитане извършена по метода на Билрот-1 (рецидиви 1-3%,смъртност-3-4%)

Лекарят е задължен да Ви обясни характерът на операцията и защо е избрана процедурата, която е удобна или неудобна за Вас.Това се предопределя както от характерът на заболяването така и от Вашето общо състояние.

КП № 172 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ХРАНОПРОВОД, СТОМАХ И ДУОДЕНУМ С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 10 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други ексцизионни процедури на хранопровод

30559-00 Локална ексцизия на лезия на хранопровод
Езофагеална полипектомия

Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

90177-00 Възстановяване на торакоабдоминална дупликация
Ексцизия на торакоабдоминална пликационна киста
Не включва: възстановяване на стомашна дупликатура (90303-00 [887])

Други възстановителни процедури на хранопровод

90300-00 Възстановяване на езофагеална дупликация
Ексцизия на езофагеална дупликационна киста

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- торакална(30545, 30550 [858])

30535-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза

30536-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза

30536-01 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия

Резекция на хранопровод, при деца

Не включва: тази със заместване на хранопровод (43903-00 [866])

43906-00 Частична резекция на хранопровод с анастомоза, при деца

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне
Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- торакална (30545, 30550 [858])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-00 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30545-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y

Резекция на хранопровод, при деца

Не включва: тази със заместване на хранопровод (43903-00 [866])

43906-00 Частична резекция на хранопровод с анастомоза, при деца

Възстановяване на езофагеална атрезия

Не включва: езофагостомия (30293-00 [867])

43843-00 Възстановяване на езофагеална атрезия

Включва: анастомоза

43843-01 Възстановяване атрезия на хранопровод с възстановяване на дистална трахеоезофагеална фистула

Възстановяване на езофагеална атрезия с ликвидиране на:
• бронхо-езофагеална фистула
• трахео-езофагеална фистула БДУ

Включва: анастомоза

Не включва: с ликвидиране на множествени дистални трахео-езофагеална фистули (43843-02 [866])

43843-02 Възстановяване атрезия на хранопровод с възстановяване на проксимална или множествени трахеоезофагеални фистули

Възстановяване на езофагеална атрезия с ликвидиране на множествени дистални трахео-езофагеални фистули

Включва: анастомоза

Езофаго-гастрална миотомия

Не включва: това при
• затваряне на диафрагмален хиатус (30532-05 [863], 30532-01 [864], 30532-03 [865])
• фундопластика (30533-04 [863], 30533-00 [864], 30533-02 [865])
• фундопластика и затваряне на диафрагмален хиатус (30533-05 [863], 30533-01 [864], 30533-03 [865])

30532-02 Езофаго-гастрална миотомия, коремен достъп

30532-04 Езофаго-гастрална миотомия, гръден достъп

30532-00 Езофаго-гастрална миотомия, лапароскопски достъп

Други възстановителни процедури на хранопровод

30293-01 Затваряне на езофагостома

Включва: пластична реконструкция

Други процедури за възстановяване на трахея

43852-00 Затваряне на трахеоезофагеална фистула чрез торакотомия

Разделяне на трахеоезофагеална фистула без анастомоза

Забележка: Изпълнена за езофагеална атрезия

Не включва: с възстановяване на езофагеална атрезия (43843-01, 43843-02 [866])

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
• цервикална (30541 [859])
• торакална(30545, 30550 [858])

30535-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна

езофагогастрална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

Реконструктивни процедури на хранопровод

Кодирай също когато е направена:
- микрохирургична анастомоза на кръвоносни съдове (виж панел [1695])
- възстановяване на нерв (39300-00, 39306-00, 39315-00, 39318-00 [83])

Не включва: резекция и изграждане на хранопровод с използване на черво, педиатрични (43903-00 [866])

30554-00 Езофагостомия с реконструкция чрез свободно йеюнално ламбо

30554-01 Езофагостомия с реконструкция чрез друго свободно ламбо
Езофагектомия с реконструкция със свободно ламбо от :
- дебело черво
- радиална предмишница [RFFF]

90954-00 Друга реконструкция на хранопровод
Кодирай също когато е направено:
- ламбо (виж блокове [1671] до [1674])

Други процедури на хранопровод

38456-20 Други интраторакални процедури на хранопровод

90301-00 Други процедури на хранопровод

Други ексцизионни процедури на стомах

30520-00 Локална ексцизия на лезия на стомах
Не включва: такава с частична гастректомия (30518 [875])

Други възстановителни процедури на стомах

90303-00 Възстановяване на стомашна дупликация
Ексцизия на стомашна дупликационна киста
Възстановяване на пилорна дупликация

Частична гастректомия

Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])

30518-02 Частична проксимална гастректомия с езофаго-гастрална анастомоза

Частична гастректомия

Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])

30518-01 Частична дистална гастректомия с гастройеюнална анастомоза

Частична гастректомия след предишна процедура за язвена болест

Забележка: Изпълнена само при история за предишна гастректомия, ваготомия или подобни процедури за пептична язвена болест

Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30503 [878])

30503-02 Частична гастректомия с Roux-en-Y реконструкция след предишна процедура за

язвена болест

Друга гастректомия

Включва: анастомоза
спленектомия

30523-00 Субтотална гастректомия
Субтотална радикална гастректомия
Включва: дистална панкреатектомия
разширена лимфна дисекция

Частична гастректомия след предишна процедура за язвена болест

Забележка: Изпълнена само при история за предишна гастректомия, ваготомия или подобни процедури за пептична язвена болест
Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30503 [878])

30503-02 Частична гастректомия с Roux-en-Y реконструкция след предишна процедура за язвена болест

Процедури при болестно затлъстяване

30511-00 Стомашно намаление
Стомашна:
• лента
• скоба
Гастропластика при на болестно затлъстяване

30512-00 Стомашен байпас

Включва: анастомоза

Друга гастректомия

Включва: анастомоза
спленектомия

30521-00 Тотална гастректомия
Кодирай също когато е направена:
• езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация (виж блок [860])

Ваготомия

Кодирай също когато е направен:
• контрол на кървяща пептична язва (30505-00 [874], 30509-00 [880])

30496-00 Селективна ваготомия
Стволова ваготомия
Кодирай също когато е направена:
• локална ексцизия на стомашна лезия (30520-00 [880])
Не включва: тези при:
• гастро-ентеростомия (30496-02 [884])
• частична гастректомия и анастомоза:
• гастродуоденална (30497-00 [877], 30503-03 [878])
• гастро-йеюнална (30497-01 [877], 30503-04 [878])
• Roux-en-Y реконструкция (30497-02 [877], 30503-05 [878])

Ваготомия

Кодирай също когато е направен:
• контрол на кървяща пептична язва (30505-00 [874], 30509-00 [880])

30499-00 Високо селективна ваготомия
Не включва: такава с:

• дилатация на пилор (30502-00 [884])
• дуоденопластика (30500-00 [884])

Гастротомия

30375-06 Гастротомия

Други инцизионни процедури на стомах

43930-00 Пилоромиотомия

Пилоропластика

30375-13 Пилоропластика
Не включва: тази със селективна [стволова] ваготомия (30496-00 [872], 30496-01 [884])

Гастростомия или гастроентеростомия

Не включва: стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])

30515-00 Гастроентеростомия
Включва: гастродуоденостомия
Не включва: такава с:
• панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])
• селективна [стволова] ваготомия (30496-02 [884])

Други възстановителни процедури на стомах

30375-10 Шев на перфорирала язва
Надшиване на:
• дивертикул за перфорирала язва
• перфорирала язва (дуоденална) (стомашна)

Деструктивни процедури на стомах

30505-00 Контролиране на кървяща пептична язва
Включва: клиновидна резекция
Кодирай също когато е направена:
• ваготомия:
• високо селективна (30499-00 [872], 30500-00, 30502-00 [884])
• селективна [стволова] (30496-00 [872], 30496 [884])
Не включва: тази с гастрална резекция (30509-00 [880])

Други възстановителни процедури на стомах

90304-00 Друго възстановяване на стомах

Реконструктивни процедури на стомах

30517-01 Реконструкция на гастро-ентеростомия
Реконструкция на гастродуоденостомия

Фундопластика

Кодирай също когато е направена:
• гастростомия (30375-07 [881])

30530-00 Фундопластика с кардиопексия

30527-00 Фундопластика, лапароскопски достъп
Фундопликация по Nissen чрез лапароскопия

30527-01 Фундопластика, лапароскопски достъп, със затваряне на диафрагмален хиатус

Фундопликация по Nissen чрез лапароскопия, със затваряне на диафрагмален хиатус

30527-03 Фундопластика, коремен достъп, със затваряне на диафрагмален хиатус
Фундопликация по Nissen със затваряне на диафрагмален хиатус

30529-00 Фундопластика, коремен достъп, с езофагопластика
Включва: удължаване на хранопровода

30527-04 Фундопластика, трансторакален достъп

30527-05 Фундопластика, трансторакален достъп със затваряне на диафрагмален хиатус

30529-01 Фундопластика, трансторакален достъп, с езофагопластика
Включва: удължаване на хранопровод

31466-00 Ревизионна фундопластика

Фундопластика

Кодирай също когато е направена:
• гастростомия (30375-07 [881])

30527-02 Фундопластика, коремен достъп
Фундопликация по Nissen

Процедури при портална хипертония

30606-01 Надшиване на стомашни варици
Включва: деваскуларизация

Други възстановителни процедури на стомах

30375-12 Редукция на стомашен волвулус

Други възстановителни процедури на тънки черва

90340-00 Затваряне фистула на тънки черва
Включва: фистула на дуоденум
Не включва: ентерокутанна фистула на тънко черво (30382 [901])

Стоми на тънки черва

43807-00 Дуодено-дуоденостомия
Дуоденойеюностомия при неонатална атрезия или стеноза

Възстановяване на диафрагмална херния

Възстановяване на :
• хиатус херния
• езофагеален хиатус
Не включва: възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886])

30601-00 Лечение на диафрагмална херния, коремен достъп

Възстановяване на диафрагмална херния

Възстановяване на :
• хиатус херния
• езофагеален хиатус
Не включва: възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886])

30601-01 Възстановяване на диафрагмална херния, торакален подход

	Торако-абдоминално възстановяване на диафрагмална херния
Възстановяване на диафрагмална херния	
	Възстановяване на : • хиатус херния • езофагеален хиатус *Не включва*: възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886])
43915-00	Възстановяване на диафрагмална херния, торакален подход Торако-абдоминално възстановяване на диафрагмална херния
Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма	
30601-02	Пликация на диафрагма *Включва*: тази чрез: • абдоминален } • торакален } достъп *Забележка*: Изпълнена при евентрация
998	**Възстановяване на диафрагмална херния**
Възстановяване на : · хиатус херния · езофагеален хиатус *Не включва*: възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886])	
30601-02	Възстановяване при парастернална херния

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия/детска хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
6. Кабинет по ендоскопска диагностика (горна ендоскопия)
7. Лаборатория (отделение) по клинична патология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Медико-диагностична лаборатория с възможност за изследване на туморни маркери
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Кръгови ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарни ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Хранопроводни стентове	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Перкутанни гастростомни катетри - PEG	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия

При диагнози по МКБ 10 рубрики: C15 - C26, C45, C48, C65, C66, C67, C68 и C79, НЗОК заплаща следните скъпоструващи медицински изделия:

- Механичен съшивател;
- Пълнител за механичен съшивател
- Ендоскопски съшивател
- Пълнител за ендоскопски съшивател

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия с опит в детската стомашно-дуоденална хирургия и хирургията на хранопровода.
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции на деца до 9 годишна възраст и всички планови операции за вродени малформации на деца до 18 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия, с изключение на спешни, животозастрашаващи травматични състояния, когато операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. При пациенти с проява на:
   - кръвоизлив;
   - перфорация;
   - пълна непроходимост;
   - медиастинит при перфорация на хранопровода;
   - вродено прекъсване (атрезия) на хранопровода.
2. Пациенти с диагностицирано онкологично заболяване:
   - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на хранопровода;
   - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на стомаха;
   - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на дуоденум;
   - палпируем тумор в епигастриума след двукратни отрицателни резултати от ендоскопски биопсии.
3. Пациенти с установени:
   - ехографска находка за "кокарда" на стомаха;
   - малигнена стеноза по хранопровода, на кардията, на пилора, на дуоденума;
   - вторична анемия при суспектна малигнизация на стомашна язва или полип;
   - резистентна на консервативно лечение стомашна язва;
   - широко базиран и суспектен за малигнизация стомашен полип/и;

- вродени аномалии на хранопровод, стомах и дуоденум;
- травми на хранопровод, стомах и дуоденум.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Рак на хранопровода

За диагноза и диференциална диагноза на заболяванията в клиничната пътека основен метод е фиброезофагогастродуоденоскопията, при необходимост с биопсия или лечебни трансендоскопски манипулации. За стадиране на туморния процес при рак на хранопровода освен това са необходими КТ, МРТ, ендолуменна ехография.

При болни в увредено общо състояние с изразена анемия, сериозни метаболитни нарушения или при наличие на алергии е необходима предоперативна подготовка, която трябва да започне в домашни условия, а при показания – краткотрайна във вътрешно или хирургично отделение/клиника.

Хирургично лечение се предприема рядко при шийна локализация (резекция на хранопровода и фаринкса и заместване с интерпонирано тънко черво). Радикалната намеса при карцином на средната трета на хранопровода най - често е резекция на хранопровода и интерпониране на стомашна тръба, формирана от голямата кривина чрез торакален достъп. При рак на долната трета според стадия на заболяването най-често се прилага резекция на дисталната половина на хранопровода или тотална езофагектомия с шийно - абдоминален достъп и интерпониране ретростернално на трансплантат от колон или стомах. На радикална операция подлежат пациенти **в стадии I и II**. Мнозинството от хоспитализираните пациенти са в трети стадий и в увредено общо състояние. Приоритет при тях има лъчетерапията 30-40 Gr при палиативна и 50-60 Gr при радикална програма. Химиотерапията самостоятелно е полезна като облекчаваща симптомите, но е целесъобразна при комбинирани лъчи-химиолечения – предоперативна или самостоятелна. Палиативните хирургически намеси са рядкост. По-често се използва ендоскопско ендопротезиране или трансендоскопска реканализация с лазарен лъч (с временен ефект).

Язва на стомах и дуоденум

Перфорираната пептична язва на стомаха и дуоденума изисква незабавно оперативно лечение. Консервативният метод на Тейлър (аспирация на стомашното съдържимо през назо-гастрична сонда, антибиотици, наблюдение) дава висока смъртност (90-100%) и може да бъде приложен единствено в случаите на категоричен отказ за операция от страна на пациента. При напреднал перитонит или тежко състояние на болните (напреднала възраст, наличие на тежки придружаващи заболявания) се извършва минимална оперативна намеса - просто зашиване на язвата. В останалите случаи поведението е различно:

- перфорирала калозна язва на стомаха-резекция на стомаха (опасност от пропускане на скрит карцином - 8%, рецидиви след просто зашиване - 40%);

- перфорирала пилорна и препилорна язва - ексцизия с пилоропластика евентуално с ваготомия или последваща медикаментозна ерадикация на ХП (хеликобактер пилори);

- перфорирала дуоденална язва без стеноза или пенетрация - същото поведение както при пилорните язви;

- перфорирала дуоденална язва със стеноза или с пенетрация – резекция на стомаха.

Доказано е наличието на ХП (хеликобактер пилори) при перфорираната пептична язва на стомаха и дуоденума в 85 до 95 % от случаите. Лечението на перитонита се провежда по установените правила.

Кървяща пептична язва на стомаха и дуоденума. На всички болни, постъпващи с хеморагия от ГИТ (гастро-интестиналния тракт) се извършва ФГС (фиброгастроскопия) непосредствено след приемането. ФГС има диагностична и терапевтична стойност. Чрез нея се установява източникът на кървене и се прави оценка на активността на кървене по Форест. При данни за активно кървене се извършва ендоскопска хемостаза (електрокоагулация, инжекционна хемостаза и др.). По-нататък лечението на тези болни се провежда с Н-2 блокери, инхибитори на протонната помпа, инфузионна терапия (хемотрансфузия) и др. В центровете с установен алгоритъм на поведение при кървене от пептична язва –оперативно лечение се налага в около 10-15%.

Операция по спешност - налага се при:

- неовладяно ендоскопски активно кървене;
- при съчетание на кървене с перфорация;

На операция с отложена спешност подлежат болни със: многократно рецидивиращо кървене; големи калозни язви с трудна ендоскопска хемостаза; съмнение за малигненост; постбулбарни калозни язви със стеноза и пенетрация и др.

Малигнените новообразувания на стомаха най-често са представени от аденокарциноми с различна степен на диференциация, лимфоми, лейомиосаркоми и карциноидни тумори. Най-честият хистологичен тип е аденокарциномът на стомаха – 97% от случаите.

Най-често карциномът на стомаха се развива на базата на преканцерози в рискови групи. Към тях спадат: хроничен атрофичен гастрит със или без интестинална метаплазия и дисплазия, стомашен полип, стомашна полипоза, състояние след резекция на стомаха с давност 10 - 15 години, пернициозна анемия. Затова скринингът (фиброгастроскопия с биопсия), ранното диагностициране и изборът на най-подходящо лечение (основно хирургия и химиотерапия) са от съществено значение за ранното откриване и добрите резултати по отношение на преживяемостта на това социално - значимо заболяване. Не без значение е и проследяването на вече лекувани болни.

Диагностика: Особен метод за диагноза е фиброгастроскопия с биопсия и хистоморфологично изследване.

Изследванията целят локализирането на туморния процес, неговото **стадиране според TNM класификацията,** локалното му разпространение и взаимоотношение със съседни органи с оглед терапевтично поведение и планиране обема на оперативната интервенция.

При болни в увредено общо състояние, изразен анемичен синдром или сериозни заболявания е важна предоперативната подготовка, която да бъде проведена за кратък срок в болнично лечебно заведение.

В клиничната пътека попадат доброкачествени тумори на хранопровод,стомах и дуоденум, които представляват казуистична рядкост. Такива са и стомашните фистули, гастростазата и ангиодисплазиите, представляващи казуистичен източнинк за кръвоизливи

Диафрагмалната херния бива вродена и придобита. Херниалният сак преминава по типа на плъзгаща се херния (хиатус херния), или със параезофагиално приплъзване на част от стомаха.Необходима е пластика на хиаталния пръстен фиксиране на хранопровода и стомаха, ликвидиране на Хис.

Следоперативните синдроми са относителна рядкост през последните години, но може да се наблюдава Дъмпинг – синдром, пептична язва на йеюнома, синдром на отводящата бримка и други. Необходима е реконструктивна реоперация.

Основен лечебен метод е хирургичния

I. Оперативните интервенции при онкологичните новообразувания биват:

- радикални;
- палиативни.

1. Радикални.

На радикално оперативно лечение подлежат болните от I до III клиничен стадий.

Тотална гастректомия

Тя е индицирана при:

- големи фунгозни или дифузно разпространяващи се тумори, които не могат да бъдат отстранени със субтотална резекция;
- карцином на стомашния остатък след предварително извършена субтотална резекция;
- карцином на стомаха, съчетан с преканцерозно състояние (хроничен атрофичен гастрит, болест на Menetrier, пернициозна анемия);
- карцином, развил се при дифузна стомашна полипоза;

онкологично заболяване на проксималната трета и горната част от средната трета на стомаха;

- мезенхимални тумори на стомаха;
- лимфом на стомаха;

Дистална (аборална) субтотална резекция на стомаха;

Тя е индицирана при тумори в дисталната трета и в каудалната част от средна трета на стомаха. При тази операция отпадат около 4/5 от стомаха.

Проксимална (орална) резекция на стомаха

Тя се извършва главно при ограничени тумори на горната трета на стомаха и кардията от интестинален тип. Поради редица странични ефекти като рефлуксни прояви, дъмпинг и др., днес приложението ѝ е силно ограничено.

При индикации за хирургична радикалност на локално авансирал тумор на стомаха е необходимо да се направи комбинирана резекция – тотална гастректомия или дистална субтотална резекция на стомаха заедно с част от левия лоб на черния дроб, на колона или дисталната половина на панкреаса и слезката.

Възстановяване на пасажа.

Операции за карцином на гастроезофагеалната свръзка

Карциномите на гастро-езофагеалния преход да се считат като особени карциноми. Те са три типа (тип 1-аденокарцином на дисталния хранопровод, инфилтриращ гастроезофагеалния преход отгоре; тип 2 – карцином от епителa на самата кардия; тип 3 – субкардиален карцином, инфилтриращ гастроезофагеалния преход отдолу).

При тип 1 карцином стандартната операция е абдомино-дяснoторакална резекция на дисталната част на хранопровода, параезофагеална лимфна дисекция с проксимална стомашна резекция и осъществяване на анастомоза между хранопровода и стомашния остатък в долния заден медиастинум.

При тип 2 карцином стандартната операция е същата като тип 1 карцином, но при по-напреднал стадий тя се разширява с пълно отстраняване на стомаха, параезофагеална и разширена лимфна дисекция както при тотална гастректомия. При тип 1 и 2 карцином може да се направи абдомино-медиастинална резекция на хранопровода с шийна езофагоколостомия.

При тип 3 карцином стандартната операция е абдомино-лявоторакална гастректомия с резекция на дисталния хранопровод или абдоминална гастректомия с разширяване на хиатуса за дистална резекция на хранопровода. При трансхиаталната резекция на хранопровода езофагоиеюналната анастомоза се прави с автоматичен съшивател, тъй като мануалното и осъществяване е много трудно и несигурно.

2. Палиативни.

Палиативното лечение на стомашния карцином се свежда главно до два типа подход:

Оперативно лечение.

Целта на палиативните оперативни интервенции е редукция на клиничните оплаквания, осигурявайки по-добро качество на живот. Извършва се при болни с генерализация на онкологичното заболяване; при локално авансирали нерезектабилни новообразувания на стомаха; при болни с придружаващи заболявания, непозволяващи извършването на радикална оперативна интервенция.

3. Проследяване.

Проследяването на оперираните болни се извършва според нормативните документи от личния лекар, регионалния онкологичен диспансер и екипът извършил оперативната интервенция;

- наблюдение от онкотерапевт в онкологичните диспансери по местоживеене - за период 10 години, при контрол на клинични, лабораторни и инструментални;

- преглед от хирурга – оператор на първи, втори, трети и шести месец; следващи посещения са възможни по желание на пациента и желателни от позицията на хирурга с оглед състоянията – (локален рецидив, солитарна метастаза), изискващи нова хирургическа намеса.

- наблюдение от гастроентеролог;

При ранни или късни постоперативни симптоми, при съмнение за рецидив, както и за поява на метастази болните подлежат на хоспитализация в гастроентерологично отделение/клиника за диагностично уточняване и лечение.

Карциномът на дванадесетопръстника е казуистична рядкост. Най-често се развива от тъканите около дуоденалната папила. При операбилност подлежи на дуоденопанкреатична резекция, при иноперабилност – на обходна гасторентероанастомоза.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозното лечение в пред - и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

II. Хирургично лечение на язвата.

Метод на избор е стомашната резекция (задоволително състояние на болния, опитен екип).

Доброкачествената пилорна стеноза се лекува най-често с резекция на стомаха. За предпочитане е тя да е по типа Билрот-1/ (класическа по Пеан, термино-латерална по Хаберер-Андреою). Останалите методи (дилатация с проксимална селективна ваготомия, ваготомия с пилоропластика или гастро-ентеро анастомоза и др,) се прилагат рядко.

Пептичните язви на тънкото черво се срещат рядко и обикновено се лекуват консервативно. Оперативното лечение на улкус пептикум (най-често след операция по Билрот-2) може да бъде: торакална ваготомия, ререзекция, редуоденизация, блокова резекция с колон трансверзум (при гастро-иеюно-колична фистула)и др

При усложнен Мекелов дивертикул се извършва секторална резекция или по-сигурно - резекция на тънкото черво с термино-терминална анастомоза.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

III. Доброкачествени заболявания на хранопровода - включени са поредица от заболяванияq някои от които са по-редки в хирургичната практика. Ахалазията през последните години се третира с балонна дилатация, рядко се достига до кардиомиотомия. Гастроезофагеалният рефлукс и езофагитът се третират с пластични операции при изчерпване на консервативните възможности. Пробивът на хранопровода, дивертикулите, стриктурите, достигат до хирургично лечение в стадии на декомпенсация, и е препоръчително операторът да има допълнителна специалност гръдна хирургия (с изключение на спешните случаи).

Вариците на хранопровода са честа причина за хематемеза и мелена. Протоколът за лечение включва третиране с медикаменти, сонда на Блякмор, ендоскопска склерозация или лигатура, шънтова или нешънтова операция.

При диафрагмални хернии – лапаротомия, репозиция на херниалното съдържимо, пластика на херниалния отвор, фиксираща манипулация, антирефлуксна процедура. При новородени с аплазия на диафрагмата се прилагат различни материали за затваряне на дефекта.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация

Дехоспитализация при оперативни интервенции се допуска при следните условия:

- възстановяване на пасажа;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и " **„Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия "**.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти " **„Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия "**).

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Ракът на хранопровода представлява около 0,5% от онкологичните заболявания. По принцип е лечимо заболяване при своевременна диагноза. Около 20-25% от пациентите достигат до радикална хирургическа намеса. Останалите подлежат на палиативна операция и/или комбинирано лъче- и химиолечение. Той е рядко заболяване по-типично за напреднала и старческа възраст и по-често при мъжете. Състоянието води до невъзможност за хранене, отслабване на килограми, както и до някои усложнения. Целта на оперативното лечение е премахването на тумора и възстановяване преминаването на храната през новосъздаден път (преместване на стомах, тънко или дебело черво) на един или два етапа. Това е една високорискова операция, криеща доста тежки усложнения в следоперативния период - естеството на заболяването, отваряне на три телесни кухини. Операцията е един етап от цялостното лечение, включващо лъчетерапия, химиотерапия или комбинирано. Изборът на операция и нейният обем зависят от локализацията на тумора в горната, средната или долната трета на хранопровода. Хирургическата намеса е свързана с отваряне на коремната кухина, на гръдната кухина и на шийна област. Отстраненият изцяло или частично хранопровод се замества с части от стомах, тънко или дебело черво.

Стомах и храносмилателна система

Храносмилателната система се състои от хранопровод, стомах, тънко и дебело черво. Функцията º е да достави хранителни вещества (белтъчини, въглехидрати, маз-нини,витамини, минерали и вода) от поетата през устата храна до кръвоносната система, която по-нататък ще ги пренесе до всички клетки. В смилането на храната вземат участие смилателните сокове, отделени от стомаха, тънките черва и задстомашната жлеза. Стомахът е кух орган, с форма на кука, разположен в горната част на корема. Храната достига до него през тръба, наречена хранопровод, който свързва устата със стомаха. В стомаха става раздробяване на храната като в мелница и смилане на белтъчините. Раздробената храна преминава в тънкото черво и след това в дебелото черво.

Какво представлява карциномът на стомаха?

Карциномът на стомаха е заболяване при което “малигнени” (онкологични) клетки се откриват в тъканите на стомаха.

Понякога карциномът на стомаха може дълго време да не причини клинични оплаквания (симптоми) и да достигне големи размери. В ранните стадии на заболяването могат да се наблюдават следните оплаквания: коремен дискомфорт, подуване след нахранване, гадене, загуба на апетит, парене.

В по-напредналите стадии на заболяването може да има кръв в изпражненията, анемия, повръщане, загуба на тегло или болка в стомаха.

Ако имате оплаквания Вашият лекар ще назначи едно или няколко от следните изследвания на стомаха:

- ретнгеново изследване на стомаха след изпиване на рентгено-контрастно вещество през устатата;

- гастроскопия – оглед на хранопровода и стомаха със специален апарат, наречен гастроскоп (вж информация на пациента за гастроскопия), който се поставя през устата и се въвежда в стомаха; изследването може да бъде извършено със или без обезболяване или под пълна упойка, наречена анестезия.

Ако докторът види тъкан, различна от нормалната, може да вземе малко парче тъкан, което ще се изследва под микроскоп за търсене на онкологични клетки. Това се нарича “вземане на биопсия” и е безболезнено.

Как се развива и как се лекува карциномът на стомаха?

Прогнозата и изборът на лечение зависи от стадия на карцинома – дали е само в стомаха или се е разпространил на други места, както и от общото състояние на организма.

Разпространеност на карцинома на стомаха (стадиране)

Когато веднъж е открит (диагностициран) карциномът на стомаха, е необходимо да се направят още изследвания, за това дали онкологични клетки са се разпространили и в други части на тялото. Тези изследвания се наричат “стадиране”. Те започват веднага след поставяне на диагнозата. Най-точното “стадиране” на обхващане на стената на стомаха и околните тъкани от онкологичното заболяване, се постига по време на операция. Познаването на точния стадий на болестта, позволява на лекаря ефективно да планира бъдещото лечение.

Как се лекува карциномът на стомаха?

За повечето пациенти с онкологично заболяване на стомаха има лечение. Възможностите за лечение са няколко:

- хирургично (премахване на онкологичното заболяване);

- химиотерапия (използват се лекарства за убиването на онкологични клетки);

- лъчева терапия (използват се високи дози рентгенови лъчи и други лъчи с висока енергия за убиването на онкологични клетки);

- биологично.

Хирургичното лечение е най-често използваното при всички стадии на онкологичното заболяване на стомаха. Лекарят може да премахне онкологичното заболяване по един от следните начини:

1. Частична или субтотална гастректомия. Хирургът ще премахне онкологичното заболяване през разрез на корема, като отстрани само част от стомаха, която съдържа тумора и части от други тъкани и органи близо до тумора. Също така хирургът взема и няколко от лимфните възли около стомаха, за да се изследват под микроскоп и да търсят онкологични клетки. Слезката (орган в горната част на корема, който филтрира кръвта и премахва старите кръвни клетки) може също да се отстрани ако е необходимо.

2. Тоталната гастректомия. Ако онкологичното заболяване е по-голямо или разположено в определено място, хирургът ще премахне целия стомах и части от хранопровода, тънкото черво и други тъкани близо до тумора. Слезката също се отстранява при някои случаи. Близко разположените лимфни възли също се премахват, за да се изследват под микроскоп и да се търсят онкологични клетки (дисекция на лимфните възли). Хранопроводът се свързва с тънкото черво, така че болният да може да се храни.

Ако само част от стомаха е премахната, болният е в състояния да се храни почти нормално.Често при отстраняване на целия стомах е необходимо приемане на малки порции храна, бедна на въглехидрати и богата на белтъчини и мазнини. Повечето болни успешно се адаптират към този нов начин на хранене.

Химиотерапията използва специални лекарства (химиотерапевтици) за убиване на онкологични клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената. Химиотерапията се нарича "Системно лечение" защото лекарството, постъпвайки в кръвообращението, преминава през цялото тяло и може да убива онкологични клетки и извън стомаха. Ако онкологичното заболяване е засегнало черния дроб, химиотерапевтикът може да бъде въведен директно в артерията, която отива в него.

Ако е премахнато цялото видимо онкологичното заболяване по време на операцията, лекарят може да даде химиотерапия на пациента, за да убие клетките, останали невидими след операцията. Химиотерапията, която се прилага на пациент, при който след операцията не се намират онкологични клетки, се нарича "Допълнителна химиотерапия" (Адювантна химиотерапия).

Лъчевата терапия използва рентгенови лъчи или други лъчи с висока енергия, за да убие онкологични клетки и така да премахне тумора. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото, посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчевата терапия може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Биологичното лечение се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с онкологичното заболяване. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват онкологични клетки. Биологичното лечение понякога се нарича "**Имунотерапия".** То може да се съчетава с другите видове терапия.

Лечение на различните стадии

Лечението на карцинома на стомаха зависи от стадия, в който е заболяването, от неговата локализация в стомаха и от общо състояние на организма. Стандартно лечение няма, защото всеки пациент е различен и със своите особености. В някои случаи се налага промяна на терапията с цел повишаване на ефективността °.

Рецидив на карцинома на стомаха

Ако онкологичното заболяване се е появило отново (рецидивирал) само в една част от тялото, може да се направи операция за премахването му. Ако карциномът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия за намаляване на оплакванията. Пациентът може да получи и имунотерапия.

Ракът на дванадесетопръстника е рядко заболяване, което предизвиква стеснение на лумена и упорито повръщане. Това довежда пациента до лекаря и до необходимост от операция. При възможност за отстраняване на тумора операцията е свързана със задължително изрязване на част от задстомашната жлеза поради тясното прирастване на двата органа и тесните анатомични връзки. Ако туморът не може да бъде отстранен, се прави обходно съустие между стомах и тънко черво, за да може пациента да се храни.

ЯЗВЕНА БОЛЕСТ НА СТОМАХА И ДВАНАДЕСЕТОПРЪСТНИКА

Какво представлява пептичната язва на стомаха и дуоденума?

Язвената болест на стомаха и дванадесетопръстника е хронично-рецидивиращо заболяване с изразена сезонност на оплакванията (пролет-есен) и известна наследствена обремененост. Етио-патогенезата (причините) за възникването на язвената болест на стомаха и дуоденума са различни. Като основна причина за образуването на дуоденалната язва се приема повишената киселинност на стомашния сок,докато за образуването на стомашната язва главна роля играе намалената резистентност на стомашната лигавица. По-често боледуват мъжете (съотношение мъже-жени 3:1) в активна възраст-30-50години. Напоследък се появиха изследвания, доказващи ролята на един микроорганизъм в патогенезата на язвената болест, т.нар. Хеликобактер пилори. Освен това предразполагащи фактори за развитието на язвената болест могат да бъдат:нервното пренапрежение (стрес) и употребата на някои улцерогенни медикаменти (Аспирин, Фелоран, Индометацин и др.)

Кога язвената болест изисква лечение в хирургично отделение/клиника?

След въвеждането на т.нар. Н-2 блокери (ранитидин, циметидин, фамотидин) и инхибитори на протонната помпа (омепразол) до оперативно лечение стигат само усложнените форми на язвената болест:перфорация,кървене и стеноза на пилора.

Какви видове операции се прилагат при лечението на язвената болест?

Най-общо могат да се разделят на две групи: радикални (повлияващи причините за възникването на язвената болест) и палиативни (неповлиаващи причините). Първата група операции имат за цел – намаляването на стомашната киселинност,което може да се постигне по два начина:с резекция на стомаха или с ваготомия (органо-съхраняваща операция).

Резекцията на стомаха е операция при която се изрязва 2/3 от стомаха и се премахва частта, произвеждаща солна киселина.Възстановяването на пасажа на храната може да се постигне чрез съединяване на стомашния остатък с дуоденума/метод на Билрот 1/или с тънкото черво (Билрот 2). Рецидивите след тази операция са 1-3%. Смъртността зависи от вида на усложнението (най-висока е при кървящата язва) и общото състояние на болния (възраст, придружаващи заболявания), но по принцип е по - висока в сравнение с органосъхраняващите операции. Възможните усложнения са: инсуфициенция на анастомоза с развитие на перитонит, Дъмпинг синдром, синдром на приводящата бримка и т.н. Последните са по-чести след резекций по типа Билрот-2.

Ваготомията е операция, при която киселинността на стомаха се намалява чрез прерязване на двата клона на т.нар. “блуждаещ”нерв (нервус вагус), които са разположени по предната и задна повърхност на стомаха и стимулират продукцията на солна киселина от т.н.париетални клетки на стомаха. В зависимост от това, кои клонове се прерязват ,ваготомията бива: стволова,селективна и супраселективна. Първите два вида изискват и допълнителна процедура - т.нар.наречени-дрениращи операции (пилоропластика, гастро-ентероанастомоза).

Ваготомиите имат по-малко странични ефекти и по-ниска смъртност в сравнение с резекцията на стомаха, но дават по-голям процент рецидиви (нова поява на язва) -10-30%.

Палиативните операции имат за цел непосредственото спасяване на живота на болния, без да повлияват на патогенезата на язвената болест (зашиване на перфорирала язва, прошиване на кървяща язва, обходна анастомоза при стеснение на пилора). Без последващо медикаментозно лечение тези операции дават голям % рецидиви.

Какво представляват отделните видове усложнения на язвената болест и какво е поведението при тях?

КРЪВОИЗЛИВЪТ е най-честото и животозастрашаващо усложнение на язвената болест. След постъпването в отделението на всички болни с кървене от гастро-интестиналния тракт се извършва фиброгастродуоденоскопия (ФГС). Това изследване има както диагностична (уточнява се източника на кървене), така и терапевтична (спиране на кървенето, чрез различни методики) стойност. Преди рутинното въвеждане на ФГС смъртността след т.нар. ‘’операции на върха на кървенето’’ е била голяма (50-60 %). Понастоящем до спешна операция стигат едва около 10 % от болните (неовладяно ендоскопски кървене, многократно повтарящо се кървене). Всяко хирургично отделение има изработен алгоритъм за поведение при болни с кървяща пептична язва. Когато се налага оперативна намеса, стандартната операция е резекцията на стомаха.

ПЕРФОРАЦИЯТА е второто по честота усложнение на пептичната язва. За това усложнение е характерна внезапната”кинжална”болка в горната част на корема-това е моментът на самата перфорация, когато в коремната кухина се излива стомашно съдържимо. Ако не се вземат спешни мерки, се развива дифузен перитонит с всичките последващи усложнения, вкл. и смърт на болния. Операцията е абсолютно наложителна и животоспасяваща процедура без алтернатива. Видът на самата операция (радикална или палиативна) се определя индивидуално при всеки пациент, но основната задача е непосредственото спасяване живота на пациента. Голямо значение за намаляване на смъртността при това усложнение има съкращаването на времето между появата на първите симптоми и извършването на операцията.

СТЕНОЗАТА НА ПИЛОРА представлява усложнение на пептичната язва на дуоденума (или пилора), при което се затруднява преминаването на стомашното съдържимо към дванадесетопръстника. Пептичната язва на дуоденума има хронично-рецидивиращо протичане. Всяко изостряне на язвата завършва със “самоизлекуване”, при което на мястото на язвения дефект се образува т.нар. калозна тъкан. Когато язвената болест не се лекува правилно, с течение на времето образуваната калозна маса постепенно стеснява изхода на стомаха (пилора). В началото тази стеноза е функционална, но впоследствие става органична. Вследствие на честите повръщания настъпват тежки нарушения във водно-електролитния баланс (дехидратация, хипокалемия), хипопротеинемия, отслабване на тегло. При изразена органична стеноза на пилора оперативната намеса е единственото решение. Операцията която дава най-малко рецидиви, е стомашната резекция, за предпочитане извършена по метода на Билрот-1 (рецидиви 1-3%,смъртност-3-4%)

При новородени с **диафрагмална харния** тип “Бохдалек” или аплазия на диафрагмата се касае за вроден дефект на диафрагмалния мускул, което води до навлизане на коремно съдържимо в гръдния кош и притискане на сърцето и белия дроб, поради раздуване на коремните органи, както и до рядко настъпващо заклещване. Тези новородени подлежат на специални интензивни грижи в интензивно отделение до превеждането им в операбилно състояние, както и в периода след операцията. Целта на операцията е възстановяване на дефекта на диафрагмата с прекъсване на възможността за навлизане на коремни органи в гръдната кухина. Тя се извършва чрез отваряне на корема.

Лекарят е задължен да Ви обясни характерът на операцията и защо е избрана процедурата, която е удобна или неудобна за Вас.Това се предопределя както от характерът на заболяването така и от Вашето общо състояние.

КП № 173 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ХРАНОПРОВОД, СТОМАХ И ДУОДЕНУМ СЪС СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ, ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на хранопровод

30293-00 Езофагостомия
Екстериоризация на езофагеален джоб
Външна фистулизация на хранопровод

Езофагоскопия

30473-03 Езофагоскопия
Гъвкава езофагоскопия
Не включва: такава с:
• биопсия (30473-04 [861])
• изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])

41816-00 Ригидна езофагоскопия
Включва: през изкуствена стома
Не включва: тази с биопсия (41822-00 [861])

Други ексцизионни процедури на хранопровод

30559-00 Локална ексцизия на лезия на хранопровод
Езофагеална полипектомия

38456-20 Други интраторакални процедури на хранопровод

90301-00 Други процедури на хранопровод

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху хранопровод

30490-00 Ендоскопско поставяне на езофагеална протеза
Ендоскопско поставяне на езофагеален стент:
• разширяващ се
• неразширяващ се
Включва: дилатация на хранопровод

Други възстановителни процедури на хранопровод

30560-00 Възстановяване на езофагеална перфорация

Други възстановителни процедури на хранопровод

30293-01 Затваряне на езофагостома
Включва: пластична реконструкция

Други процедури на хранопровод

90301-00 Други процедури на хранопровод

Частична гастректомия

Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])

30518-00 Частична дистална гастректомия с гастродуоденална анастомоза

Дилатация на хранопровод

Забележка: Направена при стриктура

41819-00 Друга ендоскопска дилатация на хранопровод

Не включва: чрез лазер (30479-00 [856])
с поставяне на протеза (30490-00 [853])

41828-00 Неендоскопска дилатация на хранопровод

41831-00 Ендоскопска пневматична дилатация на хранопровод

Гастростомия или гастроентеростомия

Не включва: стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])

30375-07 Гастростомия

Други инцизионни процедури на стомах

43930-00 Пилоромиотомия

Гастростомия или гастроентеростомия

Не включва: стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])

30515-00 Гастроентеростомия

Включва: гастродуоденостомия

Не включва: такава с:
- панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])
- селективна [стволова] ваготомия (30496-02 [884])

Процедури при болестно затлъстяване

30512-00 Стомашен байпас

Включва: анастомоза

Други възстановителни процедури на стомах

90342-02 Шев на лацерация на стомах
Гастрорафия
Надшиване на Mallory-Weiss лацерации

Други възстановителни процедури на стомах

90339-00 Затваряне на гастростома

Фундопластика

Кодирай също когато е направена:
- гастростомия (30375-07 [881])

30530-00 Фундопластика с кардиопексия

Други възстановителни процедури на стомах

90304-00 Друго възстановяване на стомах

Ентеротомия

30375-03 Ентеротомия на тънки черва
Дуоденотомия
Илеотомия
Йеюнотомия

Включва: изваждане на камък

Не включва: такава, изпълнена интраоперативно при ендоскопски оглед на тънки черва (30568-00 [893])

Други ексцизионни процедури на тънко черво

30580-00 Ексцизия на лезия на дванадесетопръстник

	Включва: такава с изследване *Не включва*: такава чрез панендоскопия (30478 [1008])
Други възстановителни процедури на тънки черва	
30375-24	Шев на тънки черва
Процедури при гастросхиза	
	Кодирай също когато е направено: • възстановяване на тънко или дебело черво (43810 [900])
43867-00	Създаване на протезна торбичка при гастросхиза Създаване на: • силиконов джоб за гастросхиза • silo за гастросхиза
43867-01	Втори етап на процедура за гастросхиза с отстраняване на протеза и затвяряне
43864-00	Първично възстановяване на гастросхиза, включващо кожа
43864-01	Първично възстановяване на гастросхиза, включващо кожа,мускули и фасции *Не включва*: тази със създаване на протезен джоб (43867-00 [1003])
Други възстановителни процедури на корем, перитонеум или оментум	
90329-00	Друго абдоминално възстановяване
Други възстановителни процедури на корем, перитонеум или оментум	
90329-01	Друго възстановяване на перитонеум

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове , посочени в **Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

При извършване на процедура „Друга гастростомия" (30375-07 Гастростомия) не се изисква задължителната биопсия.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия" или по гръдна хирургия II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по "Гръдна хирургия" (за оперативните процедури, засягащи само хранопровода).

В условия на спешност се допуска отделение/клиника от I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности по тази КП в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво, с изключение на изискванията за персонал. Вместо изискване за разкрит ОАИЛ се допускат легла за интензивно лечение към съответните структури (отделение/клиника) в ЛЗБП. Договор при тези условия ЛЗБП може да сключи само в случай, че на територията на населеното място няма друго лечебно заведение, сключило договор по тази КП.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по гръдна хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
6. Кабинет по ендоскопска диагностика (горна ендоскопия)
7. Лаборатория (отделение) по клинична патология***

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/гръдна хирургия.

Лечебното заведение трябва да има структура по патоанатомия или да ползва по договор външна (намираща се на територията на населеното място).

В Клиника или отделение по гръдна хирургия се отчитат само процедури, засягащи операции на хранопровода.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Медико-диагностична лаборатория с възможност за изследване на туморни маркери
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Кръгов ушивател	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарен ушивател	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за ендоскопска и роботасистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия. За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия.

- лекар/и със специалност по хирургия и опит в стомашно-дуоденалната хирургия и хирургията на хранопровода;

или

лекар със специалност по гръдна хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

1. Пациенти с проява на:
   - кръвоизлив;
   - перфорация;
   - медиастинит.
2. Пациенти с диагностицирано онкологично заболяване:
   - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на хранопровода;
   - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на стомаха;
   - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на дуоденум;
   - палпируем тумор в епигастриума след двукратни отрицателни резултати от ендоскопски биопсии;
   - неясни стриктури на хранопровода.
3. Пациенти с установени:
   - ехографска находка за "кокарда" на стомаха;
   - малигнена стеноза по хранопровода, на кардията, на пилора, на дуоденума;
   - вторична анемия при суспектна малигнизация на стомашна язва или полип;
   - резистентна на консервативно лечение стомашна язва;
   - широко базиран и суспектен за малигнизация стомашен полип/и;
   - вродени аномалии на хранопровод, стомах и дуоденум.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Ракът на хранопровода представлява около 0,5% от онкологичните заболявания. По принцип е лечимо заболяване при своевременна диагноза. Около 20-25% от пациентите достигат до радикална хирургическа намеса. Останалите подлежат на палиативна операция и /или комбинирано лъче-, химиолечение.

За диагноза и диференциална диагноза на заболяванията, в клиничната пътека, основен метод е фиброезофагогастродуоденоскопията, при необходимост с биопсия или лечебни трансендоскопски манипулации. За стадиране на туморния процес при рак на хранопровода освен това са необходими КТ, МРТ, ендолуменна ехография.

При болни в увредено общо състояние с изразена анемия, сериозни метаболитни нарушения или при наличие на алергии е необходима предоперативна подготовка, която трябва да започне в домашни условия, а при показания – краткотрайна, във вътрешно или хирургично отделение /клиника.

Хирургично лечение се предприема рядко при шийна локализация (резекция на хранопровода и фаринкса и заместване с интерпонирано тънко черво). Радикалната намеса при карцином на средната трета на хранопровода най - често е резекция на хранопровода и интерпониране на стомашна тръба, формирана от голямата кривина чрез торакален достъп. При рак на долната трета според стадия на заболяването най-често се прилага резекция на дисталната половина на хранопровода или тотална езофагектомия с шийно - абдоминален достъп и интерпониране ретростернално на трансплантат от колон или стомах. На радикална операция подлежат пациенти в **стадии I и II**. Мнозинството от хоспитализираните пациенти са в трети стадий и в увредено общо състояние. Приоритет при тях има лъчетерапията 30-40 Gr при палиативна и 50-60 Gr при радикална програма. Химиотерапията самостоятелно е полезна като облекчаваща симптомите, но е целесъобразна при комбинирани лъче- и химиолечения – предоперативна или самостоятелна. Палиативните хирургически намеси са рядкост. По-често се използва ендоскопско ендопротезиране или трансендоскопска реканализация с лазарен лъч (с временен ефект).

Малигнените новообразувания на стомаха най-често са представени от аденокарциноми с различна степен на диференциация, лимфоми, лейомиосаркоми и карциноидни тумори. Най-честият хистологичен тип е аденокарциномът на стомаха – 97% от случаите.

Най-често карциномът на стомаха се развива на базата на преканцерози в рискови групи. Към тях спадат: хроничен атрофичен гастрит със или без интестинална метаплазия и дисплазия, стомашен полип, стомашна полипоза, състояние след резекция на стомаха с давност 10 - 15 години, пернициозна анемия. Затова скринингът (фиброгастроскопия с биопсия), ранното диагностициране и изборът на най-подходящо лечение (основно хирургия и химиотерапия) са от съществено значение за ранното откриване и добрите резултати по отношение на преживяемостта на това социално - значимо заболяване. Не без значение е и проследяването на вече лекувани болни.

Диагностика: Особен метод за диагноза е фиброгастроскопия с биопсия и хистоморфологично изследване.

Изследванията целят локализирането на туморния процес, неговото **стадиране според TNM класификацията,** локалното му разпространение и взаимоотношение със съседни органи с оглед терапевтично поведение и планиране обема на оперативната интервенция.

При болни в увредено общо състояние, изразен анемичен синдром или сериозни заболявания е важна предопертивната подготовка, която да бъде проведена за кратък срок в болнично лечебно заведение.

В клиничната пътека попадат доброкачествени тумори на хранопровод,стомах и дуоденум, които представляват казуистична рядкост. Такива са и стомашните фистули, гастростазата и ангиодисплазиите, представляващи казуистичен източнинк за кръвоизливи.

Диафрагмалната херния бива вродена и придобита. Херниалният сак преминава по типа на плъзгаща се херния (хиатус херния) или с параезофагиално приплъзване на част от стомаха. Необходима е пластика на хиаталния пръстен, фиксиране на хранопровода и стомаха, ликвидиране на Хис.

Следоперативните синдроми са относителна рядкост през последните години, но може да се наблюдава Дъмпинг – синдром, пептична язва на йеюнома, синдром на отводящата бримка и други. Необходима е реконструктивна реоперация.

Основен лечебен метод е хирургичният

I. Оперативните интервенции при онкологичните новообразувания биват:

- радикални;
- палиативни.

1. Радикални

На радикално оперативно лечение подлежат болните от I до III клиничен стадий.

- Тотална гастректомия;
- Дистална (аборална) субтотална резекция на стомаха;
- Проксимална (орална) резекция на стомаха.

2. Палиативни

Палиативното лечение на стомашния карцином се свежда главно до два типа подход:

Оперативно лечение

Целта на палиативните оперативни интервенции е редукция на клиничните оплаквания, осигурявайки по-добро качество на живот. Извършва се при болни с генерализация на онкологичното заболяване; при локално авансирали нерезектабилни новообразувания на стомаха; при болни с придружаващи заболявания, непозволяващи извършването на радикална оперативна интервенция. Тук влизат в съображение обходните гастроинтестинални анастомози, гастростомията и йеюностомията.

3. Проследяване.

Проследяването на оперираните болни се извършва според нормативните документи от личния лекар, регионалния онкологичен диспансер и екипът извършил оперативната интервенция:

- наблюдение от онкотерапевт в онкологичните диспансери по местоживеене - за период 10 години, при контрол на клинични, лабораторни и инструментални показатели;

- преглед от хирурга – оператор по схема; следващи посещения са възможни по желание на пациента и желателни от позицията на хирурга с оглед състоянията – (локален рецидив, солитарна метастаза), изискващи нова хирургическа намеса;

- наблюдение от гастроентеролог.

Карциномът на дванадесетопръстника е казуистична рядкост. Най-често се развива от тъканите около дуоденалната папила. При операбилност подлежи на дуоденопанкреатична резекция, при иноперабилност – на обходна гасторентероанастомоза.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

II. Хирургично лечение на язвата

Пептичните язви на тънкото черво се срещат рядко и обикновено се лекуват консервативно. Оперативното лечение на улкус пептикум (най-често след операция по Билрот-2) може да бъде: торакална ваготомия, ререзекция, редуоденизация, блокова резекция с колон трансверзум (при гастро-иеюно-колична фистула) и др.

При усложнен Мекелов дивертикул се извършва клиновидна резекция или по-сигурно - резекция на тънкото черво с термино-терминална анастомоза.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализация при оперативни интервенции се допуска при следните условия:

- възстановяване на пасажа;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- ЛИПСА НА ЗНАЧИМИ СУБЕКТИВНИ ОПЛАКВАНИЯ. III. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

8.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

8.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарт "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

8.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Ракът на хранопровода е рядко заболяване по-типично за напреднала и старческа възраст и по-често при мъжете. Състоянието води до невъзможност за хранене, отслабване на килограми, както и до някои усложнения. Целта на оперативното лечение е премахването на тумора и възстановяване преминаването на храната през новосъздаден път (преместване на стомах, тънко или дебело черво) на един или два етапа. Това е една високорискова операция, криеща доста тежки усложнения в следоперативния период - естеството на заболяването, отваряне на три телесни кухини. Операцията е един етап от цялостното лечение, включващо лъчетерапия, химиотерапия или комбинирано. Изборът на операция и нейният обем зависят от локализацията на тумора в горната, средната или долната трета на хранопровода. Хирургическата намеса е свързана с отваряне на коремната кухина, на гръдната кухина и на шийна област. Отстраненият изцяло или частично хранопровод се замества с части от стомах, тънко или дебело черво.

Стомах и храносмилателна система

Храносмилателната система се състои от хранопровод, стомах, тънко и дебело черво. Функцията е да достави хранителни вещества (белтъчини, въглехидрати, мазнини,витамини, минерали и вода) от поетата през устата храна до кръвоносната система, която по-нататък ще ги пренесе до всички клетки. В смилането на храната вземат участие смилателните сокове, отделени от стомаха, тънките черва и задстомашната жлеза. Стомахът е кух орган, с форма на кука, разположен в горната част на корема. Храната достига до него през тръба, наречена хранопровод, който свързва устата със стомаха. В стомаха става раздробяване на храната като в мелница и смилане на белтъчините. Раздробената храна преминава в тънкото черво и след това в дебелото черво.

Какво представлява карциномът на стомаха?

Карциномът на стомаха е заболяване при което “малигнени” (онкологични) клетки се откриват в тъканите на стомаха.

Понякога карциномът на стомаха може дълго време да не причини клинични оплаквания (симптоми) и да достигне големи размери. В ранните стадии на заболяването могат да се наблюдават следните оплаквания: коремен дискомфорт, подуване след нахранване, гадене, загуба на апетит, парене.

В по-напредналите стадии на заболяването може да има кръв в изпражненията, анемия, повръщане, загуба на тегло или болка в стомаха.

Ако имате оплаквания Вашият лекар ще назначи едно или няколко от следните изследвания на стомаха:

- ретнгеново изследване на стомаха след изпиване на рентгено-контрастно вещество през устатата;

- гастроскопия – оглед на хранопровода и стомаха със специален апарат, наречен гастроскоп (вж информация на пациента за гастроскопия), който се поставя през устата и се въвежда в стомаха; изследването може да бъде извършено със или без обезболяване или под пълна упойка, наречена анестезия.

Ако докторът види тъкан, различна от нормалната, може да вземе малко парче тъкан, което ще се изследва под микроскоп за търсене на онкологични клетки. Това се нарича “вземане на биопсия” и е безболезнено.

Как се развива и как се лекува карциномът на стомаха?

Прогнозата и изборът на лечение зависи от стадия на карцинома – дали е само в стомаха или се е разпространил на други места, както и от общото състояние на организма.

Разпространеност на карцинома на стомаха (стадиране)

Когато веднъж е открит (диагностициран) карциномът на стомаха, е необходимо да се направят още изследвания, за това дали онкологични клетки са се разпространили и в други части на тялото. Тези изследвания се наричат "стадиране". Те започват веднага след поставяне на диагнозата. Най-точното "стадиране" на обхващане на стената на стомаха и околните тъкани от онкологичното заболяване, се постига по време на операция. Познаването на точния стадий на болестта, позволява на лекаря ефективно да планира бъдещото лечение.

Как се лекува карциномът на стомаха?

За повечето пациенти с онкологично заболяване на стомаха има лечение. Възможностите за лечение са няколко:

- хирургично (премахване на онкологичното заболяване);

- химиотерапия (използват се лекарства за убиването на онкологични клетки);

- лъчева терапия (използват се високи дози рентгенови лъчи и други лъчи с висока енергия за убиването на онкологични клетки);

- биологично.

Хирургичното лечение е най-често използваното при всички стадии на онкологичното заболяване на стомаха. Лекарят може да премахне онкологичното заболяване по един от следните начини:

1. Частична или субтотална гастректомия. Хирургът ще премахне онкологичното заболяване през разрез на корема, като отстрани само част от стомаха, която съдържа тумора и части от други тъкани и органи близо до тумора. Също така хирургът взема и няколко от лимфните възли около стомаха, за да се изследват под микроскоп и да търсят онкологични клетки. Слезката (орган в горната част на корема, който филтрира кръвта и премахва старите кръвни клетки) може също да се отстрани ако е необходимо.

2. Тоталната гастректомия. Ако онкологичното заболяване е по-голямо или разположено в определено място, хирургът ще премахне целия стомах и части от хранопровода, тънкото черво и други тъкани близо до тумора. Слезката също се отстранява при някои случаи. Близко разположените лимфни възли също се премахват, за да се изследват под микроскоп и да се търсят онкологични клетки (дисекция на лимфните възли). Хранопроводът се свързва с тънкото черво, така че болният да може да се храни.

Ако само част от стомаха е премахната, болният е в състояния да се храни почти нормално.Често при отстраняване на целия стомах е необходимо приемане на малки порции храна, бедна на въглехидрати и богата на белтъчини и мазнини. Повечето болни успешно се адаптират към този нов начин на хранене.

Химиотерапията използва специални лекарства (химиотерапевтици) за убиване на онкологични клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената. Химиотерапията се нарича "Системно лечение" защото лекарството, постъпвайки в кръвообращението, преминава през цялото тяло и може да убива онкологични клетки и извън стомаха. Ако онкологичното заболяване е засегнало черния дроб, химиотерапевтикът може да бъде въведен директно в артерията, която отива в него.

Ако е премахнато цялото видимо онкологичното заболяване по време на операцията, лекарят може да даде химиотерапия на пациента, за да убие клетките, останали невидими след операцията. Химиотерапията, която се прилага на пациент, при който след операцията не се намират онкологични клетки, се нарича "Допълнителна химиотерапия" (Адювантна химиотерапия).

Лъчевата терапия използва рентгенови лъчи или други лъчи с висока енергия, за да убие онкологични клетки и така да премахне тумора. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото, посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчевата терапия може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Биологичното лечение се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с онкологичното заболяване. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват онкологични клетки. Биологичното лечение понякога се нарича "**Имунотерапия".** То може да се съчетава с другите видове терапия.

Лечение на различните стадии

Лечението на карцинома на стомаха зависи от стадия, в който е заболяването, от неговата локализация в стомаха и от общо състояние на организма. Стандартно лечение няма, защото всеки пациент е различен и със своите особености. В някои случаи се налага промяна на терапията с цел повишаване на ефективността º.

Рецидив на карцинома на стомаха

Ако онкологичното заболяване се е появило отново (рецидивирал) само в една част от тялото, може да се направи операция за премахването му. Ако карциномът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия за намаляване на оплакванията. Пациентът може да получи и имунотерапия.

Ракът на дванадесетопръстника е рядко заболяване, което предизвиква стеснение на лумена и упорито повръщане. Това довежда пациента до лекаря и до необходимост от операция. При възможност за отстраняване на тумора операцията е свързана със задължително изрязване на част от задстомашната жлеза поради тясното прирастване на двата органа и тесните анатомични връзки. Ако туморът не може да бъде отстранен, се прави обходно съустие между стомах и тънко черво, за да може пациента да се храни.

КП № 174 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ХРАНОПРОВОД, СТОМАХ И ДУОДЕНУМ СЪС СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ, ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 5 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на хранопровод

30293-00 Езофагостомия
Екстериоризация на езофагеален джоб
Външна фистулизация на хранопровод

Езофагоскопия

30473-03 Езофагоскопия
Гъвкава езофагоскопия
Не включва: такава с:
• биопсия (30473-04 [861])
• изваждане на чуждо тяло (30478-10 [852])

41816-00 Ригидна езофагоскопия
Включва: през изкуствена стома
Не включва: тази с биопсия (41822-00 [861])

Други ексцизионни процедури на хранопровод

30559-00 Локална ексцизия на лезия на хранопровод
Езофагеална полипектомия

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху хранопровод

30490-00 Ендоскопско поставяне на езофагеална протеза
Ендоскопско поставяне на езофагеален стент:
• разширяващ се
• неразширяващ се
Включва: дилатация на хранопровод

Други възстановителни процедури на хранопровод

30560-00 Възстановяване на езофагеална перфорация

Други възстановителни процедури на хранопровод

30293-01 Затваряне на езофагостома
Включва: пластична реконструкция

Дилатация на хранопровод

Забележка: Направена при стриктура

41828-00 Неендоскопска дилатация на хранопровод

Реконструктивни процедури на хранопровод

Кодирай също когато е направена:
• микрохирургична анастомоза на кръвоносни съдове (виж панел [1695])
• възстановяване на нерв (39300-00, 39306-00, 39315-00, 39318-00 [83])
Не включва: резекция и изграждане на хранопровод с използване на черво, педиатрични (43903-00 [866])

30554-00 Езофагостомия с реконструкция чрез свободно йеюнално ламбо

30554-01 Езофагостомия с реконструкция чрез друго свободно ламбо
Езофагектомия с реконструкция със свободно ламбо от :
• дебело черво
• радиална предмишница [RFFF]

90954-00 Друга реконструкция на хранопровод
Кодирай също когато е направено:
• ламбо (виж блокове [1671] до [1674])

Частична гастректомия

Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])

30518-00 Частична дистална гастректомия с гастродуоденална анастомоза

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху хранопровод

30490-01 Ендоскопска подмяна на езофагеална протеза
Ендоскопска подмяна на езофагеален стент:
• разширяващ се
• неразширяващ се
Включва: дилатация на хранопровод

Дилатация на хранопровод

Забележка: Направена при стриктура
Включва: с използване на интервенционална образна техника

41828-00 Неендоскопска дилатация на хранопровод

41831-00 Ендоскопска пневматична дилатация на хранопровод

41819-00 Друга ендоскопска дилатация на хранопровод
Не включва: чрез лазер (30479-00 [856])
с поставяне на протеза (30490-00 [853])

Гастростомия или гастроентеростомия

Не включва: стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])

30375-07 Гастростомия

Други инцизионни процедури на стомах

43930-00 Пилоромиотомия

Други възстановителни процедури на стомах

90342-02 Шев на лацерация на стомах
Гастрорафия
Надшиване на Mallory-Weiss лацерации

Други възстановителни процедури на стомах

90339-00 Затваряне на гастростома

Фундопластика

Кодирай също когато е направена:
• гастростомия (30375-07 [881])

30530-00 Фундопластика с кардиопексия

Други възстановителни процедури на стомах

90304-00 Друго възстановяване на стомах

Изследване на тънки черва

30581-01 Изследване на дуоденум
Не включва: такава с отстраняване на лезия (30580-00 [896])

Ентеротомия

30375-03 Ентеротомия на тънки черва
Дуоденотомия
Илеотомия
Йеюнотомия
Включва: изваждане на камък
Не включва: такава, изпълнена интраоперативно при ендоскопски оглед на тънки черва (30568-00 [893])

Други ексцизионни процедури на тънко черво

30580-00 Ексцизия на лезия на дванадесетопръстник
Включва: такава с изследване
Не включва: такава чрез панендоскопия (30478 [1008])

Други възстановителни процедури на тънки черва

30375-24 Шев на тънки черва

Процедури при гастросхиза

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на тънко или дебело черво (43810 [900])

43867-00 Създаване на протезна торбичка при гастросхиза
Създаване на:
• силиконов джоб за гастросхиза
• silo за гастросхиза

43867-01 Втори етап на процедура за гастросхиза с отстраняване на протеза и затвяряне

43864-00 Първично възстановяване на гастросхиза, включващо кожа

43864-01 Първично възстановяване на гастросхиза, включващо кожа,мускули и фасции
Не включва: тази със създаване на протезен джоб (43867-00 [1003])

Други възстановителни процедури на корем, перитонеум или ментум

90329-00 Друго абдоминално възстановяване

Процедури за екзомфалос

43870-00 Възстановяване на екзомфалос, малък

43873-00 Възстановяване на екзомфалос, голям
Не включва: създаване на протезно пространство (43873-01 [924])

Други възстановителни процедури на корем, перитонеум или ментум

90329-01 Друго възстановяване на перитонеум

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия/детска хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
6. Кабинет по ендоскопска диагностика (горна ендоскопия)
7. Лаборатория (отделение) по клинична патология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

Лечебното заведение трябва да има структура по патоанатомия или да ползва по договор външна (намираща се на територията на населеното място).

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Медико-диагностична лаборатория с възможност за изследване на туморни маркери

2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Кръгов ушивател	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарен ушивател	НЗОК не заплаща посоченото изделие

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия

или

лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия с опит в детската стомашно - дуоденална хирургия и хирургията на хранопровода.

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по неонатология и или детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции на деца до 9 годишна възраст и всички планови операции за вродени малформации на деца до 18 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни, животозастрашаващи травматични състояния, операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

1. Пациенти с проява на:
   - кръвоизлив;
   - перфорация;
   - пълна непроходимост;
   - медиастинит при перфорация на хранопровода;
   - вродено прекъсване (атрезия) на хранопровода.
2. Пациенти с диагностицирано онкологично заболяване
   - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на хранопровода;
   - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на стомаха;
   - ендоскопски и хистологично потвърден карцином на дуоденум;
   - палпируем тумор в епигастриума след двукратни отрицателни резултати от ендоскопски биопсии.
3. Пациенти с установени:
   - вродени аномалии на хранопровод, стомах и дуоденум (стеноза, дубликация, фистули, дивертикули и др.);

- хиатална херния;
- диафрагмална херния (вкл. тип Бохдалек при рискови новородени);
- рефлукс езофагит III - IV степен или усложнена рефлуксна болест;
- травми на хранопровод, стомах и дуоденум;
- ехографска находка за "кокарда" на стомаха;
- малигнена стеноза по хранопровода, на кардията, на пилора, на дуоденума;
- вторична анемия при суспектна малигнизация на стомашна язва или полип;
- резистентна на консервативно лечение стомашна язва;
- широко базиран и суспектен за малигнизация стомашен полип/и.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Ракът на хранопровода представлява около 0,5% от онкологичните заболявания. По принцип е лечимо заболяване при своевременна диагноза. Около 20-25% от пациентите достигат до радикална хирургическа намеса. Останалите подлежат на палиативна операция и /или комбинирано лъче-, химиолечение.

За диагноза и диференциална диагноза на заболяванията, в клиничната пътека, основен метод е фиброезофагогастродуоденоскопията, при необходимост с биопсия или лечебни трансендоскопски манипулации. За стадиране на туморния процес при рак на хранопровода освен това са необходими КТ, МРТ, ендолуменна ехография.

При болни в увредено общо състояние с изразена анемия, сериозни метаболитни нарушения или при наличие на алергии е необходима предоперативна подготовка, която трябва да започне в домашни условия, а при показания – краткотрайна, във вътрешно или хирургично отделение /клиника.

Хирургично лечение се предприема рядко при шийна локализация (резекция на хранопровода и фаринкса и заместване с интерпонирано тънко черво). Радикалната намеса при карцином на средната трета на хранопровода най - често е резекция на хранопровода и интерпониране на стомашна тръба, формирана от голямата кривина чрез торакален достъп. При рак на долната трета според стадия на заболяването най-често се прилага резекция на дисталната половина на хранопровода или тотална езофагектомия с шийно - абдоминален достъп и интерпониране ретростернално на трансплантат от колон или стомах. На радикална операция подлежат пациенти **в стадии I и II**. Мнозинството от хоспитализираните пациенти са в трети стадий и в увредено общо състояние. Приоритет при тях има лъчетерапията 30-40 Gr при палиативна и 50-60 Gr при радикална програма. Химиотерапията самостоятелно е полезна като облекчаваща симптомите, но е целесъобразна при комбинирани лъче- и химиолечения – предоперативна или самостоятелна. Палиативните хирургически намеси са рядкост. По-често се използва ендоскопско ендопротезиране или трансендоскопска реканализация с лазарен лъч (с временен ефект).

Вродени аномалии на горен гастроинтестинален тракт и диафрагма.

При новородени с атрезия на хранопровод и/или трахеоезофагеална фистула: десностранна торакотомия, лигатура на фистулата, анастомоза край в край; при голямо разстояние между сегментите – езофагостомия (шийна) и гастростомия; гастростомия за хранене и дилатация на проксималния езофагеален сегмент и последваща анастомоза край в край; на 6-8 месечна възраст – пластика на хранопровода (стомах, дебело черво, тънко черво).

При новородени с атрезия на стомах (антрум – пилор) – лапаротомия, ексцизия на мембрана, обходна анастомоза.

При новородени с атрезия на дуоденума – лапаротомия, ексцизия на мембрана, дуодено – дуодено анастомоза (тип "даймънд"), дуодено – йеюностомия (по Ру).

При деца с вродена стеноза на хранопровода – директна или балонна дилатация, гастростомия с ретроградно бужиране по конец, торакотомия с ексцизия на мембраната и пластика, резекция на стенотичния участък с анастомоза край в край.

При деца с вродена пилорна стеноза – лапаротомия, надлъжна екстрамукозна пилоромиотомия по Рамщед.

При деца с вродена дуоденална стеноза – лапаротомия, ексцизия на мембрана, обходна анастомоза (вж. атрезия на дуоденум), дебридман при хиперфиксация.

Хиатална херния – лапаротомия, репозиция на хранопровода, пластика на хиатуса и антирефлуксна пластика.

ГЕРБ – лапаротомия или торакотомия, операция по Нисен или Тал, при необходимост гастростома и/или дилатация на хранопровода.

Ахалазия на кардията – балонна дилатация на кардията на първи етап; кардиомиотомия по Хелер с антирефлуксна пластика.

Дубликация на горния храносмилателен тракт – съответна резекция и пластика.

При диафрагмални хернии – лапаротомия, репозиция на херниалното съдържимо, пластика на херниалния отвор, фиксираща манипулация, антирефлуксна процедура. При новородени с аплазия на диафрагмата се прилагат различни материали за затваряне на дефекта.

Язва на стомах и дуоденум.

Перфорираната пептична язва на стомаха и дуоденума изисква незабавно оперативно лечение. Консервативният метод на Тейлър (аспирация на стомашното съдържимо през назо-гастрична сонда, антибиотици, наблюдение) дава висока смъртност (90-100 %) и може да бъде приложен единствено в случаите на категоричен отказ за операция от страна на пациента. При напреднал перитонит или тежко състояние на болните (напреднала възраст, наличие на тежки придружаващи заболявания) се извършва минимална оперативна намеса - просто зашиване на язвата.

В останалите случаи поведението е различно:

- перфорирала калозна язва на стомаха-резекция на стомаха (опасност от пропускане на скрит карцином - 8%, рецидиви след просто зашиване - 40%);

- перфорирала пилорна и препилорна язва - ексцизия с пилоропластика, евентуално с ваготомия или последваща медикаментозна ерадикация на ХП (хеликобактер пилори);

- перфорирала дуоденална язва без стеноза или пенетрация - същото поведение както при пилорните язви;

- перфорирала дуоденална язва със стеноза или с пенетрация – резекция на стомаха.

Доказано е наличието на ХП (хеликобактер пилори) при перфорираната пептична язва на стомаха и дуоденума в 85 до 95 % от случаите. Лечението на перитонита се провежда по установените правила.

Кървяща пептична язва на стомаха и дуоденума. На всички болни, постъпващи с хеморагия от ГИТ (гастро-интестиналния тракт) се извършва ФГС (фиброгастроскопия) непосредствено след приемането. ФГС има диагностична и терапевтична стойност. Чрез нея се установява източникът на кървене и се прави оценка на активността на кървене по Форест. При данни за активно кървене се извършва ендоскопска хемостаза (електрокоагулация, инжекционна хемостаза и др.) По-нататък лечението на тези болни се провежда с Н-2 блокери, инхибитори на протонната помпа, инфузионна терапия

(хемотрансфузия) и др. В центровете с установен алгоритъм на поведение при кървене от пептична язва – оперативно лечение се налага в около 10-15%.

• операция по спешност - налага се при:

- неовладяно ендоскопски активно кървене;

- при съчетание на кървене с перфорация;

• на операция с отложена спешност подлежат болни със:

- многократно рецидивиращо кървене; големи калозни язви с трудна ендоскопска хемостаза; съмнение за малигненост; постбулбарни калозни язви със стеноза и пенетрация и др.

Малигнените новообразувания на стомаха най-често са представени от аденокарциноми с различна степен на диференциация, лимфоми, лейомиосаркоми и карциноидни тумори. Най-честият хистологичен тип е аденокарциномът на стомаха – 97% от случаите.

Най-често карциномът на стомаха се развива на базата на преканцерози в рискови групи. Към тях спадат: хроничен атрофичен гастрит със или без интестинална метаплазия и дисплазия, стомашен полип, стомашна полипоза, състояние след резекция на стомаха с давност 10 - 15 години, пернициозна анемия. Затова скринингът (фиброгастроскопия с биопсия), ранното диагностициране и изборът на най-подходящо лечение (основно хирургия и химиотерапия) са от съществено значение за ранното откриване и добрите резултати по отношение на преживяемостта на това социално - значимо заболяване. Не без значение е и проследяването на вече лекувани болни.

Диагностика: Особен метод за диагноза е фиброгастроскопия с биопсия и хистоморфологично изследване.

Изследванията целят локализирането на туморния процес, неговото **стадиране според TNM класификацията,** локалното му разпространение и взаимоотношение със съседни органи с оглед терапевтично поведение и планиране обема на оперативната интервенция.

При болни в увредено общо състояние, изразен анемичен синдром или сериозни заболявания е важна предоперативната подготовка, която да бъде проведена за кратък срок в болнично лечебно заведение.

В клиничната пътека попадат доброкачествени тумори на хранопровод,стомах и дуоденум, които представляват казуистична рядкост. Такива са и стомашните фистули, гастростазата и ангиодисплазиите, представляващи казуистичен източник за кръвоизливи.

Диафрагмалната херния бива вродена и придобита. Херниалният сак преминава по типа на плъзгаща се херния (хиатус херния) или с параезофагиално приплъзване на част от стомаха. Необходима е пластика на хиаталния пръстен, фиксиране на хранопровода и стомаха, ликвидиране на Хис.

Следоперативните синдроми са относителна рядкост през последните години, но може да се наблюдава Дъмпинг – синдром, пептична язва на йеюнома, синдром на отводящата бримка и други. Необходима е реконструктивна реоперация.

Основен лечебен метод е хирургичният

I. Оперативните интервенции при онкологичните новообразувания биват:

- радикални;

- палиативни.

1. Радикални.

На радикално оперативно лечение подлежат болните от I до III клиничен стадий.

- Тотална гастректомия;

- Дистална (аборална) субтотална резекция на стомаха;

- Проксимална (орална) резекция на стомаха.

2. Палиативни.

Палиативното лечение на стомашния карцином се свежда главно до два типа подход:

Оперативно лечение

Целта на палиативните оперативни интервенции е редукция на клиничните оплаквания, осигурявайки по-добро качество на живот. Извършва се при болни с генерализация на онкологичното заболяване; при локално авансирали нерезектабилни новообразувания на стомаха; при болни с придружаващи заболявания, непозволяващи извършването на радикална оперативна интервенция. Тук влизат в съображение обходните гастроинтестинални анастомози, гастростомията и йеюностомията.

3. Проследяване.

Проследяването на оперираните болни се извършва според нормативните документи от личния лекар, регионалния онкологичен диспансер и екипът извършил оперативната интервенция:

- наблюдение от онкотерапевт в онкологичните диспансери по местоживеене - за период 10 години, при контрол на клинични, лабораторни и инструментални показатели;
- преглед от хирурга – оператор по схема; следващи посещения са възможни по желание на пациента и желателни от позицията на хирурга с оглед състоянията – (локален рецидив, солитарна метастаза), изискващи нова хирургическа намеса;
- наблюдение от гастроентеролог;

Карциномът на дванадесетопръстника е казуистична рядкост. Най-често се развива от тъканите около дуоденалната папила. При операбилност подлежи на дуоденопанкреатична резекция, при иноперабилност – на обходна гасторентероанастомоза.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

II. Хирургично лечение на язвата

Метод на избор е стомашната резекция (задоволително състояние на болния, опитен екип).

Доброкачествената пилорна стеноза се лекува най-често с резекция на стомаха. За предпочитане е тя да е по типа Билрот-1 (класическа по Пеан, термино-латерална по Хаберер-Андрою). Останалите методи (дилатация с проксимална селективна ваготомия, ваготомия с пилоропластика или гастро-ентеро анастомоза и др.) се прилагат рядко.

Пептичните язви на тънкото черво се срещат рядко и обикновено се лекуват консервативно. Оперативното лечение на улкус пептикум (най-често след операция по Билрот-2) може да бъде: торакална ваготомия, ререзекция, редуоденизация, блокова резекция с колон трансверзум (при гастро-иеюно-колична фистула) и др.

При усложнен Мекелов дивертикул се извършва секторална резекция или по-сигурно - резекция на тънкото черво с термино-терминална анастомоза.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Дехоспитализация при оперативни интервенции се допуска при следните условия:

- възстановяване на пасажа;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и **„Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"**.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти **„Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"**).

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ

СТОМАХ И ХРАНОСМИЛАТЕЛНА СИСТЕМА

Храносмилателната система се състои от хранопровод, стомах, тънко и дебело черво. Функцията е да достави хранителни вещества (белтъчини, въглехидрати, мазнини,витамини, минерали и вода) от поетата през устата храна до кръвоносната система, която по-нататък ще ги пренесе до всички клетки. В смилането на храната вземат участие смилателните сокове, отделени от стомаха, тънките черва и задстомашната жлеза. Стомахът е кух орган, с форма на кука, разположен в горната част на корема. Храната достига до него през тръба, наречена хранопровод, който свързва устата със стомаха. В стомаха става раздробяване на храната като в мелница и смилане на белтъчините. Раздробената храна преминава в тънкото черво и след това в дебелото черво.

Какво представлява карциномът на хранопровода?

Това е рядко заболяване, по-типично за напреднала и старческа възраст и по-често при мъжете. Състоянието води до невъзможност за хранене, отслабване на килограми, както и до някои усложнения. Целта на оперативното лечение е премахването на тумора и възстановяване преминаването на храната през новосъздаден път (преместване на стомах, тънко или дебело черво) на един или два етапа. Това е една високорискова операция, криеща доста тежки усложнения в следоперативния период - естеството на заболяването, отваряне на три телесни кухини. Операцията е един етап от цялостното лечение, включващо лъчетерапия, химиотерапия или комбинирано. Изборът на операция и нейният обем зависят от локализацията на тумора в горната, средната или долната трета на хранопровода. Хирургическата намеса е свързана с отваряне на коремната кухина, на гръдната кухина и на шийна област. Отстраненият изцяло или частично хранопровод се замества с части от стомах, тънко или дебело черво.

Какво представлява карциномът на стомаха?

Карциномът на стомаха е заболяване при което “малигнени” (онкологични) клетки се откриват в тъканите на стомаха. Понякога карциномът на стомаха може дълго време да не причини клинични оплаквания (симптоми) и да достигне големи размери. В ранните стадии на заболяването могат да се наблюдават следните оплаквания: коремен дискомфорт, подуване след нахранване, гадене, загуба на апетит, парене. В по-напредналите стадии на заболяването може да има кръв в изпражненията, анемия, повръщане, загуба на тегло или болка в стомаха.

Ако имате оплаквания Вашият лекар ще назначи едно или няколко от следните изследвания на стомаха:

- ретнгеново изследване на стомаха след изпиване на рентгено-контрастно вещество през устатата;

- гастроскопия – оглед на хранопровода и стомаха със специален апарат, наречен гастроскоп (вж информация на пациента за гастроскопия), който се поставя през устата и се въвежда в стомаха; изследването може да бъде извършено със или без обезболяване или под пълна упойка, наречена анестезия.

Ако докторът види тъкан, различна от нормалната, може да вземе малко парче тъкан, което ще се изследва под микроскоп за търсене на онкологични клетки. Това се нарича “вземане на биопсия” и е безболезнено.

Как се развива и как се лекува карциномът на стомаха?

Прогнозата и изборът на лечение зависи от стадия на карцинома – дали е само в стомаха или се е разпространил на други места, както и от общото състояние на организма.

Разпространеност на карцинома на стомаха (стадиране).

Когато веднъж е открит (диагностициран) карциномът на стомаха, е необходимо да се направят още изследвания, за това дали онкологични клетки са се разпространили и в други части на тялото. Тези изследвания се наричат "стадиране". Те започват веднага след поставяне на диагнозата. Най-точното "стадиране" на обхващане на стената на стомаха и околните тъкани от онкологичното заболяване, се постига по време на операция. Познаването на точния стадий на болестта, позволява на лекаря ефективно да планира бъдещото лечение.

Как се лекува карциномът на стомаха?

За повечето пациенти с онкологично заболяване на стомаха има лечение. Възможностите за лечение са няколко:

- хирургично (премахване на онкологичното заболяване);

- химиотерапия (използват се лекарства за убиването на онкологични клетки);

- лъчева терапия (използват се високи дози рентгенови лъчи и други лъчи с висока енергия за убиването на онкологични клетки);

- биологично.

Хирургичното лечение е най-често използваното при всички стадии на онкологичното заболяване на стомаха. Лекарят може да премахне онкологичното заболяване по един от следните начини:

1. Частична или субтотална гастректомия. Хирургът ще премахне онкологичното заболяване през разрез на корема, като отстрани само част от стомаха, която съдържа тумора и части от други тъкани и органи близо до тумора. Също така хирургът взема и няколко от лимфните възли около стомаха, за да се изследват под микроскоп и да търсят онкологични клетки. Слезката (орган в горната част на корема, който филтрира кръвта и премахва старите кръвни клетки) може също да се отстрани ако е необходимо.

2. Тоталната гастректомия. Ако онкологичното заболяване е по-голямо или разположено в определено място, хирургът ще премахне целия стомах и части от хранопровода, тънкото черво и други тъкани близо до тумора. Слезката също се отстранява при някои случаи. Близко разположените лимфни възли също се премахват, за да се изследват под микроскоп и да се търсят онкологични клетки (дисекция на лимфните възли). Хранопроводът се свързва с тънкото черво, така че болният да може да се храни.

Ако само част от стомаха е премахната, болният е в състояния да се храни почти нормално.Често при отстраняване на целия стомах е необходимо приемане на малки порции храна, бедна на въглехидрати и богата на белтъчини и мазнини. Повечето болни успешно се адаптират към този нов начин на хранене.

Химиотерапията използва специални лекарства (химиотерапевтици) за убиване на онкологични клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената. Химиотерапията се нарича "Системно лечение" защото лекарството, постъпвайки в кръвообращението, преминава през цялото тяло и може да убива онкологични клетки и извън стомаха. Ако онкологичното заболяване е засегнало черния дроб, химиотерапевтикът може да бъде въведен директно в артерията, която отива в него.

Ако е премахнато цялото видимо онкологичното заболяване по време на операцията, лекарят може да даде химиотерапия на пациента, за да убие клетките, останали невидими след операцията. Химиотерапията, която се прилага на пациент, при който след операцията не се намират онкологични клетки, се нарича "Допълнителна химиотерапия" (Адювантна химиотерапия).

Лъчевата терапия използва рентгенови лъчи или други лъчи с висока енергия, за да убие онкологични клетки и така да премахне тумора. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото,

посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчевата терапия може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Биологичното лечение се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с онкологичното заболяване. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват онкологични клетки. Биологичното лечение понякога се нарича "**Имунотерапия".** То може да се съчетава с другите видове терапия.

Лечение на различните стадии.

Лечението на карцинома на стомаха зависи от стадия, в който е заболяването, от неговата локализация в стомаха и от общо състояние на организма. Стандартно лечение няма, защото всеки пациент е различен и със своите особености. В някои случаи се налага промяна на терапията с цел повишаване на ефективността º.

Рецидив на карцинома на стомаха.

Ако онкологичното заболяване се е появило отново (рецидивирал) само в една част от тялото, може да се направи операция за премахването му. Ако карциномът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия за намаляване на оплакванията. Пациентът може да получи и имунотерапия.

Ракът на дванадесетопръстника е рядко заболяване, което предизвиква стеснение на лумена и упорито повръщане. Това довежда пациента до лекаря и до необходимост от операция. При възможност за отстраняване на тумора операцията е свързана със задължително изрязване на част от задстомашната жлеза поради тясното прирастване на двата органа и тесните анатомични връзки. Ако туморът не може да бъде отстранен, се прави обходно съустие между стомах и тънко черво, за да може пациента да се храни.

ЯЗВЕНА БОЛЕСТ НА СТОМАХА И ДВАНАДЕСЕТОПРЪСТНИКА.

Какво представлява пептичната язва на стомаха и дуоденума?

Язвената болест на стомаха и дванадесетопръстника е хронично-рецидивиращо заболяване с изразена сезонност на оплакванията (пролет-есен) и известна наследствена обремененост. Етио-патогенезата (причините) за възникването на язвената болест на стомаха и дуоденума са различни. Като основна причина за образуването на дуоденалната язва се приема повишената киселинност на стомашния сок,докато за образуването на стомашната язва главна роля играе намалената резистентност на стомашната лигавица. По-често боледуват мъжете (съотношение мъже-жени 3:1) в активна възраст-30-50години. Напоследък се появиха изследвания, доказващи ролята на един микроорганизъм в патогенезата на язвената болест, т.нар. Хеликобактер пилори. Освен това предразполагащи фактори за развитието на язвената болест могат да бъдат:нервното пренапрежение (стрес) и употребата на някои улцерогенни медикаменти (аспирин, фелоран, индометацин и др.)

Кога язвената болест изисква лечение в хирургично отделение/клиника?

След въвеждането на т.нар. Н-2 блокери (ранитидин, циметидин, фамотидин) и инхибитори на протонната помпа (омепразол) до оперативно лечение стигат само усложнените форми на язвената болест:перфорация,кървене и стеноза на пилора.

Какви видове операции се прилагат при лечението на язвената болест?

Най-общо могат да се разделят на две групи: радикални (повлияващи причините за възникването на язвената болест) и палиативни (неповлиаващи причините). Първата група операции имат за цел – намаляването на стомашната киселинност,което може да се постигне по два начина:с резекция на стомаха или с ваготомия (органо-съхраняваща операция).

Резекцията на стомаха е операция при която се изрязва 2/3 от стомаха и се премахва частта, произвеждаща солна киселина.Възстановяването на пасажа на храната може да се постигне чрез съединяване на стомашния остатък с дуоденума/метод на Билрот 1/или с

тънкото черво (Билрот 2). Рецидивите след тази операция са 1-3%. Смъртността зависи от вида на усложнението (най-висока е при кървящата язва) и общото състояние на болния (възраст, придружаващи заболявания), но по принцип е по - висока в сравнение с органосъхраняващите операции. Възможните усложнения са: инсуфициенция на анастомоза с развитие на перитонит, Дъмпинг синдром, синдром на приводящата бримка и т.н. Последните са по-чести след резекций по типа Билрот-2.

Ваготомията е операция, при която киселинността на стомаха се намалява чрез прерязване на двата клона на т.нар. "блуждаещ"нерв (нервус вагус), които са разположени по предната и задна повърхност на стомаха и стимулират продукцията на солна киселина от т.н.париетални клетки на стомаха. В зависимост от това, кои клонове се прерязват ,ваготомията бива: стволова,селективна и супраселективна. Първите два вида изискват и допълнителна процедура - т.нар.наречени-дрениращи операции (пилоропластика, гастро-ентероанастомоза).

Ваготомиите имат по-малко странични ефекти и по-ниска смъртност в сравнение с резекцията на стомаха, но дават по-голям процент рецидиви (нова поява на язва) -10-30%.

Палиативните операции имат за цел непосредственото спасяване на живота на болния, без да повлияват на патогенезата на язвената болест (зашиване на перфорирала язва, прошиване на кървяща язва, обходна анастомоза при стеснение на пилора). Без последващо медикаментозно лечение тези операции дават голям % рецидиви.

Какво представляват отделните видове усложнения на язвената болест и какво е поведението при тях?

КРЪВОИЗЛИВЪТ е най-честото и животозастрашаващо усложнение на язвената болест. След постъпването в отделението на всички болни с кървене от гастро-интестиналния тракт се извършва фиброгастродуоденоскопия (ФГС). Това изследване има както диагностична (уточнява се източника на кървене), така и терапевтична (спиране на кървенето, чрез различни методики) стойност. Преди рутинното въвеждане на ФГС смъртността след т.нар. ''операции на върха на кървенето'' е била голяма (50-60 %). Понастоящем до спешна операция стигат едва около 10 % от болните (неовладяно ендоскопски кървене, многократно повтарящо се кървене). Всяко хирургично отделение има изработен алгоритъм за поведение при болни с кървяща пептична язва. Когато се налага оперативна намеса, стандартната операция е резекцията на стомаха.

ПЕРФОРАЦИЯТА е второто по честота усложнение на пептичната язва. За това усложнение е характерна внезапната"кинжална"болка в горната част на корема-това е моментът на самата перфорация, когато в коремната кухина се излива стомашно съдържимо. Ако не се вземат спешни мерки, се развива дифузен перитонит с всичките последващи усложнения, вкл. и смърт на болния. Операцията е абсолютно наложителна и животоспасяваща процедура без алтернатива. Видът на самата операция (радикална или палиативна) се определя индивидуално при всеки пациент, но основната задача е непосредственото спасяване живота на пациента. Голямо значение за намаляване на смъртността при това усложнение има съкращаването на времето между появата на първите симптоми и извършването на операцията.

СТЕНОЗАТА НА ПИЛОРА представлява усложнение на пептичната язва на дуоденума (или пилора), при което се затруднява преминаването на стомашното съдържимо към дванадесетопръстника. Пептичната язва на дуоденума има хронично-рецидивиращо протичане. Всяко изостряне на язвата завършва със "самоизлекуване", при което на мястото на язвения дефект се образува т.нар. калозна тъкан. Когато язвената болест не се лекува правилно, с течение на времето образуваната калозна маса постепенно стеснява изхода на стомаха (пилора). В началото тази стеноза е функционална, но впоследствие става органична. Вследствие на честите повръщания настъпват тежки нарушения във водно-електролитния баланс (дехидратация, хипокалемия), хипопротеинемия, отслабване на тегло. При изразена органична стеноза на пилора оперативната намеса е единственото

решение. Операцията която дава най-малко рецидиви, е стомашната резекция, за предпочитане извършена по метода на Билрот-1 (рецидиви 1-3%,смъртност-3-4%).

ВРОДЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ХРАНОПРОВОД, СТОМАХ И ДУОДЕНУМ.

При новородените с атрезия (прекъсване) на хранопровод се касае за вродено прекъсване на хранопровода и ненормална връзка на хранопровода с трахеобронхиалното дърво. Тези деца се нуждаят от интензивни грижи в съответното отделение както пред, така и следоперативно. Целта на операцията е да прекъсне ненормалната връзка между храносмилателната и дихателната система, както и във възстановяване на континуитета на хранопровода. Тя се извършва чрез отваряне на гръдния кош, намиране на фистулата, нейното превързване и прекъсване. Лечението се извършва с отложена спешност. Ако разстоянието на двата сегмента на хранопровода е достатъчно, то свободните им краища се свързват един към друг. Ако то е по-голямо, се извършват два вида операции:

1. Горният сегмент се оставя при продължително изсмукване на слюнката и регулярно механично се удължава, а на стомаха се извежда тръба за хранене; след постигане на достатъчна близост на сегментите се извършва директна връзка на двата сегмента през достъп през гръдния кош, в планов порядък;

2. Горният сегмент се извежда на шията за елиминиране на слюнката, която иначе постъпва в трахеята със съответните последствия, а на стомаха се извежда тръба за хранене; след съответен период планово хранопроводът се замества със сегмент от дебело черво, стомах или тънко черво, чрез отваряне на корема и шията, и/или гръдния кош. Прогнозата зависи от срока на диагнозата, налични белодробни усложнения, недоносеност и съпътстващи вродени аномалии.

При деца при атрезия (прекъсване) на стомах (антрум – пилор) се касае за вродено прекъсване на храносмилателния път на нивото на изхода на стомаха. Целта на операцията е възстановяване на неговата цялост. Тя се извършва в условията на отсрочена спешност чрез коремен достъп.

При деца при атрезия (прекъсване) на дуоденума се касае за вродено прекъсване на храносмилателния път на нивото на дванадесетопръстното черво. Целта на операцията е възстановяване на неговата цялост. Тя се извършва в условията на отложена спешност, чрез коремен достъп.

Вродената стеноза (стеснение) на хранопровода представлява вродено стеснение по различни причини на хранопровода, което не позволява нормално хранене. Целта на операцията е да се осигури нормален ход на храната през хранопровода. Оперативната намеса се извършва в планов ред, чрез отваряне на гръдния кош, корема или и двете области и много рядко - шията.

Вродената пилорна стеноза представлява вродено стеснение поради хипертрофия на пилорния мускул, която не позволява нормално хранене. Целта на операцията е да се осигури нормално преминаване на храната през пилора (изхода на стомаха). Оперативната намеса се извършва с отложена спешност. Състои се в отваряне на корема и надсичане на мускулатурата на пилора.

Вродената дуоденална стеноза представлява вродено стеснение по различни причини на дванадесетопръстното черво, което не позволява нормално хранене. Целта на операцията е да се осигури нормално преминаване на храната през дванадесетопръстника. Оперативната намеса се извършва в условията на отложена спешност чрез отваряне на корема. Възстановяването на преминаването на храната е забавено поради вродената недоразвитост на червата.

Лекарят е задължен да Ви обясни характера на операцията и защо е избрана процедурата, която е удобна или неудобна за Вас. Това се предопределя както от характерът на заболяването, така и от Вашето общо състояние.

КП № 175 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ТЪНКИ И ДЕБЕЛИ ЧЕРВА, ВКЛ. ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МЕЗЕНТЕРИУМА И РЕТРОПЕРИТОНЕУМА, С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 7 дни
При лапароскопски интервенции – 5 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места

Не включва: хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])

90282-00 Ексцизия на лимфен възел на друго място
Тотална (обикновена) ексцизия на лимфни възли на друго място БДУ
Не включва: при стадиране на малигнизиране:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфом (30384-00 [985])
• БДУ (35726-01 [985])

90282-02 Радикална ексцизия на лимфен възел на друго място
Цялостно изчистване на всички възли на друго място
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускул и фасция
Не включва: при стадиране на малигнизиране:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфом (30384-00 [985]
• БДУ (35726-01 [985])
това на тазови лимфни възли при:
• гинекологична неоплазма (35551 [810])
• хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269])
• радикална простатектомия и реконструкция на мехурна шиика (37211-00 [1167])

Ексцизионни процедури на лимфни възли в слабините

Ексцизия на ингвинални лимфни възли

30329-00 Ексцизия на лимфни възли на слабините
Тотална (обикновена) ексцизия на лимфни възли на слабините

30330-00 Радикална ексцизия на лимфни възли в слабините
Цялостно изчистване на всички слабинни възли
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускули и фасция

Стоми на тънки черва

32069-00 Формиране на илеостомен резервоар
Формиране на задържаща илеостома
Включва: обръщане на съществуваща илеостома
изолиране и резекция на черво
Не включва: такава при уринарни отвеждащи процедури (36600-02, 36606 [1129])

Колектомия

32003-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза
Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с анастомоза
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }

Включва: резекция на флексура лиеналис

Възстановяване на тънки черва

Включва: скосяване на тънки черва

43810-01 Възстановяване на тънки черва с множество анастомози

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза
Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Колектомия

32003-01 Дясна хемиколектомия с анастомоза
Резекция на колон асценденс, флексура хепатика и част от колон трансверзум (дясна хемиколектомия) с анастомоза

Колектомия

32005-00 Субтотална колектомия с анастомоза

Включва: резекция на:
- колон асценденс
- колон десценденс
- флексура хепатика
- лиеналис флексура
- колон трансверзум

Колектомия

32006-00 Лява хемиколектомия с анастомоза

Включва: резекция на:
- низходящ } колон
- сигма }

32006-01 Лява хемиколектомия с формиране на стома

Включва: резекция на:
- низходящ } колон
- сигма }

Колектомия

32003-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза
Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с анастомоза
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }

Включва: резекция на флексура лиеналис

32000-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с формиране на стома
Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с формиране на стома
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }

Включва: резекция на флексура лиеналис

Колектомия

32012-00 Тотална колектомия с илеоректална анастомоза

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза

Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза
Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Стоми на тънки черва

30515-01 Ентероколостомия
Илео-коло анастомоза

Други стоми на дебело черво

30375-28 Временна колостомия
Бримкова колостомия
Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Стоми на тънки черва

30375-01 Друга ентеростомия
Дуоденостомия
Постоянна илеостома
Не включва: илеостомия с:
• колектомия, тотална (32009-00 [913])
• проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])
йеюностомия (31462-00, 90306-00 [892])

Възстановяване на парастомална херния

30563-02 Възстановяване на парастомална херния

Други възстановителни процедури на тънки черва

30375-19 Други възстановяване на тънки черва

Други възстановителни процедури на тънки черва

30375-24 Шев на тънки черва

Други възстановителни процедури на тънки черва

90340-00 Затваряне фистула на тънки черва
Включва: фистула на дуоденум
Не включва: ентерокутанна фистула на тънко черво (30382 [901])

Друго възстановяване на дебело черво

30375-25 Шев при разкъсване на дебело черво

Друго възстановяване на дебело черво

90340-01 Затваряне фистула на дебело черво
Включва: ректум
Не включва: ентерокутанна фистула на дебело черво (30382 [917])
възстановяване на ректална фистула с фибринов уплътнител (90344-00 [929])

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза
Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Ректосигмоидектомия или проктектомия

43993-01 Окончателна чревна резекция и възстановяваща анастомоза
Duhamel ретроректална възстановяваща процедура
Soave ендоректална възстановяваща процедура

Включва: затваряне на съществуваща стома
формиране на стома (нефункционираща) (обръщане) (протективна) (временна)
множествени гефрир биопсии

Забележка: Изпълнена при болест на Hirschsprung [дебелочревна аганглиоза] [вроден мегаколон]. Има много описани оперативни техники – най-чести са Duhamel and Soave процедури. Процедурата на Duhamel (и модификации) е ретроректално възстановяване със страна-страна анстомоза. Анастомозата оформя ректален купол, съставен от аганглионна предна- и нормално ганглионизирана задна стена. Процедурата на Soave (и моди-фи-ка-ции) включва резекция на аганглионното черво, с изключение на най-дисталния ректум, където се отстранява само мукозата. Мукозата на ректума се изважда през ануса и ганглионизираното черво се притегля през оставения ръкав от ректална мускулатура до точката точно над ануса (назъбена линия) където се зашива на място. В някои случаи на тотална дебелочревна аганглиоза, чревната резекция може да достигне до илеума и до включи илео-анално възстановяваща процедура със страна-страна анастомоза.
Тази процедура може да бъде изпълнена на един етап. Тя може да бъде и процедура на втори етап, където процедура на първи етап е колостомия (понякога назовавана „колостомия на нивà“).

Не включва: възстановяваща проктоколектомия с илеален резервоар (32051 [936])

Ректосигмоидектомия или проктектомия

32039-00 Абдоминоперинеална проктектомия
Абдомино перинеална резекция на ректум

Включва: изграждане на стома

Не включва: тази с тотална колектомия (32015-00 [936])

Ректосигмоидектомия или проктектомия

32039-00 Абдоминоперинеална проктектомия
Абдомино перинеална резекция на ректум

Включва: изграждане на стома

Не включва: тази с тотална колектомия (32015-00 [936])

Ректосигмоидектомия или проктектомия

32030-00 Ректосигмоидектомия с формиране на стома
Процедура на Hartmann

Предна резекция на ректум

Включва: закрита стома
J-оформен джоб (резервоар)
Тотална мезоректална ексцизия (TME)

32024-00 Висока предна резекция на ректум

Забележка: Анастомозата се извършва на > 10 cm от аналния ръб

32025-00 Ниска предна резекция на ректум

Забележка: Анастомозата се извършва на > 6 cm до ⌜ 10 cm от аналния ръб

32026-00 Ултраниска предна резекция на ректума
Проктосигмоидектомия с коло-анална анастомоза с ушивател

Забележка: Анастомозата се извършва на ⌟ 6 cm от аналния ръб

Не включва: ръчно зашита анастомоза (32028-00 [935])

32028-00 Ултраниска предна резекция на ректума с ръчен шев на колоанална анастомоза
Коло-ендо-анална обшивна анастомоза
Проктосигмоидектомия с ръчно изпълнена коло-анална анастомоза
Забележка: Анастомозата се извършва на ¬ 6 cm от аналния ръб

92208-00 Предна резекция на ректум, неуточнено ниво

Ректосигмоидектомия или проктектомия

32060-00 Възстановителна проктектомия
Мукозна проктектомия
Включва: затваряне на съществуваща илеостома
нефункционираща [затворена] илеостома
формиране на илеален резервоар
илео-анална – анастомоза
изолация и резекция на черво
мукозектомия
ректална резекция
Не включва: възстановяване на чревна проходимост след процедура на Hartmann (32033-00 [917])

Ректосигмоидектомия или проктектомия

43993-01 Окончателна чревна резекция и възстановяваща анастомоза
Duhamel ретроректална възстановяваща процедура
Soave ендоректална възстановяваща процедура
Включва: затваряне на съществуваща стома
формиране на стома (нефункционираща) (обръщане) (протективна) (временна)
множествени гефрир биопсии
Забележка: Изпълнена при болест на Hirschsprung [дебелочревна аганглиоза] [вроден мегаколон]. Има много описани оперативни техники – най-чести са Duhamel and Soave процедури. Процедурата на Duhamel (и модификации) е ретроректално възстановяване със страна-страна анстомоза. Анастомозата оформя ректален купол, съставен от аганглионна предна- и нормално ганглионизирана задна стена. Процедурата на Soave (и моди-фи-ка-ции) включва резекция на аганглионното черво, с изключение на най-дисталния ректум, където се отстранява само мукозата. Мукозата на ректума се изважда през ануса и ганглионизираното черво се притегля през оставения ръкав от ректална мускулатура до точката точно над ануса (назъбена линия) където се зашива на място. В някои случаи на тотална дебелочревна аганглиоза, чревната резекция може да достигне до илеума и до включи илео-анално възстановяваща процедура със страна-страна анастомоза.
Тази процедура може да бъде изпълнена на един етап. Тя може да бъде и процедура на втори етап, където процедура на първи етап е колостомия (понякога назовавана „колостомия на нивà“).

Други възстановителни процедури на ректум или анус

90313-00 Друго възстановяване на ректум

32203-00 Анална или перинеална грацилопластика
Динамична грацилопластика
Трансплантация на мускулус грацилис
Забележка: Изпълнена за анална инконтиненция
Не включва: ревизия на грацилопластика (32203-01 [940])

Други инцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум

90952-00 Инцизия на абдоминална стена
Изследване на коремна стена
Изваждане на протезен меш, използван за възстановяване на херния
Не включва: експлоративна лапаротомия (30373-00 [985])

Други процедури на корем, перитонеум или оментум	
90331-00	Други процедури на корем , перитонеум или оментум
Други ексцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум	
	Не включва: хистеректомия с ретроперитонеална дисекция (35667-00 [1268])
30321-00	Ексцизия на ретроперитонеална невро-ендокринна лезия
30323-00	Ексцизия на ретроперитонеална невро-ендокринна лезия с ретроперитонеална дисекция *Включва*: дискция на един или и двата големи кръвоносни съда *Кодирай също когато е направена:* • нефректомия (виж панели [1048], [1049] и [1053])
30392-00	Отстраняване на интраабдоминална лезия Радикално отстраняване на интраабдоминален тумор *Включва*: оментектомия *Не включва*: тази при невробластом (43987-01 [989])
90327-00	Ексцизия на вродена интраабдоминална лезия *Включва*: ретроперитонеален тумор тератом *Не включва*: ексцизия на бронхогенна киста, чрез торакотомия (43912-00 [545]) ретроперитонеална невро-ендокринна лезия (30321-00, 30323-00 [989])
Възстановяване на вагинална фистула	
35596-00	Лечение на ректовагинална фистула

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21,** насочени към основната диагноза.

Хистологично верифициране на препарата е задължително с изключение на случаите на обходна анастомоза или извеждане на двуцевна или терминална стома, при липса на резектат – кодове на процедури (43810-01); (30566-00); (32003-00); (30375-28) и (30563-02).

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно

заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
6. Кабинет по ендоскопска диагностика (долна ендоскопия)
7. Лаборатория (отделение) по клинична патология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Медико-диагностична лаборатория с възможност за изследване на туморни маркери
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Кръгови ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарни ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за ендоскопска хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

При диагнози по МКБ 10 рубрики: С15 - С26, С45, С48, С65, С66, С67, С68 и С79, НЗОК заплаща следните скъпоструващи медицински изделия:

- Механичен съшивател;
- Пълнител за механичен съшивател
- Ендоскопски съшивател
- Пълнител за ендоскопски съшивател

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия. За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекар/и със специалност по хирургия, с опит в колоректалната хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност по клинична патология.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

1. Пациенти с проява на:
   - ентерорагия или колоректорагия с анемия или шок;
   - мезентериална тромбоза;
   - остро настъпили смущения в чревната проходимост.
2. Пациенти с установен:
   - ретроперитонелен абсцес или хематом, независимо от произхода му, доказан с КТ или МРТ;
   - тумор на тънкото и дебелото черво (рентгенологично, ехографски, палпаторно или при ректално туше);
   - тумор, потвърден с ректоскопия или фиброколоноскопия;
   - тумор със субилеус;
   - тумор с колоректорагия (вкл. вторична анемия);
   - малигнизирал полип/вилозен тумор (с хистологичен резултат);
   - малигнизирал полип/полипи при множествена и фамилна полипоза;
   - малигнизирал стенотичен участък при улцерозен колит, болест на Крон;
   - стеноза, малигнизация, неовладими клинични прояви с профузни диарии (кръв) при улцерозен колит и болест на Крон;
   - дивертикулит с усложнения (перфорация, кървене, псевдотумор).

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Злокачествените тумори на тънките черва са рядка находка, най-често се наблюдава аденокарцином, локализиращ се 40% в дуоденума, 40% в йеюнума и 20 % в илеума. На второ място се нарежда лейомиосаркомът. Възможно е регистриране на неврогенни тумори и тънкочревни лимфоми. Карциноидът с локализация по тънкото черво рядко е клинична находка, по-често е случайна или аутопсионна. Хирургичното лечение е свързано с парциална тънкочревна резекция едновременно с регионерна лимфаденектомия. При лимфоми и карциноид са възможни повече от една локализация, което е свързано с разширена или сегментарни резекции.

Колоректалният карцином е на трето място по честота. С оглед първичен скрининг на преканцерозни лезии при пациенти без и със генетична предразположеност, както и за подобряване на ранната диагноза, е необходимо повишено внимание към пациенти с доказана фамилност, наличие на единични или множествени полипи, УК или болест на Крон. 15 % карциномът или КРК е наследствен (синдром на Линч). В тази група се включват фамилии, които имат колоректален карцином, онкологично заболяване на яйчниците, матката, гърдата, стомаха, щитовидната жлеза и мозъка. Фамилният карцином може да се развие върху предшестваща фамилна аденоматозна полипоза.

Хирургичното лечение на колоректалния карцином с лечебна цел включва резекция на колона с носещата тумора част и с областта на регионерния лимфен ток, също така с едновременно отстраняване на свързани органи (мултиорганни резекции). Карциномът на колона расте предимно циркулярно. За отстраняване на интрамурален микроскопски туморен растеж основно трябва да се достигне минимална граница на резекция от 2 см. Регионерният лимфен ток излиза над тази област навън. Съответно на кръвоснабдяването се разширяват метастазите в лимфните възли (отдалечени до 10 см от макроскопския туморен ръб) - предимно обаче извън централното направление. За размера на чревната резекция е по-малко определящо туморното прорастване в стената на червото, отколкото отстранената след централната лигатура област на лимфния ток.

Само при строга селекция може да се изпълни и локална терапия под формата на колоскопска полипекомия. Препоръчителен обем на операцията - дясна или лява хемиколектомия. Сегментните резекции са с дискутабилна радикалност. При карцином на ректума: разширяване на показанията за сфинктеросъхраняващи операции при тумори в горната и средната трета в стадий Т 1-2 – III а стадий при дистална граница под тумора до и над 2 см., хистологично добре диференциран аденокарцином; задължително отстраняване на мезоректума. При тумор в дисталната трета на ректума, лошо диференциран стадий Т 3 – IV В е препоръчително абдоминоперинеална екстирпация.

Всички болни с колоректален карцином се представят следоперативно на обсъждане на онкокомисия в състав: хирург, патолог, онколог (химиотерапевт, радиолог).

Болни с карцином на ректума извън перитонеума се обсъждат предоперативно в същата комисия с цел предоперативна лъчетерапия, органосъхраняваща (сфинктерозапазваща) операция.

Оперативните интервенции върху **тънките черва** се осъществяват при травматични лезии (обичайно открити - проникващи наранявания, и по-рядко закрити), доброкачествени тумори, стенози от различно естество, фистули, тежки възпалителни, съдови и лъчеви увреди. При травматичните лезии се налага зашиване на дефекта и/или тънкочревна резекция. При многобройни лезии на определен чревен участък се извършва резекция на участъка. При тежко шоково състояние на болния се предпочита екстериоризацията на червото или стома, и на втори етап се осъществява възстановяване на пасажа. Самата резекция е свързана с непосредствено налагане на анастомоза и възстановяване континуитета, като се осъществява термино-терминална, термино-латерална или латеро-латерална анастомоза. Рядко се използва извеждането на стома, като протекция на наложената анастомоза.

Оперативните интервенции върху **дебелите черва** се осъществяват при травматични лезии (също по-чести при проникващи наранявания), доброкачествени тумори, стенози от различно естество, фистули, тежки възпалителни, съдови и лъчеви увреди. При по-големи наранявания на дебелото черво, включително и на ретроперитонеалната част и невъзможност за извършване на резекция, или при вече възникнал фекулентен перитонит или масивна контаминация на перитонеалната кухина, се преминава към екстериоризация на нараненото черво. При резекции на дебелите черва и съмнение за херметичността на анастомозата се извежда профилактична илео- или трансверзостома, която напълно изключва дебелочревния пасаж. А при наложена екстраперитонеално коло-ректална анастомоза и данни за инсуфициенцията се прави лечебна илео- или трансверзостома, с която се цели напълно изключване на чревния пасаж през анастомозата. Трайни илеостоми се налагат при цялостно отстраняване на колона и ректума при генерализирана полипоза и улцерохеморагичен колит. Трайна колостома се налага при аналносфинктерния комплекс. В зависимост от състоянието на болния оперативната интервенция може да се извърши на един, два или три етапа.

При проникващи наранявания на корема с лезия на черво се отделя голямо внимание на лечението на травматичната рана, което може да се извърши с първична хирургична обработка и шев или вторично отложен шев, при задължителна профилактика (лечение) на инфекцията и антитетанусова профилактика.

Оперативни интервенции на тънките и дебелите черва се осъществяват и при тънкочревните и тънкочревно-дебелочревните инвагинации, при които има противопоказания за неоперативно лечение или чрез него не се постига пълна дезинвагинация. При оперативната намеса след мануалната дезинвагинация се извършва преценка относно виталитета на инвагинираното черво. При нарушен виталитет се осъществява достатъчна по обем резекция, която трябва да включва и анатомичния причинител на инвагинацията, ако съществува такъв - полип, тумор, Мекелов дивертикул. Чревният пасаж се възстановява чрез термино-терминална тънкочревно-тънкочревна анастомоза или термино-латерална илео-колична анастомоза при участие на колон в резецирания участък. В някои случаи на напреднал дифузен или тотален перитонит и тежко състояние на детето като първи етап на оперативното лечение може да се извърши резекция и илиачен противоестествен анус по Mikulicz. Нормалният чревен пасаж се възстановява според описаните принципи.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

При неонкологичните заболявания – интраоперативно и постоперативно, базирано на резултата от траен хистологичен препарат.

При онкологичните случаи - след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановяване на пасажа;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;

- в случаите на лека супурация на оперативната рана (без фебрилитет, без дехисценция на раната и без значим раневи секрет), лечението може да продължи с превръзки в амбулаторни условия.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия ".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ)).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия ").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Карциномът на дебелото черво е честа форма на заболяване, при което "малигнени" (онкологични) клетки се откриват в тъканите на дебелото черво. В 15 % той е наследствен.

Прогнозата и възможностите за лечение зависят от степента на разпространение на карцинома (дали е само в рамките на тъканите на дебелото черво или засяга и други органи) и общото състояние на пациента. Когато веднъж е открит (диагностициран) карцином на дебелото черво, е необходимо да се направят още изследвания за това, дали онкологични клетки са се разпространили и в други части на тялото.

За "Рецидив" говорим, когато имаме отново поява на карцином, след като вече е бил лекуван. Той може да се появи в дебелото черво или в друга част на тялото. Най - често има рецидив в черния дроб и в белия дроб.

Как се лекува карциномът на дебелото черво?

Има лечение за всички пациенти с карцином на дебелото черво. Възможностите за лечение са няколко:

- *хирургично лечение* (премахване на карцинома).
- *лъчева терапия* (използват се високи дози рентгенови лъчи и други лъчи с висока енергия за убиването на онкологични клетки).
- *химиотерапия* (използват се лекарства за убиването на онкологичните клетки).

Хирургичното лечение е най-често използваното лечение при всички стадии на карцинома на дебелото черво. Лекарят може да премахне карцинома по един от следните начини:

Ако карциномът е в много ранен стадий, лекарят може да премахне тумора, без да отваря коремната кухина. Той може посредством ректоскоп, сигмиодоскоп или колоноскоп да премахне тумора. Тази процедура се нарича "локална ексцизия". Ако карциномът е открит върху малко парченце тъкан, наречено полип, процедурата се нарича "полипектомия".

Ако карциномът е по - голям, хирургът ще го премахне (дебелочревна резекция) през разрез на корема, като ще отстрани и част от здравата тъкан около него. Оставащите здрави части на дебелото черво се зашиват (анастомоза). Също така хирургът взема и няколко от лимфните възли около червото, за да се изследват под микроскоп и да се търсят онкологични клетки. Ако не е възможно да се зашият двете здрави части на дебелото черво, хирургът ще ги зашие към отвор в коремната стена (стома). Тази операция се нарича "колостомия". Понякога колостомията се налага само докато дебелото черво оздравее и след това се премахва. При локализация на тумора в крайната част на чревния канал – правото черво (ректум) - изрязването на болестно променения участък е свързано с трайно извеждане на червото на коремната стена, като "противоестествен анус". Ако пациентът е с "колостома", се използват специални залепящи се за кожата около отвора (стомата) торбички, които събират чревното съдържимо. Тези торбички не се виждат под дрехите и много хора се грижат сами за тях.

Лечението на карцинома на ректума (правото черво) има някои допълнителни особености. Те зависят от стадия на заболяването и височината, на която се разполага туморът, т.е. дистанцията между ануса и долния ръб на карцинома. Последните 3 - 4 см. от ректума са обхванати от кръгови мускули (сфинктери), които позволяват човек волево да задържа газове и изпражнения.

- ако карциномът е в по-напреднал стадий (III или IV) или е разположен в последните 4-5 см. на червото до ануса, запазването на сфинктерите е невъзможно. При

тяхната липса човекът не може да задържа газове и изпражнения - налага се задължително извеждането на червото на коремната стена, като противоестествен анус.

- ако карциномът е в по-ранен стадий и/или е разположен по - високо, хирургът може да изреже болната част и да свърже двата края на червото на анастомозата. В някои случаи при риск от усложнения, според преценката на оператора може да се наложи временна колостомия, а анастомозата да се отложи за втора операция след един или повече месеци.

Лъчевата терапия използва рентгенови лъчи или други лъчи с висока енергия, за да убие онкологични клетки и така да премахне тумора. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчевата терапия може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Химиотерапията използва специални лекарства (химиотерапевтици) за убиването на онкологични клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената. Химиотерапията се нарича "системно лечение" защото лекарството, постъпвайки в кръвообращението, преминава през цялото тяло и може да убива онкологични клетки и извън дебелото черво. Ако карциномът е засегнал черният дроб, химиотерапевтика може да бъде въведен директно в артерията, която отива в него.

Ако е премахнат целият видим карцином по време на операцията, лекарят може да даде химиотерапия на пациента, за да убие клетките, останали невидими след операцията. Химиотерапията, която се прилага на пациент, при който след операцията не се намират онкологични клетки, се нарича "допълнителна химиотерапия".

Биологичното лечение се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с карцинома. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват онкологични клетки. Биологичното лечение понякога се нарича "**Имунотерапия".** То може да се съчетава с другите видове терапия.

Рецидив на карцином на дебелото черво.

Ако карциномът се е появил отново (рецидивирал) само в една част от тялото, може да се направи операция за премахването му. Ако карциномът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия и/или лъчетерапия. Пациентът може да получи и имунотерапия.

Защо трябва да постъпите в болница?

Задължително е цялостното оглеждане на дебелото черво поради възможност да имате втори карцином или полип в по-горните му отдели. Това се осъществява с колоскопия (виж информация за пациента за колоскопия) или при невъзможност за извършването й, сигмоидоскопия, иригография (виж съответната информация за пациента). Тази манипулация се извършва в специализирана клиника/отделение по гастроентерология, със или без анестезия и обезболяване според Вашето желание, по изключение може да бъде извършено и амбулаторно. При установяване на изменения по лигавицата ще бъде взет материал (биопсия) за микроскопско изследване (хистологично). Ако се установи полип, той ще бъде отстранен и изпратен също за изследване. Възможни са "фалшиво положителни" или "фалшиво отрицателни" резултати. В тези случаи биопсиите трябва да се повторят.

След получаване на цялостната информация гастроентеролог, анестезиолог, хирург, онкотерапевт и други специалисти ще изработят стратегия за лечение и поведение. В зависимост от взетото решение ще бъдете насочен за операция или комбинирано лечение – химио -, лъчетерапия и операция или за общоукрепващо лечение.

Отказът Ви от извършване на необходимите изследвания или на някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. При отказ да

постъпите в болница Вашето заболяване ще има естествена еволюция към разрастване на карцинома и разпространението му.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение/клиника?

При изяснена и хистологично (потвърдена чрез биопсия) диагноза гастроентерологът ще Ви насочи за консултация с хирург. Хирургът ще Ви прегледа отново, но насочено с оглед предстоящата операция, като задължително извършва отново ректално туширане (изследване на ануса и последните 6 см. от правото черво). След прегледа на наличните изследвания хирургът може да назначи някои допълнителни изследвания. Той ще Ви запознае с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятната прогноза.

Провеждат се задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост - с друг специалист: алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично или специализирано отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

Болните, които са постъпили директно в хирургична клиника/отделение след насочване от ОПЛ или гастроентеролога от извънболничната помощ, ще бъдат прегледани от хирург, ще бъдат направени ректално туширане и всички необходими назначения от хирурга изследвания. При изяснена и хистологично потвърдена чрез биопсия диагноза ще се проведат предоперативните консултации и подготовка за оперативното лечение.

Час преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината да се отделя безпрепятствено по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга мехурът.

Когато туморът нараства и е разположен по лявата половина на дебелото черво, често води до запушване. това може да предизвика операция по спешност. при спешна операция по-често се налага извеждането на червото на корема до отзвучаване на острите явления и възстановяване на чревния тракт при втора операция.

Дивертикулоза.

Дивертикулът е сляпо торбовидно разширение на кух орган, съобщаващо се с неговата кухина. Под понятието дивертикулоза се разбира безсимптомно протичащи множество дивертикули. Възпалителният процес в стената на самия дивертикул се означава като дивертикулит, а извън нея - като перидивертикулит. Най-често се наблюдават при болни над 70 годишна възраст, като се намират предимно в лявата половина на дебелото черво. Дивертикулите могат да се усложнят с кръвотечения, възпаление, пробив в коремната кухина, илеус (непроходимост на червата) и злокачествена трансформация.

Неусложнените форми се лекуват консервативно. Хирургично лечение се налага при пробивите - масивни, неовладяващи се от консервативно лечение кръвотечения, чревната непроходимост, чести обострения и злокачествена трансформация. Обемът на операцията се определя от интраоперативната находка и състоянието на болния.

Хроничен улцерохеморагичен колит.

Хронично, рецидивиращо възпалително заболяване на дебелото черво. По-често се развива при жени и започва в млада възраст. В над 15% се установява фамилност. При давност на заболяването до 10 години възможността за поява на карциноми е средно 3%, от 10 до 20 годишна давност раковата дегенерация е 12%, а при давност над 20 години - 50%. Заболяването може да се усложни с кръвотечения, перфорация и др. Оперативното лечение се налага при усложнените форми и при неповлияване от медикаментозното лечение. Обемът на оперативното лечение зависи от разпространението на процеса и усложненията.

Болест на Крон.

Тя е хронично възпалително заболяване, което може да засегне всеки отдел на стомашно-чревния тракт. Най-често се локализира в крайната част на тънкото черво. Усложнява се с фистули и стеснения. Вероятността за злокачествена трансформация е правопропорционална на неговата давност. При продължителност на заболяването над 10 години е възможно развитието на карцином у над 20% от болните. Лечението е хирургично. Обемът на оперативното лечение се определя от локализацията и вида на усложненията.

Доброкачествените новообразувания на червата обикновено протичат безсимтомно и се откриват случайно. Понякога тези заболявания могат да се проявят със симптомите на нарушение на проходимостта на тънкото и дебелото черво, могат да се проявят като кръвотечения от храносмилателния тракт под формата на черни изпражнения или ярко червена кръв, примесена с тях. Понякога първа проява на заболяването са силно изразени болки в корема, гадене повръщане, спиране на отделянето на газове.

При наличието на тези оплаквания се налага да се извършат редица дейности: рентгеново изследване, ултразвукова диагностика, изследване на кръвна картина, чернодробни проби. Налага се извършването на някои манипулации с оглед облекчаване състоянието на пациента или с диагностична цел. Поставя се сонда в стомаха през носа, и/или извършване на клизми.

Полип.

Под названието полип се разбира доброкачествено образование, което изпъква от повърхността на лумена на кухинен орган. Има различни видове полипи. Когато броят на полипите е от 2 до 10 се говори за множествена полипоза, а когато полипите са пръснати по цялата лигавица на дебелото черво - за дифузна полипоза.

Дифузната фамилна полипоза е с най-висок риск от злокачествена трансформация – в 100% до 40 годишна възраст. При фамилии с генерализирана полипоза ендоскопията на дебелото черво е от изключително диагностично значение. Тъй като при децата на родители с това заболяване има 50% вероятност за развитието му, изследването се извършва в пубертета, защото до тази възраст не се развива карцином. За откриване на засегнатите членове на фамилии с генерализирана полипоза се препоръчват генетични изследвания. Лечението е само оперативно и се състои в отстраняване на поразения участък.

Полипите подлежат на ендоскопско отстраняване и проследяване. Хирургичното отстраняване на полипите се предприема само при случаи на неуспешни опити за ендоскопска полипектомия и във всички случаи на усложнени форми, като обемът на интревенцията зависи от находката.

При травматичните увреди на тънките и дебели черва, илеуси и перитонити лечението се извършва в спешен порядък и видът на операцията зависи от характера на увредата. Травматичните увреди на тънките и дебели черва обичайно са свързани с рано развитие на перитонит, а когато са причинени от проникващо нараняване на коремната стена и са инфекциозни усложнения на раната.

Фистулите на червата представляват комуникация между лумена на червата и коремната стена, а също между тънко и тънко черво, между тънко и дебело черво, между дебело черво и пикочен мехур, между тънко черво и пикочен мехур, между влагалище и ректум, между влагалище и тънко черво, между влагалище и пикочен мехур. Оперативното лечение се изразява чрез отстраняване на фистулния ход и възстановяване на целостта на органите между които е бил фистулният ход.

Съдовата недостатъчност на червата се изразява в запушване от ембол или тромб на даден участък от дебелите или тънките черва, предизвикващ по-късно некроза. Лечение е оперативно, като се изрязва нежизненният участък на поразените черва и се възстановява чревният пасаж.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение/клиника?

След прегледа на наличните изследвания хирургът може да назначи някои допълнителни. Той ще Ви запознае с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза.

Провеждат се задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост с друг специалист - алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично или специализирано отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

При изяснена и хистологично потвърдена чрез биопсия диагноза ще се проведат предоперативните консултации и подготовката за оперативното лечение.

Час преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината безпрепятствено да се отделя по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга мехурът.

При травматичните увреди на тънките и дебелите черва всички посочени по-горе изследвания и манипулации се извършват по спешност, а към оперативна интервенция се престъпва незабавно.

Целта на операцията е да се възстанови целостта на увреденото черво или да се отстрани тежко увреден сегмент от него, като се предотврати възможността за по-нататъшно изтичане на чревно съдържимо в коремната кухина. Последното може да наложи създаване на противоестествен анус.

Лекарят е задължен да Ви обясни характерът на операцията и защо е избрана процедурата, която е удобна или неудобна за Вас. Това се предопределя както от характера на заболяването, така и от Вашето общо състояние.

КП № 176 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ТЪНКИ И ДЕБЕЛИ ЧЕРВА, ВКЛ. ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА МЕЗЕНТЕРИУМА И РЕТРОПЕРИТОНЕУМА, С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 6 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места

Не включва: хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])

90282-00 Ексцизия на лимфен възел на друго място
Тотална (обикновена) ексцизия на лимфни възли на друго място БДУ
Не включва: при стадиране на малигнизиране:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфом (30384-00 [985])
• БДУ (35726-01 [985])

90282-02 Радикална ексцизия на лимфен възел на друго място
Цялостно изчистване на всички възли на друго място
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускул и фасция
Не включва: при стадиране на малигнизиране:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфом (30384-00 [985]
• БДУ (35726-01 [985])
това на тазови лимфни възли при:
• гинекологична неоплазма (35551 [810])
• хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269])
• радикална простатектомия и реконструкция на мехурна шийка (37211-00 [1167])

Ексцизионни процедури на лимфни възли в слабините

Ексцизия на ингвинални лимфни възли

30329-00 Ексцизия на лимфни възли на слабините
Тотална (обикновена) ексцизия на лимфни възли на слабините

30330-00 Радикална ексцизия на лимфни възли в слабините
Цялостно изчистване на всички слабинни възли
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускули и фасция

Стоми на тънки черва

32069-00 Формиране на илеостомен резервоар
Формиране на задържаща илеостома
Включва: обръщане на съществуваща илеостома
изолиране и резекция на черво
Не включва: такава при уринарни отвеждащи процедури (36600-02, 36606 [1129])

Възстановяване на тънки черва

Включва: скосяване на тънки черва

43810-01 Възстановяване на тънки черва с множество анастомози

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза
Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Колектомия

32003-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза
Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с анастомоза
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }
Включва: резекция на флексура лиеналис

32000-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с формиране на стома
Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с формиране на стома
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }
Включва: резекция на флексура лиеналис

Колектомия

32003-01 Дясна хемиколектомия с анастомоза
Резекция на колон асценденс, флексура хепатика и част от колон трансверзум (дясна хемиколектомия) с анастомоза

32000-01 Дясна хемиколектомия с формиране на стома
Резекция на колон асценденс, флексура хепатика и част от колон трансверзум (дясна хемиколектомия) с формиране на стома

Колектомия

32005-00 Субтотална колектомия с анастомоза
Включва: резекция на:
- колон асценденс
- колон десценденс
- флексура хепатика
- лиеналис флексура
- колон трансверзум

Колектомия

32006-00 Лява хемиколектомия с анастомоза
Включва: резекция на:
- низходящ }
- сигма } колон

Колектомия

32012-00 Тотална колектомия с илеоректална анастомоза

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза
Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Стоми на тънки черва

30515-01 Ентероколостомия
Илео-коло анастомоза

Включва: резекция на флексура лиеналис

Други стоми на дебело черво

30375-28 Временна колостомия
Бримкова колостомия
Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Стоми на тънки черва

30375-01 Друга ентеростомия
Дуоденостомия
Постоянна илеостома
Не включва: илеостомия с:
- колектомия, тотална (32009-00 [913])
- проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])

йеюностомия (31462-00, 90306-00 [892])

Възстановяване на парастомална херния

30563-02 Възстановяване на парастомална херния

Други възстановителни процедури на тънки черва

30375-19 Други възстановяване на тънки черва

Други възстановителни процедури на тънки черва

30375-24 Шев на тънки черва

Други възстановителни процедури на тънки черва

90340-00 Затваряне фистула на тънки черва
Включва: фистула на дуоденум
Не включва: ентерокутанна фистула на тънко черво (30382 [901])

Друго възстановяване на дебело черво

30375-25 Шев при разкъсване на дебело черво

Друго възстановяване на дебело черво

90340-01 Затваряне фистула на дебело черво
Включва: ректум
Не включва: ентерокутанна фистула на дебело черво (30382 [917])
възстановяване на ректална фистула с фибринов уплътнител (90344-00 [929])

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза
Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Ректосигмоидектомия или проктектомия

43993-01 Окончателна чревна резекция и възстановяваща анастомоза
Duhamel ретроректална възстановяваща процедура
Soave ендоректална възстановяваща процедура
Включва: затваряне на съществуваща стома
формиране на стома (нефункционираща) (обръщане) (протективна) (временна)
множествени гефрир биопсии
Забележка: Изпълнена при болест на Hirschsprung [дебелочревна аганглиоза] [вроден мегаколон]. Има много описани оперативни техники – най-чести са Duhamel and Soave процедури. Процедурата на Duhamel (и модификации) е ретроректално възстановяване със страна-страна анстомоза. Анастомозата оформя ректален купол, съставен от аганглионна предна- и нормално ганглионизирана задна стена. Процедурата на Soave (и моди-фи-ка-ции) включва резекция на аганглионното черво, с изключение на най-дисталния ректум, където се отстранява само мукозата. Мукозата на ректума се изважда през ануса и ганглионизираното черво се притегля през оставения ръкав от ректална мускулатура до точката точно над ануса (назъбена линия) където се зашива на място. В някои случаи на тотална дебелочревна аганглиоза, чревната резекция може да достигне до илеума и до включи илео-анално възстановяваща процедура със страна-страна анастомоза.
Тази процедура може да бъде изпълнена на един етап. Тя може да бъде и процедура на втори етап, където процедура на първи етап е колостомия (понякога назовавана „колостомия на нивà“).
Не включва: възстановяваща проктоколектомия с илеален резервоар (32051 [936])

Ректосигмоидектомия или проктектомия

32039-00 Абдоминоперинеална проктектомия
Абдомино перинеална резекция на ректум
Включва: изграждане на стома
Не включва: тази с тотална колектомия (32015-00 [936])

Ректосигмоидектомия или проктектомия

32030-00 Ректосигмоидектомия с формиране на стома
Процедура на Hartmann

Предна резекция на ректум

Включва: закрита стома
J-оформен джоб (резервоар)
Тотална мезоректална ексцизия (TME)

32024-00 Висока предна резекция на ректум
Забележка: Анастомозата се извършва на > 10 cm от аналния ръб

32025-00 Ниска предна резекция на ректум
Забележка: Анастомозата се извършва на > 6 cm до ⌜ 10 cm от аналния ръб

32026-00 Ултра ниска предна резекция на ректума
Проктосигмоидектомия с коло-анална анастомоза с ушивател

Забележка: Анастомозата се извършва на ⊥ 6 cm от аналния ръб
Не включва: ръчно зашита анастомоза (32028-00 [935])

32028-00 Ултра ниска предна резекция на ректума с ръчен шев на колоанална анастомоза
Коло-ендо-анална обшивна анастомоза
Проктосигмоидектомия с ръчно изпълнена коло-анална анастомоза
Забележка: Анастомозата се извършва на ⊤ 6 cm от аналния ръб

92208-00 Предна резекция на ректум, неуточнено ниво

Ректосигмоидектомия или проктектомия

32060-00 Възстановителна проктектомия
Мукозна проктектомия
Включва: затваряне на съществуваща илеостома
нефункционираща [затворена] илеостома
формиране на илеален резервоар
илео-анална – анастомоза
изолация и резекция на черво
мукозектомия
ректална резекция
Не включва: възстановяване на чревна проходимост след процедура на Hartmann (32033-00 [917])

Ректосигмоидектомия или проктектомия

32060-00 Възстановителна проктектомия
Мукозна проктектомия
Включва: затваряне на съществуваща илеостома
нефункционираща [затворена] илеостома
формиране на илеален резервоар
илео-анална – анастомоза
изолация и резекция на черво
мукозектомия
ректална резекция
Не включва: възстановяване на чревна проходимост след процедура на Hartmann (32033-00 [917])

Други възстановителни процедури на ректум или анус

90313-00 Друго възстановяване на ректум

Други възстановителни процедури на ректум или анус

32203-00 Анална или перинеална грацилопластика
Динамична грацилопластика
Трансплантация на мускулус грацилис
Забележка: Изпълнена за анална инконтиненция
Не включва: ревизия на грацилопластика (32203-01 [940])

Други инцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум

90952-00 Инцизия на абдоминална стена
Изследване на коремна стена
Изваждане на протезен меш, използван за възстановяване на херния
Не включва: експлоративна лапаротомия (30373-00 [985])

Други процедури на корем, перитонеум или оментум

90331-00 Други процедури на корем , перитонеум или оментум

Други ексцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум

Не включва: хистеректомия с ретроперитонеална дисекция (35667-00 [1268])

30321-00 Ексцизия на ретроперитонеална невро-ендокринна лезия

30323-00 Ексцизия на ретроперитонеална невро-ендокринна лезия с ретроперитонеална дисекция
Включва: дискция на един или и двата големи кръвоносни съда
Кодирай също когато е направена:
• нефректомия (виж панели [1048], [1049] и [1053])

30392-00 Отстраняване на интраабдоминална лезия
Радикално отстраняване на интраабдоминален тумор
Включва: оментектомия
Не включва: тази при невробластом (43987-01 [989])

90327-00 Ексцизия на вродена интраабдоминална лезия
Включва: ретроперитонеален тумор

	тератом
Не включва:	ексцизия на бронхогенна киста, чрез торакотомия (43912-00 [545]) ретроперитонеална невро-ендокринна лезия (30321-00, 30323-00 [989])
Затваряне фистула на уретра	
37333-00	Затваряне на уретровагинална фистула
37336-00	Затваряне на уретроректална фистула
Възстановяване на вагинална фистула	
35596-00	Лечение на ректовагинална фистула

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия/детска хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
6. Кабинет по ендоскопска диагностика (долна ендоскопия)
7. Лаборатория (отделение) по клинична патология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Медико-диагностична лаборатория с възможност за изследване на туморни маркери
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Кръгови ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарни ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия

При диагнози по МКБ 10 рубрики: С15 - С26, С45, С48, С65, С66, С67, С68 и С79, НЗОК заплаща следните скъпоструващи медицински изделия:

- Механичен съшивател;
- Пълнител за механичен съшивател
- Ендоскопски съшивател
- Пълнител за ендоскопски съшивател

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия.
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология.

Всички планови операции на деца до 9 годишна възраст и всички планови операции за вродени малформации на деца до 18 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

1. Пациенти с проява на:
- ентерорагия или колоректорагия с анемия или шок;
- мезентериална тромбоза;
- остро настъпили смущения в чревната проходимост; вродено прекъсване (атрезия) на тънко или дебело черво.

2. Пациенти с установен:
- ретроперитонелен абсцес или хематом, независимо от произхода му, доказан с КТ или МРТ;
- ехографски и КТ диагностициран интраабдоминален или ретроперитонеален тумор;
- тумор на тънкото и дебелото черво (рентгенологично, ехографски, палпаторно или при ректално туше);
- тумор, потвърден с ректоскопия или фиброколоноскопия;
- тумор със субилеус;
- тумор с колоректорагия (вкл. вторична анемия);
- малигнизирал полип/вилозен тумор (с хистологичен резултат);
- малигнизирал полип/полипи при множествена и фамилна полипоза;
- палпируем или стенозиращ лумена тумор след двукратно негативна хистология в извънболнична помощ;
- малигнизирал стенотичен участък при улцерозен колит, болест на Крон;
- стеноза, малигнизация, неовладими клинични прояви с профузни диарии (кръв) при улцерозен колит и болест на Крон;
- дивертикулит с усложнения (перфорация, кървене, псевдотумор).

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Злокачествените тумори на тънките черва са рядка находка, най-често се наблюдава аденокарцином, локализиращ се 40% в дуоденума, 40% в йеюнума и 20 % в илеума. На второ място се нарежда лейомиосаркомът. Възможно е регистриране на неврогенни тумори и тънкочревни лимфоми. Карциноидът с локализация по тънкото черво рядко е клинична находка, по-често е случайна или аутопсионна. Хирургичното лечение е свързано с парциална тънкочревна резекция едновременно с регионерна лимфаденектомия. При лимфоми и карциноид са възможни повече от една локализация, което е свързано с разширена или сегментарни резекции.

Колоректалният карцином е на трето място по честота. С оглед първичен скрининг на преканцерозни лезии при пациенти без и със генетична предразположеност, както и за подобряване на ранната диагноза, е необходимо повишено внимание към пациенти с доказана фамилност, наличие на единични или множествени полипи, УК или болест на Крон. 15 % карциномът или КРК е наследствен (синдром на Линч). В тази група се включват фамилии, които имат колоректален карцином, онкологично заболяване на яйчниците, матката, гърдата, стомаха, щитовидната жлеза и мозъка. Фамилният карцином може да се развие върху предшестваща фамилна аденоматозна полипоза.

Хирургичното лечение на колоректалния карцином с лечебна цел включва резекция на колона с носещата тумора част и с областта на регионерния лимфен ток, също така с едновременно отстраняване на свързани органи (мултиорганни резекции). Карциномът на колона расте предимно циркулярно. За отстраняване на интрамурален микроскопски туморен растеж основно трябва да се достигне минимална граница на резекция от 2 см. Регионерният лимфен ток излиза над тази област навън. Съответно на кръвоснабдяването се разширяват метастазите в лимфните възли (отдалечени до 10 см от макроскопския туморен ръб) - предимно обаче извън централното направление. За размера на чревната резекция е по-малко определящо туморното прорастване в стената на червото, отколкото отстранената след централната лигатура област на лимфния ток.

Само при строга селекция може да се изпълни и локална терапия под формата на колоскопска полипекомия. Препоръчителен обем на операцията - дясна или лява хемиколектомия. Сегментните резекции са с дискутабилна радикалност. При карцином на ректума: разширяване на показанията за сфинктеросъхраняващи операции при тумори в горната и средната трета в стадий Т 1-2 – III а стадий при дистална граница под тумора до и над 2 см., хистологично добре диференциран аденокарцином; задължително отстраняване на мезоректума. При тумор в дисталната трета на ректума, лошо диференциран стадий Т 3 – IV В е препоръчително абдоминоперинеална екстирпация.

Всички болни с колоректален карцином се представят следоперативно на обсъждане на онкокомисия в състав: хирург, патолог, онколог (химиотерапевт, радиолог).

Болни с карцином на ректума извън перитонеума се обсъждат предоперативно в същата комисия с цел предоперативна лъчетерапия, органосъхраняваща (сфинктерозапазваща) операция.

Оперативните интервенции върху **тънките черва** се осъществяват при травматични лезии (обичайно открити - проникващи наранявания, и по-рядко закрити), доброкачествени тумори, стенози от различно естество, фистули, тежки възпалителни, съдови и лъчеви увреди. При травматичните лезии се налага зашиване на дефекта. При многобройни лезии на определен чревен участък се извършва резекция на участъка. При тежко шоково състояние на болния се предпочита екстериоризацията на червото или стома, и на втори етап се осъществява възстановяване на пасажа. Самата резекция е свързана с непосредствено налагане на анастомоза и възстановяване континуитета, като се осъществява термино-терминална, термино-латерална или латеро-латерална анастомоза. Рядко се използва извеждането на стома, като протекция на наложената анастомоза.

Оперативните интервенции върху **дебелите черва** се осъществяват при травматични лезии (също по-чести при проникващи наранявания), доброкачествени тумори, стенози от различно естество, фистули, тежки възпалителни, съдови и лъчеви увреди. При по-големи наранявания на дебелото черво, включително и на ретроперитонеалната част и невъзможност за извършване на резекция, или при вече възникнал фекулентен перитонит или масивна контаминация на перитонеалната кухина, се преминава към екстериоризация на нараненото черво. При резекции на дебелите черва и съмнение за херметичността на анастомозата се извежда профилактична илео- или трансверзостома, която напълно изключва дебелочревния пасаж. А при наложена екстраперитонеално коло-ректална анастомоза и данни за инсуфициенцията се прави лечебна илео- или трансверзостома, с

която се цели напълно изключване на чревния пасаж през анастомозата. Трайни илеостоми се налагат при цялостно отстраняване на колона и ректума при генерализирана полипоза и улцерохеморагичен колит. Трайна колостома се налага при аналносфинктерния комплекс. В зависимост от състоянието на болния оперативната интервенция може да се извърши на един, два или три етапа.

При проникващи наранявания на корема с лезия на черво се отделя голямо внимание на лечението на травматичната рана, което може да се извърши с първична хирургична обработка и шев или вторично отложен шев, при задължителна профилактика (лечение) на инфекцията и антитетанусова профилактика.

Оперативни интервенции на тънките и дебелите черва се осъществяват и при тънкочревните и тънкочревно-дебелочревните инвагинации, при които има противопоказания за неоперативно лечение или чрез него не се постига пълна дезинвагинация. При оперативната намеса след мануалната дезинвагинация се извършва преценка относно виталитета на инвагинираното черво. При нарушен виталитет се осъществява достатъчна по обем резекция, която трябва да включва и анатомичния причинител на инвагинацията, ако съществува такъв - полип, тумор, Мекелов дивертикул. Чревният пасаж се възстановява чрез термино-терминална тънкочревно-тънкочревна анастомоза или термино-латерална илео-колична анастомоза при участие на колон в резецирания участък. В някои случаи на напреднал дифузен или тотален перитонит и тежко състояние на детето като първи етап на оперативното лечение може да се извърши резекция и илиачен противоестествен анус по Mikulicz. Нормалният чревен пасаж се възстановява според описаните принципи.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановяване на пасажа;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и **„Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"**.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти **„Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"**).

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ (НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Карциномът на дебелото черво е честа форма на заболяване, при което "малигнени" (онкологични) клетки се откриват в тъканите на дебелото черво. В 15 % той е наследствен.

Прогнозата и възможностите за лечение зависят от степента на разпространение на карцинома (дали е само в рамките на тъканите на дебелото черво или засяга и други органи) и общото състояние на пациента.

Когато веднъж е открит (диагностициран) карцином на дебелото черво, е необходимо да се направят още изследвания, за това дали онкологични клетки са се разпространили и в други части на тялото.

За "Рецидив" говорим, когато имаме отново поява на карцином, след като вече е бил лекуван. Той може да се появи в дебелото черво или в друга част на тялото. Най - често има рецидив в черния дроб и в белия дроб.

Как се лекува карциномът на дебелото черво?

Има лечение за всички пациенти с карцином на дебелото черво. Възможностите за лечение са няколко:

- *хирургично лечение* (премахване на карцинома).
- *лъчева терапия* (използват се високи дози рентгенови лъчи и други лъчи с висока енергия за убиването на онкологични клетки).
- *химиотерапия* (използват се лекарства за убиването на онкологични клетки).

Хирургичното лечение е най-често използваното лечение при всички стадии на карцинома на дебелото черво. Лекарят може да премахне карцинома по един от следните начини:

Ако карциномът е в много ранен стадий, лекарят може да премахне тумора, без да отваря коремната кухина. Той може посредством ректоскоп, сигмиодоскоп или колоноскоп да премахне тумора. Тази процедура се нарича "локална ексцизия". Ако карциномът е открит върху малко парченце тъкан, наречено полип, процедурата се нарича "полипектомия".

Ако карциномът е по - голям, хирургът ще го премахне (дебелочревна резекция) през разрез на корема, като ще отстрани и част от здравата тъкан около него. Оставащите здрави части на дебелото черво се зашиват (анастомоза). Също така хирургът взема и няколко от лимфните възли около червото, за да се изследват под микроскоп и да търсят онкологични клетки. Ако не е възможно да се зашият двете здрави части на дебелото черво, хирургът ще ги зашие към отвор в коремната стена (стома). Тази операция се нарича "колостомия". Понякога колостомията се налага само докато дебелото черво оздравее и след това се премахва. При локализация на тумора в крайната част на чревния канал – правото черво (ректум) - изрязването на болестно променения участък е свързано с трайно извеждане на червото на коремната стена, като "противоестествен анус". Ако пациентът е с "Колостома" се използват специални залепящи се за кожата около отвора (стомата) торбички, които събират чревното съдържимо. Тези торбички не се виждат под дрехите и много хора се грижат сами за тях.

Лечението на карцинома на ректума (правото черво) има някои допълнителни особености. Те зависят от стадия на заболяването и височината, на която се разполага туморът, т.е. дистанцията между ануса и долния ръб на карцинома. Последните 3 - 4 см. от ректума са обхванати от кръгови мускули (сфинктери), които позволяват човек волево да задържа газове и изпражнения.

- ако карциномът е в по - напреднал стадий (III или IV) или е разположен в последните 4-5 см. на червото до ануса, запазването на сфинктерите е невъзможно. При

тяхната липса човекът не може да задържа газове и изпражнения - налага се задължително извеждането на червото на коремната стена, като противоестествен анус.

- ако карциномът е в по - ранен стадий и/или е разположен по - високо, хирургът може да изреже болната част и да свърже двата края на червото на анастомозата. В някои случаи, при риск от усложнения, според преценката на оператора може да се наложи временна колостомия, а анастомозата да се отложи за втора операция след един или повече месеци.

Лъчевата терапия използва рентгенови лъчи или други лъчи с висока енергия, за да убие онкологични клетки и така да премахне тумора. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчевата терапия може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Химиотерапията използва специални лекарства (химиотерапевтици) за убиването на онкологични клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената. Химиотерапията се нарича "системно лечение" защото лекарството, постъпвайки в кръвообращението, преминава през цялото тяло и може да убива онкологични клетки и извън дебелото черво. Ако карциномът е засегнал черният дроб, химиотерапевтика може да бъде въведен директно в артерията, която отива в него.

Ако е премахнат целият видим карцином по време на операцията, лекарят може да даде химиотерапия на пациента, за да убие клетките, останали невидими след операцията. Химиотерапията, която се прилага на пациент, при който след операцията не се намират онкологични клетки, се нарича "допълнителна химиотерапия".

Биологичното лечение се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с карцинома. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват онкологични клетки. Биологичното лечение понякога се нарича "**Имунотерапия".** То може да се съчетава с другите видове терапия.

Рецидив на карцином на дебелото черво.

Ако карциномът се е появил отново (рецидивирал) само в една част от тялото, може да се направи операция за премахването му. Ако карциномът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия и/или лъчетерапия. Пациентът може да получи и имунотерапия.

Защо трябва да постъпите в болница?

Задължително е цялостното оглеждане на дебелото черво поради възможност да имате втори карцином или полип в по-горните му отдели. Това се осъществява с колоскопия (виж информация за пациента за колоскопия) или при невъзможност за извършването ѝ, сигмоидоскопия иригография (виж съответната информация за пациента). Тази манипулация се извършва в специализирано отделение/клиника по гастроентерология със или без анестезия и обезболяване според Вашето желание, по изключение може да бъде извършено и амбулаторно. При установяване на изменения по лигавицата ще бъде взет материал (биопсия) за микроскопско изследване (хистологично). Ако се установи полип, той ще бъде отстранен и изпратен също за изследване. Възможни са "фалшиво положителни" или "фалшиво отрицателни" резултати. В тези случаи биопсиите трябва да се повторят.

След получаване на цялостната информация гастроентеролог, анестезиолог, хирург, онкотерапевт и други специалисти ще изработят стратегия за лечение и поведение. В зависимост от взетото решение ще бъдете насочен за операция или комбинирано лечение – химио -, лъчетерапия и операция или за общоукрепващо лечение.

Отказът Ви от извършване на необходимите изследвания или на някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. При отказ да

постъпите в болница Вашето заболяване ще има естествена еволюция към разрастване на карцинома и разпространението му.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение/клиника?

При изяснена и хистологично (потвърдена чрез биопсия) диагноза гастроентерологът ще Ви насочи за консултация с хирург. Хирургът ще Ви прегледа отново, но насочено с оглед предстоящата операция, като задължително извършва отново ректално туширане (изследване на ануса и последните 6 см. от правото черво). След прегледа на наличните изследвания хирургът може да назначи някои допълнителни изследвания. Той ще Ви запознае с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза.

Провеждат се задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост - с друг специалист: алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично или специализирано отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

Болните, които са постъпили директно в хирургична клиника/отделение след насочване от ОПЛ или гастроентеролога от извънболничната помощ, ще бъдат прегледани от хирург, ще бъдат направени ректално туширане и всички необходими назначения от хирурга изследвания. При изяснена и хистологично потвърдена чрез биопсия диагноза ще се проведат предоперативните консултации и подготовка за оперативното лечение.

Час преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината да се отделя безпрепятствено по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга мехурът.

Когато туморът нараства и е разположен по лявата половина на дебелото черво, често води до запушване. това може да предизвика операция по спешност. при спешна операция по - често се налага извеждането на червото на корема до отзвучаване на острите явления и възстановяване на чревния тракт при втора операция.

Дивертикулоза.

Дивертикулът е сляпо торбовидно разширение на кух орган, съобщаващо се с неговата кухина. Под понятието дивертикулоза се разбира безсимптомно протичащи множество дивертикули. Възпалителният процес в стената на самия дивертикул се означава като дивертикулит, а извън нея - като перидивертикулит. Най-често се наблюдават при болни над 70 годишна възраст, като се намират предимно в лявата половина на дебелото черво. Дивертикулите могат да се усложнят с кръвотечения, възпаление, пробив в коремната кухина, илеус (непроходимост на червата) и злокачествена трансформация.

Неусложнените форми се лекуват консервативно. Хирургично лечение се налага при пробивите - масивни, неовладяващи се от консервативно лечение кръвотечения, чревната непроходимост, чести обострения и злокачествена трансформация. Обемът на операцията се определя от интраоперативната находка и състоянието на болния.

Хроничен улцерохеморагичен колит.

Хронично, рецидивиращо възпалително заболяване на дебелото черво. По-често се развива при жени и започва в млада възраст. В над 15% се установява фамилност. При давност на заболяването до 10 години възможността за поява на карциноми е средно 3%, от 10 до 20 годишна давност раковата дегенерация е 12%, а при давност над 20 години - 50%. Заболяването може да се усложни с кръвотечения, перфорация и др. Оперативното лечение се налага при усложнените форми и при неповлияване от медикаментозното лечение. Обемът на оперативното лечение зависи от разпространението на процеса и усложненията.

Болест на Крон.

Тя е хронично възпалително заболяване, което може да засегне всеки отдел на стомашно-чревния тракт. Най-често се локализира в крайната част на тънкото черво. Усложнява се с фистули и стеснения. Вероятността за злокачествена трансформация е правопропорционална на неговата давност. При продължителност на заболяването над 10 години е възможно развитието на карцином у над 20% от болните. Лечението е хирургично. Обемът на оперативното лечение се определя от локализацията и вида на усложненията.

Доброкачествените новообразувания на червата обикновено протичат безсимтомно и се откриват случайно. Понякога тези заболявания могат да се проявят със симптомите на нарушение на проходимостта на тънкото и дебелото черво, могат да се проявят като кръвотечения от храносмилателния тракт под формата на черни изпражнения или ярко червена кръв, примесена с тях. Понякога първа проява на заболяването са силно изразени болки в корема, гадене повръщане, спиране на отделянето на газове.

При наличието на тези оплаквания се налага да се извършат редица дейности: рентгеново изследване, ултразвукова диагностика, изследване на кръвна картина, чернодробни проби. Налага се извършването на някои манипулации с оглед облекчаване състоянието на пациента или с диагностична цел. Поставя се сонда в стомаха през носа, и/или извършване на клизми.

Полип.

Под названието полип се разбира доброкачествено образование, което изпъква от повърхността на лумена на кухинен орган. Има различни видове полипи. Когато броят на полипите е от 2 до 10 се говори за множествена полипоза, а когато полипите са пръснати по цялата лигавица на дебелото черво - за дифузна полипоза.

Дифузната фамилна полипоза е с най-висок риск от злокачествена трансформация – в 100% до 40 годишна възраст. При фамилии с генерализирана полипоза ендоскопията на дебелото черво е от изключително диагностично значение. Тъй като при децата на родители с това заболяване има 50% вероятност за развитието му, изследването се извършва в пубертета, защото до тази възраст не се развива карцином. За откриване на засегнатите членове на фамилии с генерализирана полипоза се препоръчват генетични изследвания. Лечението е само оперативно и се състои в отстраняване на поразения участък.

Полипите подлежат на ендоскопско отстраняване и проследяване. Хирургичното отстраняване на полипите се предприема само при случаи на неуспешни опити за ендоскопска полипектомия и във всички случаи на усложнени форми, като обемът на интревенцията зависи от находката.

При травматичните увреди на тънките и дебели черва, илеуси и перитонити лечението се извършва в спешен порядък и видът на операцията зависи от характера на увредата. Травматичните увреди на тънките и дебели черва обичайно са свързани с рано развитие на перитонит, а когато са причинени от проникващо нараняване на коремната стена и са инфекциозни усложнения на раната.

Фистулите на червата представляват комуникация между лумена на червата и коремната стена, а също между тънко и тънко черво, между тънко и дебело черво, между дебело черво и пикочен мехур, между тънко черво и пикочен мехур, между влагалище и ректум, между влагалище и тънко черво, между влагалище и пикочен мехур. Оперативното лечение се изразява чрез отстраняване на фистулния ход и възстановяване на целостта на органите между които е бил фистулният ход.

Съдовата недостатъчност на червата се изразява в запушване от ембол или тромб на даден участък от дебелите или тънките черва, предизвикващ по-късно некроза. Лечение е оперативно, като се изрязва нежизненният участък на поразените черва и се възстановява чревният пасаж.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение/клиника?

След прегледа на наличните изследвания хирургът може да назначи някои допълнителни. Той ще Ви запознае с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза.

Провеждат се задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост с друг специалист - алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично или специализирано отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

При изяснена и хистологично потвърдена чрез биопсия диагноза ще се проведат предоперативните консултации и подготовката за оперативното лечение.

Час преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината безпрепятствено да се отделя по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга мехурът.

При травматичните увреди на тънките и дебелите черва всички посочени по-горе изследвания и манипулации се извършват по спешност, а към оперативна интервенция се пристъпва незабавно.

Целта на операцията е да се възстанови целостта на увреденото черво или да се отстрани тежко увреден сегмент от него, като се предотврати възможността за по-нататъшно изтичане на чревно съдържимо в коремната кухина. Последното може да наложи създаване на противоестествен анус.

Лекарят е задължен да Ви обясни характерът на операцията и защо е избрана процедурата, която е удобна или неудобна за Вас. Това се предопределя както от характера на заболяването, така и от Вашето общо състояние.

КП № 177 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ТЪНКИ И ДЕБЕЛИ ЧЕРВА СЪС СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ, ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Ентеротомия

30375-03 Ентеротомия на тънки черва
Дуоденотомия
Илеотомия
Йеюнотомия
Включва: изваждане на камък
Не включва: такава, изпълнена интраоперативно при ендоскопски оглед на тънки черва (30568-00 [893])

Други ексцизионни процедури на тънко черво

30075-13 Биопсия на тънко черво

Биопсия на дебело черво

30075-14 Биопсия на дебело черво
Не включва: такава с:
• фиброоптична колоноскопия (32084-01, 32090-01 [911])
• ригидна сигмоидоскопия (32075-01 [910])

Други ексцизионни процедури на тънко черво

30375-09 Ексцизия на Мекелов дивертикул
Не включва: тези с резекция на тънко черво с анастомоза (30566-00 [895])

Други ексцизионни процедури на тънко черво

30580-00 Ексцизия на лезия на дванадесетопръстник
Включва: такава с изследване
Не включва: такава чрез панендоскопия (30478 [1008])

Други ексцизионни процедури на дебело черво

90959-00 Ексцизия на друга лезия на дебело черво
Не включва: деструкция на дебелочревна лезия (виж блок [908])
ендоскопска полипектомия (виж блок [910] и [911])

Стоми на тънки черва

30375-29 Временна илеостомия
Бримкова (loop) илеостомия
Не включва: такава с:
• колектомия, тотална (32009-00 [913])
• проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза
Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Колектомия

32000-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с формиране на стома
Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с формиране на стома
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }
Включва: резекция на флексура лиеналис

Други стоми на дебело черво

30375-28 Временна колостомия
Бримкова колостомия
Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Други стоми на дебело черво

30375-04 Друга колостомия
Перманентна колостома
Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Стоми на тънки черва

30375-29 Временна илеостомия
Бримкова (loop) илеостомия
Не включва: такава с:
• колектомия, тотална (32009-00 [913])
• проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])

30375-01 Друга ентеростомия
Дуоденостомия
Постоянна илеостома
Не включва: илеостомия с:
• колектомия, тотална (32009-00 [913])
• проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])
йеюностомия (31462-00, 90306-00 [892])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва

Включва: двойно-балонна ентероскопия

30478-05 Перкутанна ендоскопска йеюностомия [PEJ]

Затваряне стома на тънки черва

30562-04 Затваряне стома на тънки черва

Друго възстановяване на дебело черво

90951-00 Фиксиране на дебело черво
Цекоколопликопексия
Цекофиксация
Колофиксация
Сигмоидопексия
Включва: фиксация към коремна стена

43816-02 Друго възстановяване на дебело черво

Редукционни процедури на дебело черво

43801-00 Корекция на малротация на черва
Ladd операция
Не включва: такава с резекция на черва – виж Азбучен индекс на процедурите

роцедури за редукция на тънки черва	
30375-08	Намаляване инвагинация на тънки черва
Редукционни процедури на дебело черво	
30375-11	Редукция на дебелочревна инвагинация
Друго възстановяване на дебело черво	
32094-00	Ендоскопска дилатация на колоректална стриктура Ендоскопска дилатация на колоректална анастомозна стриктура
Инцизионни процедури на дебело черво	
30375-02	Колотомия
Перфузия	
22055-00	Перфузия на орган
Ректална или анална биопсия	
32096-00	Пълнослойна биопсия на ректум Биопсия на перириктални тъкани Дълбока частична биопсия на ректум *Не включва*: ректална аспирационна биопсия (30071-01 [932])
Лапаротомия	
30373-00	Експлоративна лапаротомия *Включва*: биопсия *Не включва*: инцидентно изследване към интра-абдоминална хирургия – пропусни кода
Други ексцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум	
	Не включва: хистеректомия с ретроперитонеална дисекция (35667-00 [1268])
90328-00	Ексцизия на перитонеално тъканна лезия *Не включва*: отстраняване на вътреабдоминална лезия (30392-00 [989]) оментектомия (96189-00 [989])
Други възстановителни процедури на корем, перитонеум или оментум	
90329-03	Друго възстановяване на мезентериум

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум четири диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

При дейности, извършвани в условия на спешност, се допуска отделение/клиника по хирургия от I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности по тази КП в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво, с изключение на изискванията за брой персонал. В тези случай дейностите по интензивно лечение следва да отговарят на първо ниво, съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение". Договор при тези условия ЛЗБП може да сключи само в случай, че на територията на населеното място няма друго лечебно заведение, сключило договор по тази КП.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
6. Кабинет по ендоскопска диагностика (долна ендоскопия)
7. Лаборатория (отделение) по клинична патология**

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия.

Лечебното заведение трябва да има структура по патоанатомия или да ползва по договор външна (намираща се на територията на населеното място).

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Медико-диагностична лаборатория с възможност за изследване на туморни маркери
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Кръгови ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарни ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие

Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

1. Пациенти с проява на:
   - ентерорагия или колоректорагия с анемия или шок;
   - мезентериална тромбоза;
   - остро настъпили смущения в чревната проходимост.
2. Пациенти с установен:
   - тумор на тънкото и дебелото черво (рентгенологично, ехографски, палпаторно или при ректално туше);
   - тумор, потвърден с ректоскопия или фиброколоноскопия;
   - тумор със субилеус;
   - тумор с колоректорагия (вкл. вторична анемия);
   - малигнизирал полип/вилозен тумор (с хистологичен резултат);
   - малигнизирал полип/полипи при множествена и фамилна полипоза;
   - малигнизирал стенотичен участък при улцерозен колит, болест на Крон;
   - стеноза, малигнизация, неовладими клинични прояви с профузни диарии (кръв) при улцерозен колит и болест на Крон;
   - дивертикулит с усложнения (перфорация, кървене, псевдотумор).

5Б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Злокачествените тумори на тънките черва са рядка находка, най-често се наблюдава аденокарцином, локализиращ се 40% в дуоденума, 40% в йеюнума и 20 % в илеума. На второ място се нарежда лейомиосаркомът. Възможно е регистриране на неврогенни тумори и тънкочревни лимфоми. Карциноидът с локализация по тънкото черво рядко е клинична находка, по-често е случайна или аутопсионна. Хирургичното лечение е свързано с парциална тънкочревна резекция едновременно с регионерна лимфаденектомия. При лимфоми и карциноид са възможни повече от една локализация, което е свързано с разширена или сегментарни резекции.

Колоректалният карцином е на трето място по честота. С оглед първичен скрининг на преканцерозни лезии при пациенти без и със генетична предразположеност, както и за подобряване на ранната диагноза, е необходимо повишено внимание към пациенти с доказана фамилност, наличие на единични или множествени полипи, УК или болест на Крон. В 15 % карциномът или КРК е наследствен (синдром на Линч). В тази група се включват фамилии, които имат колоректален карцином, онкологично заболяване на яйчниците, матката, гърдата, стомаха, щитовидната жлеза и мозъка. Фамилният карцином може да се развие върху предшестваща фамилна аденоматозна полипоза.

Хирургичното лечение на колоректалния карцином с лечебна цел включва резекция на колона с носещата тумора част и с областта на регионерния лимфен ток, също така с едновременно отстраняване на свързани органи (мултиорганни резекции). Карциномът на колона расте предимно циркулярно. За отстраняване на интрамурален микроскопски туморен растеж основно трябва да се достигне минимална граница на резекция от 2 см. Регионерният лимфен ток излиза над тази област навън. Съответно на кръвоснабдяването се разширяват метастазите в лимфните възли (отдалечени до 10 см от макроскопския туморен ръб) - предимно обаче извън централното направление. За размера на чревната резекция е по-малко определящо туморното прорастване в стената на червото, отколкото отстранената след централната лигатура област на лимфния ток.

Само при строга селекция може да се изпълни и локална терапия под формата на колоскопска полипекомия. Препоръчителен обем на операцията - дясна или лява хемиколектомия. Сегментните резекции са с дискутабилна радикалност. При карцином на ректума: разширяване на показанията за сфинктеросъхраняващи операции при тумори в горната и средната трета в стадий T 1-2 – III а стадий при дистална граница под тумора до и над 2 см., хистологично добре диференциран аденокарцином; задължително отстраняване на мезоректума. При тумор в дисталната трета на ректума, лошо диференциран стадий T 3 – IV B е препоръчително абдоминоперинеална екстирпация.

Всички болни с колоректален карцином се представят следоперативно на обсъждане на онкокомисия в състав: хирург, патолог, онколог (химиотерапевт, радиолог).

Болни с карцином на ректума извън перитонеума се обсъждат предоперативно в същата комисия с цел предоперативна лъчетерапия, органосъхраняваща (сфинктерозапазваща) операция.

Оперативните интервенции върху **тънките черва** се осъществяват при травматични лезии (обичайно открити - проникващи наранявания, и по-рядко закрити), доброкачествени тумори, стенози от различно естество, фистули, тежки възпалителни, съдови и лъчеви увреди. При травматичните лезии се налага зашиване на дефекта. При многобройни лезии на определен чревен участък се извършва резекция на участъка. При тежко шоково състояние на болния се предпочита екстериоризацията на червото или стома, и на втори етап се осъществява възстановяване на пасажа. Самата резекция е свързана с непосредствено налагане на анастомоза и възстановяване континуитета, като се осъществява термино-терминална, термино-латерална или латеро-латерална анастомоза. Рядко се използва извеждането на стома, като протекция на наложената анастомоза.

Оперативните интервенции върху **дебелите черва** се осъществяват при травматични лезии (също по-чести при проникващи наранявания), доброкачествени тумори, стенози от различно естество, фистули, тежки възпалителни, съдови и лъчеви увреди. При по-големи наранявания на дебелото черво, включително и на ретроперитонеалната част и невъзможност за извършване на резекция, или при вече възникнал фекулентен перитонит или масивна контаминация на перитонеалната кухина, се преминава към екстериоризация на нараненото черво. При резекции на дебелите черва и съмнение за херметичността на анастомозата се извежда профилактична илео- или трансверзостома, която напълно изключва дебелочревния пасаж. А при наложена екстраперитонеално коло-ректална анастомоза и данни за инсуфициенцията се прави лечебна илео- или трансверзостома, с която се цели напълно изключване на чревния пасаж през анастомозата. Трайни илеостоми се налагат при цялостно отстраняване на колона и ректума при генерализирана полипоза и улцерохеморагичен колит. Трайна колостома се налага при аналносфинктерния комплекс. В зависимост от състоянието на болния оперативната интервенция може да се извърши на един, два или три етапа.

При проникващи наранявания на корема с лезия на черво се отделя голямо внимание на лечението на травматичната рана, което може да се извърши с първична хирургична обработка и шев или вторично отложен шев, при задължителна профилактика (лечение) на инфекцията и антитетанусова профилактика.

Оперативни интервенции на тънките и дебелите черва се осъществяват и при тънкочревните и тънкочревно-дебелочревните инвагинации, при които има противопоказания за неоперативно лечение или чрез него не се постига пълна дезинвагинация. При оперативната намеса след мануалната дезинвагинация се извършва преценка относно виталитета на инвагинираното черво. При нарушен виталитет се осъществява достатъчна по обем резекция, която трябва да включва и анатомичния причинител на инвагинацията, ако съществува такъв - полип, тумор, Мекелов дивертикул. Чревният пасаж се възстановява чрез термино-терминална тънкочревно-тънкочревна анастомоза или термино-латерална илео-колична анастомоза при участие на колон в резецирания участък. В някои случаи на напреднал дифузен или тотален перитонит и тежко състояние на детето като първи етап на оперативното лечение може да се извърши резекция и илиачен противоестествен анус по Mikulicz. Нормалният чревен пасаж се възстановява според описаните принципи.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя интраоперативно на база експлорация и макроскопски критерии.

При неонкологичните заболявания – интраоперативно и постоперативно, базирано на резултата от траен хистологичен препарат (ако е възможно вземане на тъкан за биопсия).

При онкологичните случаи - след хистологично изследване (ако е взет интраоперативно хистологичен материал) и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

При извършване на процедурите (30375-28 Временна колостомия), (30375-04 Друга колостомия), (30478-05 Перкутанна ендоскопска йеюностомия [PEJ]), (30375-01 Друга ентеростомия) при обтурационен илеус не се изисква задължителната биопсия.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановяване на пасажа;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Карциномът на дебелото черво е честа форма на заболяване, при което "малигнени" (онкологични) клетки се откриват в тъканите на дебелото черво. В 15 % той е наследствен.

Прогнозата и възможностите за лечение зависят от степента на разпространение на карцинома (дали е само в рамките на тъканите на дебелото черво или засяга и други органи) и общото състояние на пациента.

Когато веднъж е открит (диагностициран) карцином на дебелото черво, е необходимо да се направят още изследвания, за това дали онкологични клетки са се разпространили и в други части на тялото.

За "Рецидив" говорим, когато имаме отново поява на карцином, след като вече е бил лекуван. Той може да се появи в дебелото черво или в друга част на тялото. Най - често има рецидив в черния дроб и белия дроб.

Как се лекува карциномът на дебелото черво?

Има лечение за всички пациенти с карцином на дебелото черво. Възможностите за лечение са няколко:

- *хирургично лечение* (премахване на карцинома).
- *лъчева терапия* (използват се високи дози рентгенови лъчи и други лъчи с висока енергия за убиването на онкологични клетки).
- *химиотерапия* (използват се лекарства за убиването на онкологични клетки).

Хирургичното лечение е най-често използваното лечение при всички стадии на карцинома на дебелото черво. Лекарят може да премахне карцинома по един от следните начини:

Ако карциномът е в много ранен стадий, лекарят може да премахне тумора, без да отваря коремната кухина. Той може посредством ректоскоп, сигмиодоскоп или колоноскоп да премахне тумора. Тази процедура се нарича "локална ексцизия". Ако карциномът е открит върху малко парченце тъкан, наречено полип, процедурата се нарича "полипектомия".

Ако карциномът е по - голям, хирургът ще го премахне (дебелочревна резекция) през разрез на корема, като ще отстрани и част от здравата тъкан около него. Оставащите здрави части на дебелото черво се зашиват (анастомоза). Също така хирургът взема и няколко от лимфните възли около червото, за да се изследват под микроскоп и да търсят онкологични клетки. Ако не е възможно да се зашият двете здрави части на дебелото черво, хирургът ще ги зашие към отвор в коремната стена (стома). Тази операция се нарича "колостомия". Понякога колостомията се налага само, докато дебелото черво оздравее и след това се премахва. При локализация на тумора в крайната част на чревния канал – правото черво (ректум) - изрязването на болестно променения участък е свързано с трайно извеждане на червото на коремната стена, като "противоестествен анус". Ако пациентът е с "колостома" се използват специални залепящи се за кожата около отвора (стомата) торбички, които събират чревното съдържимо. Тези торбички не се виждат под дрехите и много хора се грижат сами за тях.

Лечението на карцинома на ректума (правото черво) има някои допълнителни особености. Те зависят от стадия на заболяването и височината, на която се разполага туморът, т.е. дистанцията между ануса и долния ръб на карцинома. Последните 3 - 4 см. от ректума са обхванати от кръгови мускули (сфинктери), които позволяват човек волево да задържа газове и изпражнения.

- ако карциномът е в по - напреднал стадий (III или IV) или е разположен в последните 4-5 см. на червото до ануса, запазването на сфинктерите е невъзможно. При тяхната липса човекът не може да задържа газове и изпражнения - налага се задължително извеждането на червото на коремната стена, като противоестествен анус.

- ако карциномът е в по - ранен стадий и/или е разположен по-високо, хирургът може да изреже болната част и да свърже двата края на червото на анастомозата. В някои случаи, при риск от усложнения, според преценката на оператора може да се наложи временна колостомия, а анастомозата да се отложи за втора операция след един или повече месеци.

Лъчевата терапия използва рентгенови лъчи или други лъчи с висока енергия, за да убие онкологични клетки и така да премахне тумора. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчевата терапия може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Химиотерапията използва специални лекарства (химиотерапевтици) за убиването на онкологични клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената. Химиотерапията се нарича "системно лечение" защото лекарството, постъпвайки в кръвообращението, преминава през цялото тяло и може да убива онкологични клетки и извън дебелото черво. Ако карциномът е засегнал черният дроб, химиотерапевтика може да бъде въведен директно в артерията, която отива в него.

Ако е премахнат целият видим карцином по време на операцията, лекарят може да даде химиотерапия на пациента, за да убие клетките, останали невидими след операцията. Химиотерапията, която се прилага на пациент, при който след операцията не се намират онкологични клетки, се нарича "допълнителна химиотерапия".

Биологичното лечение се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с карцинома. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват онкологични клетки. Биологичното лечение понякога се нарича "**Имунотерапия".** То може да се съчетава с другите видове терапия.

Рецидив на карцином на дебелото черво.

Ако карциномът се е появил отново (рецидивирал) само в една част от тялото, може да се направи операция за премахването му. Ако карциномът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия и/или лъчетерапия. Пациентът може да получи и имунотерапия.

Защо трябва да постъпите в болница?

Задължително е цялостното оглеждане на дебелото черво поради възможност да имате втори карцином или полип в по-горните му отдели. Това се осъществява с колоскопия (виж информация за пациента за колоскопия) или при невъзможност за извършването й, сигмоидоскопия иригография (виж съответната информация за пациента). Тази манипулация се извършва в специализирано отделение/клиника по гастроентерология със или без анестезия и обезболяване според Вашето желание, по изключение може да бъде извършено и амбулаторно. При установяване на изменения по лигавицата ще бъде взет материал (биопсия) за микроскопско изследване (хистологично). Ако се установи полип, той ще бъде отстранен и изпратен също за изследване. Възможни са "фалшиво положителни" или "фалшиво отрицателни" резултати. В тези случаи биопсиите трябва да се повторят.

След получаване на цялостната информация гастроентеролог, анестезиолог, хирург, онкотерапевт и други специалисти ще изработят стратегия за лечение и поведение. В зависимост от взетото решение ще бъдете насочен за операция или комбинирано лечение – химио -, лъчетерапия и операция или за общоукрепващо лечение.

Отказът Ви от извършване на необходимите изследвания или на някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. При отказ да постъпите в болница Вашето заболяване ще има естествена еволюция към разрастване на карцинома и разпространението му.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение/клиника?

При изяснена и хистологично (потвърдена чрез биопсия) диагноза гастроентерологът ще Ви насочи за консултация с хирург. Хирургът ще Ви прегледа отново, но насочено с оглед предстоящата операция, като задължително извършва отново ректално туширане (изследване на ануса и последните 6 см. от правото черво). След прегледа на наличните изследвания хирургът може да назначи някои допълнителни изследвания. Той ще Ви запознае с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза.

Провеждат се задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост с друг специалист: алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично или специализирано отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

Болните, които са постъпили директно в хирургична клиника/отделение след насочване от ОПЛ или гастроентеролога от извънболничната помощ, ще бъдат прегледани от хирург, ще бъдат направени ректално туширане и всички необходими назначения от хирурга изследвания. При изяснена и хистологично потвърдена чрез биопсия диагноза ще се проведат предоперативните консултации и подготовка за оперативното лечение.

Час преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината да се отделя безпрепятствено по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга мехурът.

Когато туморът нараства и е разположен по лявата половина на дебелото черво, често води до запушване. това може да предизвика операция по спешност. при спешна операция по - често се налага извеждането на червото на корема до отзвучаване на острите явления и възстановяване на чревния тракт при втора операция.

Дивертикулоза.

Дивертикулът е сляпо торбовидно разширение на кух орган, съобщаващо се с неговата кухина. Под понятието дивертикулоза се разбира безсимптомно протичащи множество дивертикули. Възпалителният процес в стената на самия дивертикул се означава като дивертикулит, а извън нея - като перидивертикулит. Най-често се наблюдават при болни над 70 годишна възраст, като се намират предимно в лявата половина на дебелото черво. Дивертикулите могат да се усложнят с кръвотечения, възпаление, пробив в коремната кухина, илеус (непроходимост на червата) и злокачествена трансформация.

Неусложнените форми се лекуват консервативно. Хирургично лечение се налага при пробивите - масивни, неовладяващи се от консервативно лечение кръвотечения, чревната непроходимост, чести обострения и злокачествена трансформация. Обемът на операцията се определя от интраоперативната находка и състоянието на болния.

Хроничен улцерохеморагичен колит.

Хронично, рецидивиращо възпалително заболяване на дебелото черво. По-често се развива при жени и започва в млада възраст. В над 15% се установява фамилност. При давност на заболяването до 10 години възможността за поява на карциноми е средно 3%, от 10 до 20 годишна давност раковата дегенерация е 12%, а при давност над 20 години - 50%. Заболяването може да се усложни с кръвотечения, перфорация и др. Оперативното лечение се налага при усложнените форми и при неповлияване от медикаментозното лечение. Обемът на оперативното лечение зависи от разпространението на процеса и усложненията.

Болест на Крон.

Тя е хронично възпалително заболяване, което може да засегне всеки отдел на стомашно-чревния тракт. Най-често се локализира в крайната част на тънкото черво. Усложнява се с фистули и стеснения. Вероятността за злокачествена трансформация е правопропорционална на неговата давност. При продължителност на заболяването над 10 години е възможно развитието на карцином у над 20% от болните. Лечението е хирургично. Обемът на оперативното лечение се определя от локализацията и вида на усложненията.

Доброкачествените новообразувания на червата обикновено протичат безсимтомно и се откриват случайно. Понякога тези заболявания могат да се проявят със симптомите на нарушение на проходимостта на тънкото и дебелото черво, могат да се проявят като кръвотечения от храносмилателния тракт под формата на черни изпражнения или ярко червена кръв, примесена с тях. Понякога първа проява на заболяването са силно изразени болки в корема, гадене повръщане, спиране на отделянето на газове.

При наличието на тези оплаквания се налага да се извършат редица дейности: рентгеново изследване, ултразвукова диагностика, изследване на кръвна картина, чернодробни проби. Налага се извършването на някои манипулации с оглед облекчаване състоянието на пациента или с диагностична цел. Поставя се сонда в стомаха през носа, и/или извършване на клизми.

Полип.

Под названието полип се разбира доброкачествено образование, което изпъква от повърхността на лумена на кухинен орган. Има различни видове полипи. Когато броят на полипите е от 2 до 10 се говори за множествена полипоза, а когато полипите са пръснати по цялата лигавица на дебелото черво - за дифузна полипоза.

Дифузната фамилна полипоза е с най-висок риск от злокачествена трансформация – в 100% до 40 годишна възраст. При фамилии с генерализирана полипоза ендоскопията на дебелото черво е от изключително диагностично значение. Тъй като при децата на родители с това заболяване има 50% вероятност за развитието му, изследването се извършва в пубертета, защото до тази възраст не се развива карцином. За откриване на засегнатите членове на фамилии с генерализирана полипоза се препоръчват генетични изследвания. Лечението е само оперативно и се състои в отстраняване на поразения участък.

Полипите подлежат на ендоскопско отстраняване и проследяване. Хирургичното отстраняване на полипите се предприема само при случаи на неуспешни опити за ендоскопска полипектомия и във всички случаи на усложнени форми, като обемът на интревенцията зависи от находката.

При травматичните увреди на тънките и дебели черва, илеуси и перитонити лечението се извършва в спешен порядък и видът на операцията зависи от характера на увредата. Травматичните увреди на тънките и дебели черва обичайно са свързани с рано развитие на перитонит, а когато са причинени от проникващо нараняване на коремната стена и са инфекциозни усложнения на раната.

Фистулите на червата представляват комуникация между лумена на червата и коремната стена, а също между тънко и тънко черво, между тънко и дебело черво, между дебело черво и пикочен мехур, между тънко черво и пикочен мехур, между влагалище и ректум, между влагалище и тънко черво, между влагалище и пикочен мехур. Оперативното лечение се изразява чрез отстраняване на фистулния ход и възстановяване на целостта на органите между които е бил фистулният ход.

Съдовата недостатъчност на червата се изразява в запушване от ембол или тромб на даден участък от дебелите или тънките черва, предизвикващ по-късно некроза. Лечение е оперативно, като се изрязва нежизненният участък на поразените черва и се възстановява чревният пасаж.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение/клиника?

След прегледа на наличните изследвания хирургът може да назначи някои допълнителни. Той ще Ви запознае с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза.

Провеждат се задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост - с друг специалист - алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично или специализирано отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

При изяснена и хистологично потвърдена чрез биопсия диагноза ще се проведат предоперативните консултации и подготовката за оперативното лечение.

Час преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината безпрепятствено да се отделя по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга мехурът.

При травматичните увреди на тънките и дебелите черва всички посочени по-горе изследвания и манипулации се извършват по спешност, а към оперативна интервенция се престъпва незабавно.

Целта на операцията е да се възстанови целостта на увреденото черво или да се отстрани тежко увреден сегмент от него, като се предотврати възможността за по-нататъшно изтичане на чревно съдържимо в коремната кухина. Последното може да наложи създаване на противоестествен анус.

Лекарят е задължен да Ви обясни характерът на операцията и защо е избрана процедурата, която е удобна или неудобна за Вас. Това се предопределя както от характера на заболяването, така и от Вашето общо състояние.

КП № 178 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ТЪНКИ И ДЕБЕЛИ ЧЕРВА СЪС СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 4 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Ентеротомия	
30375-03	Ентеротомия на тънки черва Дуоденотомия Илеотомия Йеюнотомия *Включва*: изваждане на камък *Не включва*: такава, изпълнена интраоперативно при ендоскопски оглед на тънки черва (30568-00 [893])
Инцизионни процедури на дебело черво	
30375-02	Колотомия
Други ексцизионни процедури на тънко черво	
30075-13	Биопсия на тънко черво
Биопсия на дебело черво	
30075-14	Биопсия на дебело черво *Не включва*: такава с: • фиброоптична колоноскопия (32084-01, 32090-01 [911]) • ригидна сигмоидоскопия (32075-01 [910])
Други ексцизионни процедури на тънко черво	
30075-13	Биопсия на тънко черво
Резекция на тънко черво	
30566-00	Резекция на тънко черво с анастомоза Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза
30565-00	Резекция на тънко черво с формиране на стома
Други ексцизионни процедури на тънко черво	
30375-09	Ексцизия на Мекелов дивертикул *Не включва*: тези с резекция на тънко черво с анастомоза (30566-00 [895])
Други процедури на тънки черва	
90307-00	Други процедури на тънки черва
Други ексцизионни процедури на дебело черво	
90959-00	Ексцизия на друга лезия на дебело черво *Не включва*: деструкция на дебелочревна лезия (виж блок [908]) ендоскопска полипектомия (виж блок [910] и [911])

90310-00 Други процедури на дебело черво

Стоми на тънки черва

30375-29 Временна илеостомия
Бримкова (loop) илеостомия
Не включва: такава с:
• колектомия, тотална (32009-00 [913])
• проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])

30375-01 Друга ентеростомия
Дуоденостомия
Постоянна илеостома
Не включва: илеостомия с:
• колектомия, тотална (32009-00 [913])
• проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])
йеюностомия (31462-00, 90306-00 [892])

Затваряне стома на тънки черва

30562-00 Затваряне на бримкова илеостомия
Затваряне на временна илеостома

30562-01 Затваряне на илеостомия с възстановяване на чревна проходимост без резекция
Не включва: такава след операция на Hartmann (32033-00 [917])
такава при резекция и създаване на илеален резервоар (32060-00 [934])

Колектомия

32003-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза
Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с анастомоза
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }
Включва: резекция на флексура лиеналис

32000-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с формиране на стома
Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с формиране на стома
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }
Включва: резекция на флексура лиеналис

Друго възстановяване на дебело черво

30562-02 Затваряне бримка на колостома
Затваряне на временна колостома

30562-03 Затваряне на колостома с възстановяване проходимостта на червата
Затваряне на колостома
Не включва: затваряне на бримкова колостома (30562-02 [917])
такава след операция на Hartmann (32033-00 [917])

30562-05 Затваряне на друга стома на дебело черво

Други стоми на дебело черво

30375-28 Временна колостомия
Бримкова колостомия
Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Други стоми на дебело черво

30375-04 Друга колостомия
Перманентна колостома
Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Стоми на тънки черва

30375-29 Временна илеостомия
Бримкова (loop) илеостомия
Не включва: такава с:
• колектомия, тотална (32009-00 [913])
• проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])

Стоми на тънки черва

30375-01 Друга ентеростомия
Дуоденостомия
Постоянна илеостома
Не включва: илеостомия с:
• колектомия, тотална (32009-00 [913])
• проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])
йеюностомия (31462-00, 90306-00 [892])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху тънки черва

Включва: двойно-балонна ентероскопия

30478-05 Перкутанна ендоскопска йеюностомия [PEJ]

Затваряне стома на тънки черва

30562-04 Затваряне стома на тънки черва

Други процедури на тънки черва

90307-00 Други процедури на тънки черва

Друго възстановяване на дебело черво

90951-00 Фиксиране на дебело черво
Цекоколопликопексия
Цекофиксация
Колофиксация
Сигмоидопексия
Включва: фиксация към коремна стена

43816-02 Друго възстановяване на дебело черво

Редукционни процедури на дебело черво

43801-00 Корекция на малротация на черва
Ladd операция
Не включва: такава с резекция на черва – виж Азбучен индекс на процедурите

Процедури за редукция на тънки черва

30375-08 Намаляване инвагинация на тънки черва

30375-18 Намаляване на тънкочревен волвулус

Редукционни процедури на дебело черво

30375-11 Редукция на дебелочревна инвагинация

30375-17 Редукция на волвулус на дебело черво

43801-00 Корекция на малротация на черва

	Ladd операция *Не включва*: такава с резекция на черва – виж Азбучен индекс на процедурите
Ендоскопска дилатация на стомашна стриктура	
30474-00	Балонна дилатация на дуоденум
Други възстановителни процедури на тънки черва	
30379-00	Балонна дилатация на йеюнум
Друго възстановяване на дебело черво	
32094-00	Ендоскопска дилатация на колоректална стриктура Ендоскопска дилатация на колоректална анастомозна стриктура
Инцизионни процедури на дебело черво	
30375-02	Колотомия
Перфузия	
22055-00	Перфузия на орган
Ректална или анална биопсия	
32096-00	Пълнослойна биопсия на ректум Биопсия на периректални тъкани Дълбока частична биопсия на ректум *Не включва*: ректална аспирационна биопсия (30071-01 [932])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение хирургия/детска хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска хирургия или клиника/отделение по хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
6. Ендоскопска диагностика (долна ендоскопия)
7. Лаборатория (отделение) по клинична патология***

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

Лечебното заведение трябва да има структура по патоанатомия или да ползва по договор външна (намираща се на територията на населеното място).

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория с възможност за изследване на туморни маркери
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Кръгови ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарни ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия

или

лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия.

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;
- лекар със специалност по гастроентерология или друг специалист, с преминал курс или обучение по долна ендоскопия с приложен сертификат/удостоверение;
- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции до 9 годишна възраст и всички планови операции за вродени малформации на деца до 18 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност по детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Пациенти с проява на:
   - ентерорагия или колоректорагия с анемия или шок;
   - мезентериална тромбоза;
   - остро настъпили смущения в чревната проходимост;
   - вродено прекъсване (атрезия) на тънко или дебело черво.
2. Пациенти с установен:
   - тумор на тънкото и дебелото черво (рентгенологично, ехографски, палпаторно или при ректално туше);
   - тумор, потвърден с ректоскопия или фиброколоноскопия;
   - тумор със субилеус;
   - тумор с колоректорагия; (вкл. вторична анемия);
   - малигнизирал полип/вилозен тумор (с хистологичен резултат);
   - малигнизирал полип/полипи при множествена и фамилна полипоза;
   - палпируем или стенозиращ лумена тумор след двукратно негативна хистология в извънболнична помощ;
   - малигнизирал стенотичен участък при улцерозен колит, болест на Крон;
   - стеноза, малигнизация, неовладими клинични прояви с профузни диарии (кръв) при улцерозен колит и болест на Крон;
   - дивертикулит с усложнения (перфорация, кървене, псевдотумор).

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Злокачествените тумори на тънките черва са рядка находка, най-често се наблюдава аденокарцином локализиращ се 40% в дуоденума, 40% в йеюнума и 20 % в илеума. На второ място се нарежда лейомиосаркомът. Възможно е регистриране на неврогенни тумори

и тънкочревни лимфоми. Карциноидът с локализация по тънкото черво рядко е клинична находка, по-често е случайна или аутопсионна. Хирургичното лечение е свързано с парциална тънкочревна резекция едновременно с регионерна лимфаденектомия. При лимфоми и карциноид са възможни повече от една локализация, което е свързано с разширена или сегментарни резекции. Като палиативни намеси се прилагат палативна резекция на черва, обходна анастомоза, рядко стома.

Колоректалният карцином е на трето място по честота. С оглед първичен скрининг на преканцерозни лезии при пациенти без и със генетична предразположеност, както и за подобряване на ранната диагноза, е необходимо повишено внимание към пациенти с доказана фамилност, наличие на единични или множествени полипи, УК или болест на Крон. 15 % карциномът или КРК е наследствен (синдром на Линч). В тази група се включват фамилии, които имат колоректален карцином, онкологично заболяване на яйчниците, матката, гърдата, стомаха, щитовидната жлеза и мозъка. Фамилният карцином може да се развие върху предшестваща фамилна аденоматозна полипоза.

Хирургичното лечение на колоректалния карцином с лечебна цел включва резекция на колона с носещата тумора част и с областта на регионерния лимфен ток, също така с едновременно отстраняване на свързани органи (мултиорганни резекции).

При иноперабилност поради локална инфилтрация, далечни метастази, карциноза, съчетани с увредено общо състояние, евентуално и по спешност се извършват палиативни намеси - обходни анастомози, чревни стоми, обработка на метастазите. Задължително се взема биопсия - от основния тумор или от метастаза.

Всички болни с колоректален карцином се представят следоперативно на обсъждане на онкокомисия в състав: хирург, патолог, онколог (химиотерапевт, радиолог).

Болни с карцином на ректума извън перитонеума се обсъждат предоперативно в същата комисия с цел предоперативна лъчетерапия, органосъхраняваща (сфинктерозапазваща) операция.

Оперативните интервенции върху тънките черва се осъществяват при травматични лезии (обичайно открити – проникващи наранявания, и по-рядко закрити), доброкачествени тумори, стенози от различно естество, фистули, тежки възпалителни, съдови и лъчеви увреди. При травматичните лезии се налага зашиване на дефекта. При многобройни лезии на определен чревен участък се извършва резекция на участъка. При тежко шоково състояние на болния се предпочита екстериоризацията на червото или стома и на втори етап се осъществява възстановяване на пасажа. Самата резекция е свързана с непосредствено налагане на анастомоза и възстановяване континуитета, като се осъществява термино-терминална, термино-латерална или латеро-латерална анастомоза. Рядко се използва извеждането на стома, като протекция на наложената анастомоза.

Оперативните интервенции върху дебелите черва се осъществяват при травматични лезии (също по-чести при проникващи наранявания), доброкачествени тумори, стенози от различно естество, фистули, тежки възпалителни, съдови и лъчеви увреди. При невъзможност за осъществяване на голяма оперативна намеса, при противопоказания за такава или като първи етап на операцията могат да се извършват - ентеротомия с дебарасиране на чревния тракт, илеостомия, колостомия, обходна анастомоза, девулвиране или дезинвагинация и фиксиране, диагностична биопсия. Трайна колостома се налага при увреждане на аналния сфинктерен комплекс.

При проникващи наранявания на корема с лезия на черво се отделя голямо внимание на лечението на травматичната рана, което може да се извърши с първична хирургична обработка и шев или вторично отложен шев, при задължителна профилактика (лечение) на инфекцията и антитетанусова профилактика.

Оперативни интервенции на тънките и дебелите черва се осъществяват и при тънкочревните и тънкочревно-дебелочревните инвагинации, при които има

противопоказания за неоперативно лечение или чрез него не се постига пълна дезинвагинация. При оперативната намеса след мануалната дезинвагинация се извършва преценка относно виталитета на инвагинираното черво. При нарушен виталитет се осъществява достатъчна по обем резекция, която трябва да включва и анатомичния причинител на инвагинацията, ако съществува такъв (полип, тумор, Мекелов дивертикул). Чревният пасаж се възстановява чрез термино-терминална тънкочревно-тънкочревна анастомоза или термино-латерална илео-колична анастомоза, при участие на колон в резецирания участък. В някои случаи на напреднал дифузен или тотален перитонит и тежко състояние на детето като първи етап на оперативното лечение може да се извърши резекция и илиачен противоестествен анус по Mikulicz. Нормалният чревен пасаж се възстановява според описаните принципи.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановяване на пасажа;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Карциномът на дебелото черво е честа форма на заболяване, при което "малигнени" (онкологични) клетки се откриват в тъканите на дебелото черво. В 15 % той е наследствен.

Прогнозата и възможностите за лечение зависят от степента на разпространение на карцинома (дали е само в рамките на тъканите на дебелото черво или засяга и други органи) и общото състояние на пациента.

Когато веднъж е открит (диагностициран) карцином на дебелото черво, е необходимо да се направят още изследвания, за това дали онкологични клетки са се разпространили и в други части на тялото.

За "Рецидив" говорим, когато имаме отново поява на карцином, след като вече е бил лекуван. Той може да се появи в дебелото черво или в друга част на тялото. Най - често има рецидив в черния дроб и белия дроб.

Как се лекува карциномът на дебелото черво?

Има лечение за всички пациенти с карцином на дебелото черво. Възможностите за лечение са няколко:

- *хирургично лечение* (премахване на карцинома).
- *лъчева терапия* (използват се високи дози рентгенови лъчи и други лъчи с висока енергия за убиването на онкологични клетки).
- *химиотерапия* (използват се лекарства за убиването на онкологични клетки).

Хирургичното лечение е най-често използваното лечение при всички стадии на карцинома на дебелото черво. Лекарят може да премахне карцинома по един от следните начини:

Ако карциномът е в много ранен стадий, лекарят може да премахне тумора, без да отваря коремната кухина. Той може посредством ректоскоп, сигмиодоскоп или колоноскоп да премахне тумора. Тази процедура се нарича "локална ексцизия". Ако карциномът е открит върху малко парченце тъкан, наречено полип, процедурата се нарича "полипектомия".

Ако карциномът е по-голям, хирургът ще го премахне (дебелочревна резекция) през разрез на корема, като ще отстрани и част от здравата тъкан около него. Оставащите здрави части на дебелото черво се зашиват (анастомоза). Също така хирургът взема и няколко от лимфните възли около червото, за да се изследват под микроскоп и да търсят онкологични клетки. Ако не е възможно да се зашият двете здрави части на дебелото черво, хирургът ще ги зашие към отвор в коремната стена (стома). Тази операция се нарича "колостомия". Понякога колостомията се налага само, докато дебелото черво оздравее и след това се премахва. При локализация на тумора в крайната част на чревния канал – правото черво (ректум) - изрязването на болестно променения участък е свързано с трайно извеждане на червото на коремната стена, като "противоестествен анус". Ако пациентът е с "колостома" се използват специални залепящи се за кожата около отвора (стомата) торбички, които събират чревното съдържимо. Тези торбички не се виждат под дрехите и много хора се грижат сами за тях.

Лечението на карцинома на ректума (правото черво) има някои допълнителни особености. Те зависят от стадия на заболяването и височината, на която се разполага туморът, т.е. дистанцията между ануса и долния ръб на карцинома. Последните 3 - 4 см. от ректума са обхванати от кръгови мускули (сфинктери), които позволяват човек волево да задържа газове и изпражнения.

- ако карциномът е в по-напреднал стадий (III или IV) или е разположен в последните 4-5 см. на червото до ануса, запазването на сфинктерите е невъзможно. При тяхната липса

човекът не може да задържа газове и изпражнения - налага се задължително извеждането на червото на коремната стена, като противоестествен анус.

- ако карциномът е в - ранен стадий и/или е разположен по-високо, хирургът може да изреже болната част и да свърже двата края на червото на анастомозата. В някои случаи, при риск от усложнения, според преценката на оператора може да се наложи временна колостомия, а анастомозата да се отложи за втора операция след един или повече месеци.

Лъчевата терапия използва рентгенови лъчи или други лъчи с висока енергия, за да убие онкологични клетки и така да премахне тумора. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчевата терапия може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Химиотерапията използва специални лекарства (химиотерапевтици) за убиването на онкологични клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената. Химиотерапията се нарича "системно лечение" защото лекарството, постъпвайки в кръвообращението, преминава през цялото тяло и може да убива онкологични клетки и извън дебелото черво. Ако карциномът е засегнал черният дроб, химиотерапевтика може да бъде въведен директно в артерията, която отива в него.

Ако е премахнат целият видим карцином по време на операцията, лекарят може да даде химиотерапия на пациента, за да убие клетките, останали невидими след операцията. Химиотерапията, която се прилага на пациент, при който след операцията не се намират онкологични клетки, се нарича "допълнителна химиотерапия".

Биологичното лечение се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с карцинома. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват онкологични клетки. Биологичното лечение понякога се нарича "**Имунотерапия".** То може да се съчетава с другите видове терапия.

Рецидив на карцином на дебелото черво.

Ако карциномът се е появил отново (рецидивирал) само в една част от тялото, може да се направи операция за премахването му. Ако карциномът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия и/или лъчетерапия. Пациентът може да получи и имунотерапия.

Защо трябва да постъпите в болница?

Задължително е цялостното оглеждане на дебелото черво поради възможност да имате втори карцином или полип в по-горните му отдели. Това се осъществява с колоскопия (виж информация за пациента за колоскопия) или при невъзможност за извършването й, сигмоидоскопия,и иригография (виж съответната информация за пациента). Тази манипулация се извършва в специализирана клиника/отделение по гастроентерология, със или без анестезия и обезболяване според Вашето желание, по изключение може да бъде извършено и амбулаторно. При установяване на изменения по лигавицата ще бъде взет материал (биопсия) за микроскопско изследване (хистологично). Ако се установи полип, той ще бъде отстранен и изпратен също за изследване. Възможни са "фалшиво положителни" или "фалшиво отрицателни" резултати. В тези случаи биопсиите трябва да се повторят.

След получаване на цялостната информация гастроентеролог, анестезиолог, хирург, онкотерапевт и други специалисти ще изработят стратегия за лечение и поведение. В зависимост от взетото решение ще бъдете насочен за операция или комбинирано лечение – химио -, лъчетерапия и операция или за общоукрепващо лечение.

Отказът Ви от извършване на необходимите изследвания или на някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. При отказ да

постъпите в болница Вашето заболяване ще има естествена еволюция към разрастване на карцинома и разпространението му.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение/клиника?

При изяснена и хистологично (потвърдена чрез биопсия) диагноза гастроентерологът ще Ви насочи за консултация с хирург. Хирургът ще Ви прегледа отново, но насочено с оглед предстоящата операция, като задължително извършва отново ректално туширане (изследване на ануса и последните 6 см. от правото черво). След прегледа на наличните изследвания хирургът може да назначи някои допълнителни изследвания. Той ще Ви запознае с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза.

Провеждат се задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост - с друг специалист: алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично или специализирано отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

Болните, които са постъпили директно в хирургична клиника/отделение след насочване от ОПЛ или гастроентеролога от извънболничната помощ, ще бъдат прегледани от хирург, ще бъдат направени ректално туширане и всички необходими назначения от хирурга изследвания. При изяснена и хистологично потвърдена чрез биопсия диагноза ще се проведат предоперативните консултации и подготовка за оперативното лечение.

Час преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината да се отделя безпрепятствено по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга мехурът.

Когато туморът нараства и е разположен по лявата половина на дебелото черво, често води до запушване. Това може да предизвика операция по спешност. При спешна операция по - често се налага извеждането на червото на корема до отзвучаване на острите явления и възстановяване на чревния тракт при втора операция.

Дивертикулоза.

Дивертикулът е сляпо торбовидно разширение на кух орган, съобщаващо се с неговата кухина. Под понятието дивертикулоза се разбира безсимптомно протичащи множество дивертикули. Възпалителният процес в стената на самия дивертикул се означава като дивертикулит, а извън нея - като перидивертикулит. Най-често се наблюдават при болни над 70 годишна възраст, като се намират предимно в лявата половина на дебелото черво. Дивертикулите могат да се усложнят с кръвотечения, възпаление, пробив в коремната кухина, илеус (непроходимост на червата) и злокачествена трансформация.

Неусложнените форми се лекуват консервативно. Хирургично лечение се налага при пробивите - масивни, неовладяващи се от консервативно лечение кръвотечения, чревната непроходимост, чести обострения и злокачествена трансформация. Обемът на операцията се определя от интраоперативната находка и състоянието на болния.

Хроничен улцерохеморагичен колит.

Хронично, рецидивиращо възпалително заболяване на дебелото черво. По-често се развива при жени и започва в млада възраст. В над 15% се установява фамилност. При давност на заболяването до 10 години възможността за поява на карциноми е средно 3%, от 10 до 20 годишна давност раковата дегенерация е 12%, а при давност над 20 години - 50%. Заболяването може да се усложни с кръвотечения, перфорация и др. Оперативното лечение се налага при усложнените форми и при неповлияване от медикаментозното лечение. Обемът на оперативното лечение зависи от разпространението на процеса и усложненията.

Болест на Крон.

Тя е хронично възпалително заболяване, което може да засегне всеки отдел на стомашно-чревния тракт. Най-често се локализира в крайната част на тънкото черво. Усложнява се с фистули и стеснения. Вероятността за злокачествена трансформация е правопропорционална на неговата давност. При продължителност на заболяването над 10 години е възможно развитието на карцином у над 20% от болните. Лечението е хирургично. Обемът на оперативното лечение се определя от локализацията и вида на усложненията.

Доброкачествените новообразувания на червата обикновено протичат безсимтомно и се откриват случайно. Понякога тези заболявания могат да се проявят със симптомите на нарушение на проходимостта на тънкото и дебелото черво, могат да се проявят като кръвотечения от храносмилателния тракт под формата на черни изпражнения или ярко червена кръв, примесена с тях. Понякога първа проява на заболяването са силно изразени болки в корема, гадене повръщане, спиране на отделянето на газове.

При наличието на тези оплаквания се налага да се извършат редица дейности: рентгеново изследване, ултразвукова диагностика, изследване на кръвна картина, чернодробни проби. Налага се извършването на някои манипулации с оглед облекчаване състоянието на пациента или с диагностична цел. Поставя се сонда в стомаха през носа, и/или извършване на клизми.

Полип.

Под названието полип се разбира доброкачествено образование, което изпъква от повърхността на лумена на кухинен орган. Има различни видове полипи. Когато броят на полипите е от 2 до 10 се говори за множествена полипоза, а когато полипите са пръснати по цялата лигавица на дебелото черво - за дифузна полипоза.

Дифузната фамилна полипоза е с най-висок риск от злокачествена трансформация – в 100% до 40 годишна възраст. При фамилии с генерализирана полипоза ендоскопията на дебелото черво е от изключително диагностично значение. Тъй като при децата на родители с това заболяване има 50% вероятност за развитието му, изследването се извършва в пубертета, защото до тази възраст не се развива карцином. За откриване на засегнатите членове на фамилии с генерализирана полипоза се препоръчват генетични изследвания. Лечението е само оперативно и се състои в отстраняване на поразения участък.

Полипите подлежат на ендоскопско отстраняване и проследяване. Хирургичното отстраняване на полипите се предприема само при случаи на неуспешни опити за ендоскопска полипектомия и във всички случаи на усложнени форми, като обемът на интревенцията зависи от находката.

При травматичните увреди на тънките и дебели черва, илеуси и перитонити лечението се извършва в спешен порядък и видът на операцията зависи от характера на увредата. Травматичните увреди на тънките и дебели черва обичайно са свързани с рано развитие на перитонит, а когато са причинени от проникващо нараняване на коремната стена и са инфекциозни усложнения на раната.

Фистулите на червата представляват комуникация между лумена на червата и коремната стена, а също между тънко и тънко черво, между тънко и дебело черво, между дебело черво и пикочен мехур, между тънко черво и пикочен мехур, между влагалище и ректум, между влагалище и тънко черво, между влагалище и пикочен мехур. Оперативното лечение се изразява чрез отстраняване на фистулния ход и възстановяване на целостта на органите между които е бил фистулният ход.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение/клиника?

След прегледа на наличните изследвания хирургът може да назначи някои допълнителни. Той ще Ви запознае с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза.

Провеждат се задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост - с друг специалист - алерголог (при данни за алергия), ендокринолог

(напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично или специализирано отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

При изяснена и хистологично потвърдена чрез биопсия диагноза ще се проведат предоперативните консултации и подготовката за оперативното лечение.

Час преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината безпрепятствено да се отделя по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга мехурът.

При травматичните увреди на тънките и дебелите черва всички посочени по-горе изследвания и манипулации се извършват по спешност, а към оперативна интервенция се пристъпва незабавно.

Целта на операцията е да се възстанови целостта на увреденото черво или да се отстрани тежко увреден сегмент от него, като се предотврати възможността за по-нататъшно изтичане на чревно съдържимо в коремната кухина. Последното може да наложи създаване на противоестествен анус.

Лекарят е задължен да Ви обясни характерът на операцията и защо е избрана процедурата, която е удобна или неудобна за Вас. Това се предопределя както от характера на заболяването, така и от Вашето общо състояние.

КП № 179 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ АПЕНДИКС

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Апендицектомия	
30572-00	Лапароскопска апендектомия
Апендицектомия	
30571-00	Апендектомия

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия от обхвата на медицинската специалност „Хирургия“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“; от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. Клинична лаборатория*
4. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология – допуска се договор на територията на областта
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в структура по хирургия от първо ниво на компетентност - трима лекари, от които двама с придобита медицинска специалност по хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по детска хирургия или хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1. Диагностика и лечение при пациенти с проява на:

- остър апендицит (катарален, флегмонозен, гангренозен);
- периапендикуларен инфилтрат;
- периапендикуларен абсцес;
- апендикуларен перитонит със сепсис;
- хроничен апендицит - оперативно лечение при строги индикации;
- при деца - хронични абдоминални болки без изяснена генеза.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Острият апендицит е заболяване на всички възрасти от двата пола, независимо че най-често засегнатата възраст е между 5-30 години.

Типичното развитие на заболяването протича за 6 до 24 часа, когато трябва да се очаква перфорация при прогресивно развитие на болестта. Перфорацията е много по-честа у деца и в гериатрична възраст (до 75%), развива се по-бързо, тенденцията за отграничаването на излива е слаба. Необходимо е повишено внимание и по-ранна операция.

При типична клинична картина се появяват продроми: отпадналост, нарушен апетит, неразположение, при задоволително общо състояние. Следват диспептични оплаквания (гадене, повръщане), фебрилитет, болка. Началото на болковите оплаквания е различно: остро и бързо или забавено, протрахирано.

При малки деца: отпадналост и вялост, неспокойствие, отказ от храна, горен и долен диспептичен синдром (повръщане, диария), фебрилитет, ексикация.

На практика противопоказания за операцията няма.

Апендиксът задължително се изпраща за хистологично изследване.

Особени форми:

Атипично разположение. Свързано е с промени в клиничната картина, симулиращи заболяване на съседен орган, поставящи диференциално-диагностични проблеми:

а) ретроцекално разположение на апендикса (около 16%) - слабо или липсващо перитонеално дразнене; намалена интензивност на болката и симптомите за перитонеално дразнене; дразнене на уретера и симулиране на бъбречна колика;

б) малкотазово разположение - симулира гинекологични заболявания у жени, предизвиква дразнене на аднексите, сателитен аднексит; проблеми в репродуктивните способности; развитие на Дугласов абсцес при перфорация;

При деца може да симулира диаричен синдром, дизурични смущения, ограниченият абсцес може да се представи като малкотазов тумор.

в) субхепатално или друго разположение на апендикса - при незавършена ротация на колона (малротация) – предимно при деца в ранна възраст (15 %)

Остър апендицит у новородени и деца до тригодишна възраст - хирург със специалност по обща и детска хирургия – с препоръчителен характер.

Заболяването е рядко. Реактивността е слаба, деструктивните промени са чести и бързи. Анамнезата е от родителите. Болката често е по-слаба, около пъпа, трудно се локализира, мускулната защита е слаба, а при плач - може да бъде симулирана. По-бурна обща реакция - гадене, повръщане, фебрилитет до 39 ºС, по-често диария; често уриниране с по-често хематурия, левкоцитоза до 20-30 000; сериозна прогноза.

Остър апендицит при бременни жени. Клиничната картина е завоалирана и трябва да се отдиференцира бременността като причина за гадене, повръщане, запек и болка. Атипично разположение на апендикса, изместен от бременната матка. Риск от аборт; необходимост от хормонална защита при апендектомия по спешност.

Остър апендицит в гериатрична възраст. Заболяването е рядко, с неясни диспептични смущения, възрастово обусловен запек. Болката е тъпа, неясна, не се отграничава добре, дефансът е слабо изразен. Температурата е слабо изразена. Левкоцитозата е слабо изразена. Перфорацията е по-често и по-ранна. Диференциална диагноза с карцином на сляпото черво или левия колон.

Усложнени форми:

- апендикуларен инфилтрат; при тенденция за коликвация - операция по спешност; при деца – периапендикуларният инфилтрат е абсолютна индикация за спешно оперативно лечение;
- апендикуларен абсцес;
- перфорация на остър апендицит;
- при деца – некроза или перфорация от чуждо тяло, паразити;
- перитонит от апендикуларен произход.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно и след задължително хистологично изследване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. **ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА** се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и **„Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"**.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти **„Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"**).

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Какво представлява апендиксът?

Апендиксът представлява остатъчен (рудиментарен) орган, силно развит у тревопасните животни. Той закърнява у човека поради изменения тип хранене с прием на месо.

Къде се намира апендиксът?

Апендиксът се намира на границата и прехода на тънкото в дебелото черво. Той е израстък с дължина между 3 и 10- 12 см., средно 6-7 см. и дебелина 5-7 мм. Разполага се в дясната долна четвърт на корема, но положението му може да бъде атипично във връзка с отклонение в ембрионалното развитие на човека или сраствания.

Причини за възпаление на апендикса.

Те не са добре изяснени. Основателно се допуска влияние на чужди тела (втвърдени фекални материи – стерколити), разположени трайно в апендикса, както и улеснено възпаление у децата поради богатата лимфна мрежа около органа.

Хипотезите не изясняват защо макар и рядко апендиксът се възпалява у новородени или у хора в пределна възраст, а други нямат оплаквания през целия си живот.

Защо боли апендиксът?

Апендиксът е покрит от перитонеум (тъкан, която обвива цялата коремна кухина и всички органи разположени в нея). Перитонеумът е изключително богат на рецептори (нервни окончания, които възприемат и предават болкови импулси). Възпалението на апендикса предизвиква дразнене на тези рецептори - първоначално на разположените на неговата собствена обвивка, а след това раздразва перитонеума по предната коремна стена. Това дразнене формира клиничните симптоми на заболяването.

Как се развива острият апендицит?

Възпалителният процес първоначално е слабо изразен, но при прогресивно развитие той става по-тежък, включва малките съдове на стената на апендикса и може да завърши с гангрена (некроза) на стената и спукване. Тогава се развива перитонит - тежко усложнение, свързано с образуването на гной в коремната кухина. По принцип тежестта на оплакванията на пациента не съответстват точно на степента на възпаление. Възпалителният процес може да бъде овладян със защитните сили на организма, възпалението да спре в най-леката степен и да претърпи обратно развитие.

Много по-често заболяването се развива прогресивно за 6-24 часа. Неправилна е представата, че със започването на болката спукването на апендикса е предстоящо.

По правило съществува междинен интервал от часове, през които пациентът може да бъде транспортиран до лекар или болнично заведение. Трябва да се подчертае, че възпалението на апендикса се развива по-бързо и по- бързо води до усложнения в ранната детска възраст (вкл. у новородени), както и в старческа възраст (над 75 години). Тези групи пациенти трябва да получат спешна лекарска помощ.

Какви усложнения дава острият апендицит? Какви особености има при него?

В своето развитие острият апендицит преминава от по-лека в по-тежка степен на възпаление, което завършва с гангрена и спукване, последвано от перитонит.

При добри защитни сили на организма възпалението може да се отграничи в десен долен квадрант на корема под формата на тежък инфилтрат или формиране на абсцес (гнойник).

Острият апендицит може да протече атипично, ако органът е разположен атипично - зад сляпото черво, ниско в малкия таз, високо под черния дроб и др. Особено протича

острия апендицит у новородени деца и деца в ранна детска възраст, у старци и у бременни жени.

Защо е необходим навременен преглед?

Сигурното поставяне на диагнозата и предотвратяването на усложнения изискват навременен консултативен преглед с хирург. Разбира се първоначално трябва да потърсите мнението и диагноза на ОЛП, дори при съмнение за остър апендицит. Той трябва да Ви насочи към хирург в извънболнична помощ или в болнично заведение. При насочващи симптоми хирургът ще проведе допълнителни лабораторни инструментални изследвания както и консултации с други тесни специалисти, за да подкрепи или отхвърли точната диагноза.

Симптомите на острия апендицит са: гадене и повръщане, повишена температура, болка в корема. Болката може да започне остро внезапно или бавно и протрахирано. Рядко е коликообразна. Най-често е постоянна, усилваща се и постепенно локализираща се в десния долен квадрант на корема.

Общото състояние е задоволително. Пациентът предпочита легналото положение с ограничена подвижност. Възможна е ирадиация към десния крак, но слабата болезненост, свързана с движенията на десния крак, не трябва да се третира винаги като проява на остър апендицит.

При прегледа хирургът изследва Вашия корем и на базата на определени признаци, резултатите от изследването на левкоцитите и урината, изследването на аксиларната и ректалната температура, допълнителните изследвания и консултации поставя окончателната диагноза остър апендицит.

Необходимост от спешна операция.

Диагнозата остър апендицит изисква спешна операция в рамките до два - три часа след постъпването - време, което трябва да бъде използвано за предоперативна подготовка на пациента и подготовка на операционната зала.

При операцията се прави разрез на коремната стена в десния долен квадрант на корема. Така се достига до апендикуларния израстък, който се превързва в основата. Следва завързване на хранещата апендикса артерия. След това апендиксът се отстранява, а неговия чукан се покрива с един - два шева.

Операцията може да бъде разширена при развитие на усложнения на острия апендицит. При установяването им се налага извършването на по-голям разрез и допълнителни оперативни манипулации.

Навременната операция отстранява окончателно заболяването и спасява Вашия живот (живота на Вашето дете).

При развитие на усложнения е възможно да останат рискови моменти в следоперативния период. Съществува риск и за Вашия живот вариращ в 0,6% от оперираните при гангренозен апендицит до 3-5% при болни с перитонит. Развитието на усложнени форми може да бъде причина след хирургическата намеса да се появи загнояване на раната, сраствания с риск от преплитане на червата, остатъчен перитонит и др.

Своевременното търсене на лекарска и особено на хирургическа помощ и консултация е необходимо за успешното Ви излекуване и за снижаване на риска от следоперативни проблеми.

Лекарят е задължен да Ви обясни характерът на операцията и защо е избрана процедурата, която е удобна или неудобна за Вас. Това се предопределя както от характерът на заболяването така и от Вашето общо състояние.

КП № 180 ХИРУРГИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ЗА ЗАТВАРЯНЕ НА СТОМА

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Ревизия на стома и илеостомен резервоар	
30563-00	Ревизия на стома на тънки черва Премоделиране на тънкочревна стома
Възстановяване на парастомална херния	
30563-02	Възстановяване на парастомална херния
Ревизионни процедури на дебело черво	
30563-01	Ревизия стома на дебело черво Премоделиране стома на дебело черво
Затваряне стома на тънки черва	
30562-04	Затваряне стома на тънки черва
Друго възстановяване на дебело черво	
30562-05	Затваряне на друга стома на дебело черво
Други възстановителни процедури на ректум или анус	
90313-00	Друго възстановяване на ректум

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове , посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Клиничната пътека не може да бъде отчетена само с код - 30563-00 Ревизия на стома на тънки черва.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия/детска хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Кръгови ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарни ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия

или

лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

1. **Диагностика и лечение при:**

- пациенти със заболявания, чието оперативно лечение на първи етап е завършило със: йеюностома; цьокостома; трансверзостома; сигмостома; ректостомия, и налагащи втори етап на реституция на чревния тракт;
- за възстановяване континуитета на чревния тракт;
- заключителен етап от многоетапно хирургично лечение при вродени аномалии.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Оформянето на стомата на предната коремна стена се прилага при изключване временно на чревния пасаж. При различни видове чревна непроходимост, перитонити, за протекции на сутури или анастомози, субтотална колектомия, операциите на Хартман, Микулич, Блек, Тръмбъл, Бебкок, при увредени пациенти, при които оперативната интервенция не може да завърши на един етап поради висок оперативен риск.

Стомите биват: тънкочревни (йеюностома, илеостома) или дебелочревни (цьокостома, трансверзостома, сигмостома, ректостома). Стомите се делят на едноствoлови и двустволови.

Едноствoлови стоми - на коремната стена се извежда само проксималната част. При едноствoловите стоми се извежда проксималната част, а при двустволовите проксималната и дисталната част на червото.

Възстановяването на стомите се осъществява след определен период от време. Профилактичните стоми се възстановяват след изписването на пациента от един до три месеца, а временните колостоми при неопластични заболявания се възстановяват от 6 месеца до една година след изписването на пациента. Ректалните стоми при свличащия тип операции се възстановяват от 20-тия до 30-тия ден след операцията. Тънкочревните стоми се затварят винаги интраабдоминално, а дебелочревните - екстраабдоминално или интраабдоминално.

Фасциалният дефект се възстановява със собствени тъкани или платна.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на предхождащите оперативни интервенции и проведените диагностични изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

При злокачествени новообразувания на тънкото, дебелото и правото черво, при усложнени, заклещени абдоминални хернии, при тънкочревна и дебелочревна непроходимост, при хронично обострено възпалително заболяване на тънкото черво, язвен ентероколит, псевдополипоза на дебелото черво, съдова недостатъчност на тънките и дебелите черва, при травматични увреди на тънкото, дебелото, правото черво и възпалителни, язвени и неопластични заболявания усложнени с перитонит по спешност се налага да бъде прекъснат чревният пасаж с извеждане на стома.

Стомата представлява частично или пълно прекъсване на тънкочревния или дебелочревния пасаж чрез извеждане на червото на коремната стена. Изтичащото чревно съдържимо се събира в специални найлонови торбички, залепващи се за кожата около стомата. В зависимост от това какъв сегмент е изведен стомата може да бъде тънкочревна или дебелочревна, а според това дали е изведен единият край на червото или двата тя бива едноствolова и двустволова. Освен по спешност с оглед предпазване изпускането на шевовете при болни оперирани по повод възпалителни или злокачествени новообразувания на дебелото черво, се налага също извеждане на отбременяваща стома.

Как се лекуват болните с чревна стома?

При всички пациенти с изведена тънкочревна или дебелочревна стома след отзвучаване на усложненията при посочените заболявания се налага хирургично възстановяване на чревният тракт.

Кога трябва да се отстрани колостомата?

Възстановяването на стомите се осъществява след определен период от време. Профилактичните стоми се възстановяват след изписването на пациента от един до три месеца, а временните колостоми при неопластични заболявания се възстановяват от шест месеца до една година след изписването на пациента. Ректалните стоми при свличащия тип операции се възстановяват от 20-ия до 30-ия ден след операцията.

Защо трябва да постъпите в болница?

Постъпването в болница е задължително, тъй като отстраняването на стомата се извършва оперативно, след което се възстановява нормалният тънкочревен или дебелочревен пасаж и се избягват хигиенните и социалните неудобства.

След извършване на контролен преглед от хирург се получава цялостна информация за здравното състояние и се изработва план за лечение и поведение. В зависимост от това се налагат допълнително лабораторни изследвания, рентгенови и ехографски изследвания, консултации с кардиолог, анестезиолог и други специалисти при необходимост. Задължително се уточнява рентгенологично проходимостта на чревния тракт.

Какво ви предстои преди и след постъпване в хирургична клиника/ отделение?

След насочване от личния лекар за преглед от хирург с оглед предстоящата операция задължително се извършва рентгеново изследване на проходимостта на чревния тракт под стомата. Провеждат се задължителните предоперативни лабораторни изследвания на кръв и урина, рентгеноскопия на сърце и бял дроб, ЕКГ, предоперативна консултация с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост и с друг специалист - ендокринолог, алерголог, гинеколог, уролог и др. След постъпването в хирургичната клиника/отделение се извършва механично почистване с клизми на чревния тракт под стомата. Преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната ноздра в стомаха, която предпазва от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревния пасаж. Налага се поставянето на уретрален катетър достигащ до пикочния мехур, което позволява урината да се отделя безпрепятствено по време на хирургическата намеса и в ранния следоперативен период.

КП № 181 ХИРУРГИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ НА АНУСА И ПЕРИАНАЛНОТО ПРОСТРАНСТВО

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Друго възстановяване на дебело черво

90340-01 Затваряне фистула на дебело черво
Включва: ректум
Не включва: ентерокутанна фистула на дебело черво (30382 [917])
възстановяване на ректална фистула с фибринов уплътнител (90344-00 [929])

Инцизионни процедури на ректум или анус

32114-00 Перанално освобождаване на ректална стриктура
Дилатация на ректална стриктура

Инцизионни процедури на ректум или анус

32174-01 Дренаж на перианален абцес

Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус

32099-00 Перанална субмукозна ексцизия на лезия или тъкан на ректум

90341-00 Друга ексцизия на ректална лезия
Ексцизия на перириктална лезия или тъкан
Не включва: ендоскопска ректална полипектомия (32078-00, 32081-00 [910], 32087-00, 32093-00 [911])
ексцизия:
• перианална субмукозна (32099-00 [933])
• транссфинктерна (32108-00 [933])

Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус

32142-00 Ексцизия на анален кожен израстък
Не включва: такава с:
• колоноскопия (32087-00, 32093-00 [911])
• хемороидектомия (32138-00 [941])
• сигмоидоскопия:
• гъвкава (32087-00 [911])
• ригидна (32078-00, 32081-00 [910])

Инцизионни процедури на ректум или анус

90338-00 Инцизия на ректум или анус
Анална сфинктеротомия (задна) (латерална)
Аноректална миотомия
Декомресия на неперфориран анус
Фистулотомия
Инцизия на анална фисура/фистула
Проктотомия
Кодирай също когато е направена:
• дилатация на анус (32153-00 [940])
• ексцизия на анални:
• полип (32142-01 [933])
• кожни израстъци (32142-00 [933])

Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус

90315-01 Ексцизия на друга лезия или тъкан на анус
Аноректална миектомия
Деструкция на лезия или тъкан на анус
Ексцизия на анални:
• фисура
• фистула
Не включва: ексцизия на анална фистула, включваща сфинктерния механизъм (32159-00, 32162-00 [937])

Процедури при хемороиди

32132-00 Склеротерапия на хемороиди
Инжектиране на хемороиди

Процедури при хемороиди

32135-01 Деструкция на хемороиди
Включва: каутеризация
криотерапия
инфрачервена терапия
Не включва: лазерна хемороидектомия (32138-01 [941])

Процедури при хемороиди

32135-01 Деструкция на хемороиди
Включва: каутеризация
криотерапия
инфрачервена терапия
Не включва: лазерна хемороидектомия (32138-01 [941])

Процедури при хемороиди

32135-00 Лигиране на хемороиди с гумен пръстен
∇ 0942
Кодирай също когато е направена:
• криохирургия (32135-01 [941])
• инфрачервена терапия (32135-01 [941])
• склеротерапия (32132-00 [941])

Процедури при хемороиди

32138-00 Хемороидектомия
Ексцизия на външни тромбозирали хемороиди
Включва: ексцизия на анални кожни израстъци
Не включва: хемороидектомия:
• лазер (32138-01 [941])
• обшиване (32138-02 [941])

Други възстановителни процедури на ректум или анус

90342-01 Шев на лацерация на анус

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху ректум или анус

32120-00 Поставяне на анален шев при аноректален пролапс
Поставяне на Thiersch тел при аноректален пролапс

Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус

90315-01 Ексцизия на друга лезия или тъкан на анус

Аноректална миектомия
Деструкция на лезия или тъкан на анус
Ексцизия на анални:
• фисура
• фистула

Не включва: ексцизия на анална фистула, включваща сфинктерния механизъм (32159-00, 32162-00 [937])

Други възстановителни процедури на ректум или анус

90313-00 Друго възстановяване на ректум

32165-00 Лечение на анална фистула с ректално мукозно изтеглено ламбо

Други възстановителни процедури на ректум или анус

32126-00 Сфинктеропластика

Забележка: Изпълнена за анална инконтиненция или анална фисура

Инцизионни процедури на ректум или анус

32174-01 Дренаж на перианален абцес

90338-00 Инцизия на ректум или анус
Анална сфинктеротомия (задна) (латерална)
Аноректална миотомия
Декомресия на неперфориран анус
Фистулотомия
Инцизия на анална фисура/фистула
Проктотомия

Кодирай също когато е направена:
• дилатация на анус (32153-00 [940])
• ексцизия на анални:
• полип (32142-01 [933])
• кожни израстъци (32142-00 [933])

Други процедури на ректум или анус

90316-00 Други процедури на анус

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху ректум или анус

32132-01 Склеротерапия при ректален мукозен пролапс
Инжекция за пролапс на ректална мукоза

32120-00 Поставяне на анален шев при аноректален пролапс
Поставяне на Thiersch тел при аноректален пролапс

Деструктивни процедури на ректум или анус

90345-00 Контрол на хеморагия от ректум или анус
Контрол на постоперативни кръвотечения от анус или ректум

Затваряне фистула на уретра

37333-00 Затваряне на уретровагинална фистула

Процедури при пилонидален синус или киста

Процедури при сакрален синус или киста

30676-01 Ексцизия на пилонидален синус или киста
Марсупиализация на пилонидална киста

Други възстановителни процедури на ректум или анус

32153-00	Дилатация на ануса
	Включва: дилатация на аналния сфинктер изпразване на фекалии

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Диагностична процедура „Ректороманоскопия" (32075-00/90747-00) или код (32084-00 „Фиброоптична колоноскопия до флексура хепатика) е задължителна при пациенти с полип, полипоза, ректорагия и невъзпалени или нетромбозирали хемороиди.

При остра и хронична анална фисура отпада извършването на ректоскопия и аноскопия.

Ректороманоскопията не е задължителна при деца до 18 години.

Процедура „Ексцизия на перианални кожни висулки" (32142-00 Ексцизия на анален кожен израстък) не може да се използва самостоятелно за завършване на пътеката.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия/детска хирургия минимум I ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. Клинична лаборатория*
4. Лаборатория (отделение) по клинична патология**

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

Лечебното заведение трябва да има структура по патоанатомия или да ползва по договор външна (намираща се на територията на населеното място).

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Автосъшиватели за хемороидектомия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с придобита медицинска специалност по хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност детска хирургия или хирургия.
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции до 9 годишна възраст и всички планови операции за вродени малформации на деца до 18 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Диагностика и лечение при:

1. Ректохеморагия с анемичен синдром;

2. Травматична увреда на анус и перинеум;

3. Усложнена хемороидална болест (неовладяваща се остра хеморагия, пролапс с инкарцерация, некротизиране и тромбозиране):

Аноректален абсцес и флегмон:

- аноректални фистули;

- пролапс на ануса и ректума при деца.

4. Лечение на заболявания на ануса и перианалното пространство извън тези описани по- горе, изискващи описаните оперативни процедури.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Почистването на крайния отсек на дебелото черво е желателно винаги, когато това е възможно, с изключение на случаите изискващи спешна оперативна интервенция. То се осъществява с:

- клизми, лаксативи, прием на вода и диетичен режим.

Спешните заболявания на ануса и перианалната област налагат:

При травматични увреди:

- първична хирургична обработка на раната и противотетанична профилактика

При усложнена хемороидална болест (неовладяваща се остра хеморагия, пролапс с инкарцерация, некротизиране и тромбозиране):

- лигатурни методи на Milligan-Morgann; Parks, Уайтхед и др.

- криотерапия.

При аноректален абсцес:

- кръстовиден разрез - използва се рядко и при подкожно разположение на парапроктита;

- радиерен разрез – разкрива добре, но е подходящ за малки подкожни абсцеси има опасност от травма на сфинктерния апарат;

- дъговиден или полулунен разрез – най-разпространеният разрез;

- евакуиране на гнойната колекция, некректомия, промивка и дренаж.

При аноректални фистули се препоръчват оперативните техники, при които се извършват ексцизия на фистулата и пластика на “входното отверстие “(Rable, Jodd и Parks) или метода на Йонеско.

При пролапс на ануса и ректума при деца – склерозация на перианалното пространство с алкохол.

Заболяванията на ануса и перианалната област, изискващи планово оперативно лечение налагат:

При анални фисури - дилатация на сфинктера, ексцизия и шев на фисурата, ексцизия с лява латерална анална сфинктеротомия, постериорна анална сфинктеротомия и др.

Кондиломи – ексцизия на образуването, електро или лазеркоагулация.

Хемороиди - същите оперативни интервенции както тези в спешен порядък.

Неинфектирани пилонидални кисти - ексцизия и шев на оперативната рана с или без аспирационен дренаж.

Периоперативната антибиотична профилактика и следоперативното антибиотично лечение се назначава по преценка на лекуващия лекар, предвид характера и тежестта на патологията и типа оперативна интервенция, която предстои да бъде извършена съгласно класификацията на оперативните интервенции – чисти, чисти контаминирани, контаминирани, замърсени.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя след извършена диагностична процедура „Ректороманоскопия", която е задължителна при пациенти с полип, полипоза, ректорагия и невъзпалени или нетромбозирали хемороиди. (Ректороманоскопията не е задължителна при деца до 18 години.) Ректороманоскопия извършена до 45 дни преди постъпването се смята за валидна при липса на динамика в оплакванията.

При всичките заболявания е постоперативно и след хистологично изследване на ексцизионен материал – по преценка. Интраоперативно се установява степента на засягане и разпространение на инфектния процес, защото често пъти при външен оглед и ректално туширане не може със сигурност да се установи дълбочината на заангажираните в инфектния процес тъкани. Същото се отнася и за вътрешните хемороиди, аналните стриктури и пролапс на ануса и ректума. При външните хемороиди и кондиломите диагнозата се поставя още при първичния преглед.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в “История на заболяването” (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**”).

3.3. Документиране на следоперативните дни в “История на заболяването” (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяването **фисура ани** в българския език се превежда като анална цепка и представлява дефект на лигавицата на крайния отсек на правото черво. В резултат на това се получават доста силни болни след дефекация, като последните могат да бъдат изключително силни и продължителни. Консервативното лечение на това заболяване е резезултатно в крайно редки случаи. На практика единственото лечение на това заболяване е оперативното лечение, което е по принципа и правилата на еднодневната хирургия.

Заболяването **кондиломатоза** в перианалната област най-често е в резултат на хронични процеси в перианалната и генитална области които са придружени с отделянето на ексудат поради което настъпват изменения в кожата и се получават характерните кожни изменения в перианалната област, което са много неприятни за болните и което най-радикално се лекуват само оперативно.

Значителна част от населението страда от **хемороиди** - те са вътрешни и външни. Външните са резултат на продължително развитие на вътрешните хемороиди, които на практика са разширени венозни сплетения на аналния канал. Заболяването довежда до дискомфорт в началото и ако не се лекува своевременно с медикаменти и диетичен режим, много често довежда до неприятни оплаквания от сърбеж, болки, парене и др. Консервативното лечение е с ограничени възможности и най-доброто лечение на тези изменения е оперативното. Често пъти в хода на заболяването отделни единични хемороидални възли тромбозират и това се установява с появата на силна доста неприятна болка в аналната област, най-често започваща след трудна дефекация. Болката е непрекъсната има от време на време коликообразен характер , но не преминава. Лечението е оперативно отстраняване на тромба, което се прави с малък разрез.

При напредването на процеса при хемороидите в крайните стадии е възможно да се развие едно доста неприятно усложнение изпадането на аналната и/или ректалната лигавица. Лечението в тези случаи е хирургично.

Понякога след извършени оперативни намеси в аналното пространство се достига, в резултат на развитието на склерозиращ процес, до стриктура – т.е. намалява се отворът на ануса. Това довежда до сериозни проблеми с изхождането на изпражненията и единственото решение е оперативното възстановява на аналния канал.

Перианалният абсцес е възпалителен процес на тъканите около крайния отсек на дебелото черво и аналното отверстие. В крайния отсек се намират жлези, в които започва процесът и които са в основата на разпространение на инфекцията. Процесът е смесен от микроорганизми, които са с различна кислородна чувствителност и поради това при установяването на Вашето заболяване е необходимо оперативно лечение за прекъсване на условията за възникването, развитието и разпространението на възпалителния процес. Практиката е показала, че изчаквателната тактика както казва народа “да узрее процеса“ е вредна и никога в едно съвременно общество не бива да се допуска. С появата и особено със засилването на Вашите болки в аналната област следва да се обърнете към Вашия ОПЛ, което следва да Ви насочи към хирург специалист за оперативно лечение.

Оперативното лечение винаги следва да се извършва по спешност, защото това е единственият сигурен начин за спирането и овладяването на възпалителния процес. Независимо от това Вие следва да получите и антибактериален препарат, насочен към най-честите причинители на инфекцията в тази област.

Пилонидалната киста, или както е известна в българската медицинска литература като дермоидна киста, е заболяване, което се развива в областта на опашната част на гръбначния стълб непосредствено в дълбочината на подкожните слоеве или непосредствено пред гръбначния стълб. Заболяването винаги започва един остър период в

резултат на инфектирането на измененията и тогава се установява тяхното наличие. Лечението е само оперативно като първоначално се прави само инцизия и едва след преминаването на острите инфектни появи е възможно плановото радикално оперативно лечение.

Оперативно лечение при перианалният абсцес

Под наркоза или местна упойка, а в някои случаи и само с обезчувствяване на мястото, се прави разрез на кожата и подкожната мастна съединителна тъкан, за да се достигне до абсцесната кухина или до некротичните тъкани. Абсцесната кухина напълно се изпразва и се промива с антисептични разтвори, а намерените мъртви некротични тъкани се отстраняват до здраво. След това и при тях се извършва промиване с антисептични разтвори. За целта хирургът използва следните разрези :

- кръстовиден;
- радиерен;
- дъговиден;
- ъглови разрези или комбинации от тях в зависимост от това накъде се е разпространил процесът и кои пространства около дебелото черво следва да бъдат отворени или дренирани.

Какви усложнения и странични въздействия могат да се проявят?

Оперативното лечение на острия парапроктит е рутинна лекарска операция, която в повечето случаи протича без усложнения. За няколко часа или дни може да се появи чувство за натиск в ануса, напъни за изхождане и/или силни болки. Възможно е външно на ануса да се появи оток, който в повечето случаи спада от само себе си. Възможно е да се появи оточност на съществуващи преди това във Вашето анално отверстие хемороидални възли. Много редки са случаите на нараняване на сфинктера и пробиване на стената на правото черво с инструментите. Такива наранявания в повечето случаи предизвикват само временно отслабване на сфинктера, при което се нарушава контролирането на изпражненията и усещането за изхвърляне на изпражнения. Обикновено до половин година преминават тези оплаквания, които освен на частичното нараняване на мускулния апарат се дължат и на участието на последния във възпалителния процес. Дори това може да се случи при болни, при които няма никакво нараняване на мускулатурата на свивачите. Освен това са възможни леки наранявания на лигавицата на ануса, които в някои случаи кървят, щипят или предизвикват силен сърбеж, но по правило заздравяват без допълнително лечение. Временните проблеми с изпразването на пикочния мехур могат да наложат поставянето на катетър. Те са резултат от дразнене по съседство.

В някои случаи след операцията се проявяват леки кръвотечения. Силните кръвотечения, изискващи оперативно спиране на кръвотечението или преливане на кръв (трансфузии), са изключително редки. Те могат да се проявят в рамките на няколко дни след интервенцията.

В отделни случаи в хемороидалните възли, които не могат да бъдат отстранени, се образуват много болезнени тромбози. В повечето случаи с използването на лекарствени средства оплакванията биват намалени. Много редки са случаите на инфекция с опасност от образуване на фистули или трудно заздравяващи язви (анални фисури). Редките случаи на стесняване (стеноза) на ануса резултират в тънки като молив изпражнения и болки при изхождане.

Както след всяка оперативна интервенция в големите вени могат да се образуват кръвосъсиреци (тромбоза), които се движат с кръвта и могат да запушат далечен кръвоносен съд (емболия). Когато като превантивно средство срещу тромбози се поставят инжекции с “Хепарин”, сериозни нарушения в кръвосъсирването се наблюдават много рядко.

Значението, което имат за операцията евентуални предишни или съпътстващи заболявания (напр. на сърцето, кръвообращението, белите дробове, черния дроб,

нарушения на кръвосъсирването) ще обсъдим с Вас отделно.

Възможни налагащи се допълнителни или последващи интервенции

Кръвопреливането или преливането на кръвни продукти (трансфузия) се налага много рядко; в такива случаи не може да се изключи евентуално инфектиране, напр. с хепатитни вируси (възпаление на черния дроб, 1:50 000) или СПИН (около 1: 1 000 000 кръвни банки). В повечето случаи, поради малката вероятност да се наложи трансфузия, автокръвопреливането не е целесъобразно. При предварителния разговор с Вас ще Ви дадем допълнителни консултации.

Не са лишени от риск и подготвителните, съпътстващите или последващите мерки. Така напр. инфузиите (поставянето на системи) или инжекциите в редки случаи могат да предизвикат нараняване на тъканите на определени места (абсцеси от инжектирането, некрози, възпаление на нерви и /или вени).

Молим Ви да попитате, ако искате да знаете повече!

Молим Ви, непременно съблюдавайте следното!

Ако лекарят не е предписал друго:

Преди интервенцията

В повечето случаи правото черво се почиства с клизма. Молим, спазвайте точно указанията, които ще получите в тази връзка.

Не се хранете и не пийте течности без да сте се консултирали със своя личен лекар или с лекуващият хирург.

След интервенцията

Ако интервенцията е предприета в амбулаторни условия, нека Ви придружи близък човек, тъй като след операцията реакциите Ви могат да бъдат намалени, вследствие на използваните за анестезиране и/или обезболяване средства. Ще Ви съобщим кога отново можете да управлявате автомобил, да работите с поточни линии и машини или да пиете алкохол. В този период не трябва да вземате и важни решения.

Ако се повиши температурата Ви над 38 градуса, появят се болки, зачервяване или кървене на раните, незабавно информирайте Вашия лекар. Същото е валидно и ако оплакванията при изхождане (запек, диария) са съпроводени с болки в корема, дори и тези оплаквания да се появят едва няколко дни след операцията.

Ако имате външни рани, до оздравяването им (около 4 – 6 седмици) трябва след всяко изхождане и още 2 – 3 пъти дневно да правите превръзки. В началото, ако е необходимо, можете да приемате леки слабителни препарати, но не трябва да ги ползвате постоянно. За предпочитане е последните да са естествени продукти от природата, а не химически вещества. Спазвайте за продължителен период анална хигиена (измиване с вода след всяко изхождане) и се хранете с богата на баластни вещества храна, за да поддържате изпражненията си меки. Избягвайте силни напъни при изхождане. Използвайте предписаните Ви лекарства, унгвенти и свещички.

КП № 182 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ХЕРНИИ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Възстановяване на ингвинална херния

Възстановяване на детско хидроцеле
Включва: графт
протеза
Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30614-02 Възстановяване на ингвинална херния, едностранно

30609-02 Лапароскопско възстановяване на ингвинална херния, едностранно

Възстановяване на ингвинална херния

Възстановяване на детско хидроцеле
Включва: графт
протеза
Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30609-03 Лапароскопско възстановяване на ингвинална херния, двустранно

30614-03 Възстановяване на ингвинална херния, двустранно

Възстановяване на ингвинална херния

Възстановяване на детско хидроцеле
Включва: графт
протеза
Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30614-03 Възстановяване на ингвинална херния, двустранно

Възстановяване на феморална херния

Включва: графт
протеза
Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30614-00 Възстановяване на феморална херния, едностранно

Възстановяване на феморална херния

Включва: графт
протеза
Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30614-01 Възстановяване на феморална херния, двустранно

Възстановяване на пъпна, епигастрална или на линеа алба херния

Включва: графт
протеза
Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30617-00 Възстановяване на пъпна херния
Не включва: възстановяване на екзомфалос (виж блок [924])

Възстановяване на инцизионна херния

Инцизионна херниопластика
Възстановяване на инкарцерирана, обструктивна, странгулирана инцизионна херния
Не включва: възстановяване на околостомна херния (30563 [994])

30403-00 Възстановяване на инцизионна херния

Възстановяване на пъпна, епигастрална или на линеа алба херния

Включва: графт
протеза
Не включва: тази при инкарцерирана (обструктивна) (странгулирана) херния (30615-00 [997])

30617-01 Възстановяване на епигастрална херния

Възстановяване на друга херния на абдоминална стена

Възстановяване на:
• инкарцерирана, обструктивна, странгулирана или други хернии на коремна стена
• вентрална херния
Включва: с последващо затваряне на екзомфалос или гастросхизис

30403-01 Възстановяване на друга херния на коремна стена

30405-05 Възстановяване на друга херния на коремна стена с резекция на странгулирано черво
Включва: анастомоза

Възстановяване на инцизионна херния

Инцизионна херниопластика
Възстановяване на инкарцерирана, обструктивна, странгулирана инцизионна херния
Не включва: възстановяване на околостомна херния (30563 [994])

30405-01 Възстановяване на инцизионна херния с протеза

Възстановяване на друга херния на абдоминална стена

Възстановяване на:
• инкарцерирана, обструктивна, странгулирана или други хернии на коремна стена
• вентрална херния
Включва: с последващо затваряне на екзомфалос или гастросхизис

30405-04 Възстановяване на други хернии на коремна стена с протеза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия минимум I ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия" или клиника/отделение по детска хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия" за деца под 9 години и най-малко на първо ниво на компетентност за деца над 9 години.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. Клинична лаборатория*
4. Образна диагностика

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Меш (платно) за пластика на коремната стена	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за ендоскопска хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари, с придобита медицинска специалност по хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции и операции за вродени хернии на деца до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на:

1. неусложнена придобита ингвинална херния при деца;
2. неусложнена конгенитална ингвинална херния след таксис;
3. феморална херния - нерепонибилна.
4. неусложнена придобита ингвинална херния при възрастни;
5. плъзгаща се херния;
6. херния акрета;
7. феморална неусложнена херния;
8. ингвиноскротална херния;
9. наличие на херния с клинична симптоматика, водеща до промяна в качеството на живот.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Пластиката на херниалния дефект се определя според анатомичните особености, вида на хернията и опита на хирурга.

При начални малки индиректни хернии се стеснява дълбокият слабинен отвор. **При индиректни хернии** с големи дефекти се представя цялата задна слабинна стена и след преценка на тъканните ресурси се извършва пластична реконструкция на задната стена с еднослойна или многослойна пластика.

При деца същността на операцията се свежда до отпрепариране и резекция на необлитериралия процесус вагиналис перитонеи, който представлява херниалния сак. При отваряне на предната стена, тя се затваря с единични шевове или чрез пластична реконструкция.

При съпътстваща ретенция или малпозиция на тестиса, на същия оперативен етап се извършва оперативен десцензус на тестиса и орхидопексия. При деца от най-ранна възраст това може да се извърши и без отваряне предната стена на ингвиналния канал – след херниотомията се стеснява само външният му отвор.

При директни хернии пластиката на задната стена трябва да се извършва без напрежение на шевовете, като се предпочитат еднослойни или дублициращи пластики, съчетани при преценка с релаксиращи инцизии.

Пластика с използване на мрежи от изкуствени материали може да се приложи при големи рецидивни, плъзгащи се и комбинирани хернии със некачествени фасциални слоеве. Същото важи и при двустранни слабинни хернии.

При постоперативните хернии оперативната интервенция включва откриване на дефекта и обработка на херниалния сак и пластично закриване на дефекта чрез послойно възстановяване на перитонеум мускули и фасциални структури. При обширни дефекти и недобре оформени фасциални структури пластиката е препоръчително да се извърши и с поставяне на изкуствени платна - протези.

При умбиликалните и епигастралните хернии пластиката най-често включва изграждане на дубликатура от апоневротичните сегменти или при много малки херниални дефекти просто надшиване на дефекта. При големи дефекти уместно е използването на протезни платна.

При Шпигелови хернии когато дефектът е малък се извършва пластика с просто надшиване, а при по-големи дефекти, разположени в мускулните групи, използването на протезни платна е препоръчително.

При тазовите хернии възстановяването на дефекта след репониране на херниалното съдържимо обикновено е необходимо и се предпочита да бъде направено с използване на протезно платно, освен ако не са налице данни за септично състояние.

Оперативните интервенции при херниите на предната коремна стена както и при диафрагмалните хернии могат да бъдат извършени и по лапароскопски метод, при наличие на пълно оборудване за това и добре трениран екип в лапароскопските операции.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя постоперативно.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Какво представлява хернията?

Хернията представлява преминаване на коремни органи или части от тях (тънко черво, дебело черво, було, стомах), обвити в херниален сак, през дефекти (отвори) на коремната стена навън или в други кухини.

Какви усложнения могат да настъпят от това?

Най-често може да настъпи заклещване на хернията. То не може да бъде предвидено със сигурност. Условия за получаване на това усложнение са тесен херниален отвор, прираснало херниално съдържимо, напредналата възраст. Това усложнение е придружено с остра болка в областта, невъзможност за прибиране на хернията, подуване на корема, спиране на отделянето на газове и изпражнения. При ненавременно лечение заклещването може да доведе до пробив в стената на черво или друг кух орган и развитие на разпространено възпаление на коремницата – перитонит. Това състояние е пряко застрашаващо Вашия живот и налага спешно оперативно лечение.

Всичко това ни дава основание да Ви препоръчаме оперативно лечение преди настъпването на такива усложнения.

Операцията е препоръчителна веднага след поставянето на диагнозата или в кратък срок след това, ако е необходима предоперативна подготовка.

Вродената херния при деца трябва да се оперира в срочен порядък поради опасност от инкарцерация. Препоръчва се оперативното лечение при момичета да се извърши след поставяне на диагнозата, независимо от възрастта, поради опасност от заклещване на яйчника. При момчетата операцията се извършва не по-рано от навършване на двумесечна възраст.

Неоперативни методи за лечението на херниите не съществуват и не се препоръчват.

Носенето на бандаж не е препоръчително, тъй като не лекува хернията, предизвиква дразнене на кожата и сраствания между пластовете на коремната стена, които утежняват операцията.

Рисковете за Вас при планова оперативна интервенция са минимални, докато при развили се вече усложнения те нарастват.

Какво Ви предстои след приемане в болницата?

Лекуващият лекар ще Ви прегледа и ще назначи изследвания, които до този момент не са направени и са належащи за предстоящата операция. Могат да Ви бъдат проведени кръвни изследвания, ЕКГ, рентгенови изследвания, ендоскопски изследвания и други. За тях ще бъде взето Вашето съгласие допълнително.

Ако е необходимо, лекуващият лекар ще назначи медикаментозно лечение с оглед подготовката Ви за операция. Той ще обсъди с Вас намеренията на екипа за методите на предстоящата операция. След като бъдете запознати с тях, ще Ви бъде поискано писмено съгласие за оперативното лечение.

Оперативното лечение ще бъде проведено под обща или локална анестезия, за което изрично ще бъдете уведомен и ще бъде поискано Вашето съгласие.

При операция за херния може да се използва изкуствена материя (мрежи) за укрепване на херниалния дефект. Тази техника не е задължителна, но е целесъобразна при големи дефекти и при рецидивни хернии.

Херниотомията може да се извърши и по лапароскопски път, по желание на пациента. Операцията е целесъобразна при начална херния.

Престоят Ви в клиниката ще бъде не по-малко от един ден, през което време от Вас ще се изисква активно да съдействате в лечебния процес.

Извършена от опитен хирург операцията води до пълно възстановяване на работоспособността в рамките на един месец, а при физическите работници - до три месеца. Сексуалният живот не би трябвало да е нарушен. При наличие на допълнителни рискови обстоятелства, които повишават възможността за поява на рецидив, хирургът ще Ви даде допълнителни указания.

Ако решите да прекратите лечебния процес, можете да направите това по всяко време, без да се налага да давате обяснения. В такъв случаи обаче, е необходимо да изразите това си намерение писмено в медицинската документация, като с това сваляте отговорността на лекуващия Ви екип за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

При изписването Ви лекуващият екип ще издаде заключителна епикриза, която обхваща всички диагностични и лечебни процедури през време на престоя Ви, както и мнение за последващия хигиенно-диетичен режим и медикаментозно лечение при необходимост.

Информация за Вашето състояние ще бъде давана само на Ваши близки и роднини по пряка линия, освен ако Вие изрично не пожелаете друго.

Благодарим Ви за внимателното прочитане на тези информация.

КП № 183 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ХЕРНИИ С ИНКАРЦЕРАЦИЯ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Възстановяване на инкарцерирана, обструктивна или странгулирана херния

Възстановяване на инкарцерирана, обструктивна, странгулирана херния:
- диафрагмална
- епигастрална
- феморална
- ингвинална
- на линия алба
- обтураторна
- умбиликална

30615-00 Възстановяване на инкарцерирана, обструктивна или странгулационна херния

Не включва: тези за:
- инцизионна херния (виж блок [993])
- вентрална херния (виж блок [996])

Възстановяване на друга херния на абдоминална стена

Възстановяване на:
- инкарцерирана, обструктивна, странгулирана или други хернии на коремна стена
- вентрална херния

Включва: с последващо затваряне на екзомфалос или гастросхизис

30405-04 Възстановяване на други хернии на коремна стена с протеза

Възстановяване на инцизионна херния

Инцизионна херниопластика
Възстановяване на инкарцерирана, обструктивна, странгулирана инцизионна херния

Не включва: възстановяване на околостомна херния (30563 [994])

30403-00 Възстановяване на инцизионна херния

Възстановяване на друга херния на абдоминална стена

Възстановяване на:
- инкарцерирана, обструктивна, странгулирана или други хернии на коремна стена
- вентрална херния

Включва: с последващо затваряне на екзомфалос или гастросхизис

30403-01 Възстановяване на друга херния на коремна стена

Възстановяване на инцизионна херния

Инцизионна херниопластика
Възстановяване на инкарцерирана, обструктивна, странгулирана инцизионна херния

Не включва: възстановяване на околостомна херния (30563 [994])

30405-01 Възстановяване на инцизионна херния с протеза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностична процедура от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия/детска хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Допуска се отделение/клиника по хирургия от I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности по тази КП в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво, с изключение на изискванията за персонал.

При дейности за лица над 9 годишна възраст, извършвани в условия на спешност, се допуска отделение/клиника по хирургия/детска хирургия от I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности по тази КП в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво, с изключение на изискванията за брой персонал. В тези случай дейностите по интензивно лечение следва да отговарят на първо ниво съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение". Договор при тези условия ЛЗБП може да сключи само в случай, че на територията на населеното място няма друго лечебно заведение, сключило договор по тази КП за тази възрастова група.

При лица до 9 годишна възраст клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение с минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Меш (платно) за пластика на коремната стена	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Консумативи за ендоскопска хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия

или

лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение на хернии при:

- деца (поради опасност от инкарцерация):

при момичета - след поставяне на диагнозата, независимо от възрастта;
при момчета - след навършване на двумесечна възраст.

- ингвинална херния след таксис.
- заклещена херния (феморална и/или ингвинална), неподлежаща на таксис.
- заклещена комбинирана херния (директна, индиректна и феморална).

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Пластиката на херниалния дефект се определя според анатомичните особености, вида на хернията и опита на хирурга.

При инкарцерирани хернии първоначално се отваря херниалният сак, улавя се и се ревизира херниалното съдържимо, а след това се разширява херниалната шийка. След период на изчакване и оценка на възстановената жизненост на инкарцерирания орган се решава неговата съдба, евентуално резекция на оментум, черво или друг орган.

При инкарцерирана херния с данни за перитонит е препоръчително извършването на допълнителна долна срединна лапаротомия с ревизия на коремната кухина, резекция на засегнатата част от чревния тракт, първична анастомоза, евентуална илеостомия, лаваж и дренаж на коремната кухина. **Разумно е по преценка пластиката на ингвиналния канал да се отложи за втори етап** след отзвучаване на септичните усложнения.

След успешен таксис операцията може да се отложи до следващия ден с оглед добра предоперативна подготовка, но при постоянно наблюдение на болния. Хирургичната намеса от спешна става планова, но не се отлага за дълъг срок.

Херниотомията може да се извърши при възможност и по лапароскопски път. Операцията е целесъобразна при начална инципиентна херния.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя постоперативно.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Какво представлява хернията?

Хернията представлява преминаване на коремни органи или части от тях (тънко черво, дебело черво, було, стомах), обвити в херниален сак, през дефекти (отвори) на коремната стена навън или в други кухини.

Какви усложнения могат да настъпят от това?

Най-често може да настъпи заклещване на хернията. То не може да бъде предвидено със сигурност. Условия за получаване на това усложнение са тесен херниален отвор, прираснало херниално съдържимо, напредналата възраст. Това усложнение е придружено с остра болка в областта, невъзможност за прибиране на хернията, подуване на корема, спиране на отделянето на газове и изпражнения. При ненавременно лечение заклещването може да доведе до пробив в стената на черво или друг кух орган и развитие на разпространено възпаление на коремницата – перитонит. Това състояние е пряко застрашаващо Вашия живот и налага спешно оперативно лечение.

Всичко това ни дава основание да Ви препоръчаме оперативно лечение преди настъпването на такива усложнения.

Операцията е препоръчителна веднага след поставянето на диагнозата или в кратък срок след това, ако е необходима предоперативна подготовка.

Вродената херния при деца трябва да се оперира в срочен порядък поради опасност от инкарцерация. Препоръчва се оперативното лечение при момичета да се извърши след поставяне на диагнозата, независимо от възрастта, поради опасност от заклещване на яйчника. При момчетата операцията се извършва не по-рано от навършване на двумесечна възраст.

При новородени с омфалоцеле и лапаросхиза се касае за вроден дефект на предната коремна стена, през който излизат коремни органи. Омфалоцелето е с херниален сак, образуван от амниотичната мембрана, докато при лапаросхизата няма херниален сак. Операцията се извършва по спешност при лапаросхиза и руптурирало омфалоцеле, а при неусложнено омфалоцеле - с отсрочена спешност в рамките на часове при съответни грижи. Целта на операцията е да се възстанови дефектът на коремната стена, което може да се постигне със собствени тъкани при малък дефект/едноетапно. При по - голям дефект се извършват по - сложни оперативни намеси, които в някои случаи налагат прилагането на алотрансплантати.

Неоперативни методи за лечението на херниите не съществуват и не се препоръчват.

Носенето на бандаж не е препоръчително, тъй като не лекува хернията, предизвиква дразнене на кожата и сраствания между пластовете на коремната стена, които утежняват операцията.

Рисковете за Вас при планова оперативна интервенция са минимални, докато при развили се вече усложнения те нарастват.

Какво Ви предстои след приемане в болницата?

Лекуващият лекар ще Ви прегледа и ще назначи изследвания, които до този момент не са направени и са належащи за предстоящата операция. Могат да Ви бъдат проведени кръвни изследвания, ЕКГ, рентгенови изследвания, ендоскопски изследвания и други. За тях ще бъде взето Вашето съгласие допълнително.

Ако е необходимо, лекуващият лекар ще назначи медикаментозно лечение с оглед подготовката Ви за операция. Той ще обсъди с Вас намеренията на екипа за методите на предстоящата операция. След като бъдете запознати с тях1 ще Ви бъде поискано писмено съгласие за оперативното лечение.

Оперативното лечение ще бъде проведено под обща или локална анестезия, за което изрично ще бъдете уведомен и ще бъде поискано Вашето съгласие.

При операция за херния може да се използва изкуствена материя (мрежи) за укрепване на херниалния дефект. Тази техника не е задължителна, но е целесъобразна при големи дефекти и при рецидивни хернии.

Херниотомията може да се извърши и по лапароскопски път, по желание на пациента. Операцията е целесъобразна при начална херния.

Престоят Ви в клиниката ще бъде не по-малко от един ден, през което време от Вас ще се изисква активно да съдействате в лечебния процес.

Извършена от опитен хирург операцията води до пълно възстановяване на работоспособността в рамките на един месец, а при физическите работници - до три месеца. Сексуалният живот не би трябвало да е нарушен. При наличие на допълнителни рискови обстоятелства, които повишават възможността за поява на рецидив, хирургът ще Ви даде допълнителни указания.

Ако решите да прекратите лечебния процес, можете да направите това по всяко време, без да се налага да давате обяснения. В такъв случаи обаче, е необходимо да изразите това си намерение писмено в медицинската документация, като с това сваляте отговорността на лекуващия Ви екип за по-нататъшното Ви здравословно състояние.

При изписването Ви лекуващия екип ще издаде заключителна епикриза, която обхваща всички диагностични и лечебни процедури през време на престоя Ви, както и мнение за последващия хигиенно-диетичен режим и медикаментозно лечение при необходимост.

Информация за Вашето състояние ще бъде давана само на Ваши близки и роднини по пряка линия, освен ако Вие изрично не пожелаете друго.

Благодарим Ви за внимателното прочитане на тази информация!

КП № 184 КОНВЕНЦИОНАЛНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Холецистектомия	
30443-00	Холецистектомия

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове , посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия/детска хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

При дейности, извършвани в условия на спешност, се допуска отделение/клиника по хирургия/детска хирургия от I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности по тази КП в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво, с изключение на изискванията за брой персонал. В тези случай дейностите по интензивно лечение следва да отговарят на първо ниво съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение". Договор при тези условия ЛЗБП може да сключи само в случай, че на територията на населеното място няма друго лечебно заведение, сключило договор по тази КП.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология**

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

Лечебното заведение трябва да има структура по патоанатомия или да ползва по договор външна (намираща се на територията на населеното място).

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия

или

лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции на деца до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение при:

1. остър холецистит;
2. остър холецистит със сепсис;
3. жлъчна криза, неовладима в извънболнични условия;
4. литогенен обтурационен илеус;
5. остър билиопанкреатит;
6. емпием на жлъчен мехур;
7. екзацербиращ калкулозен холецистит;
8. билиодигестивна фистула;
9. синдром на Мирици, съмнение за билио-билиарна фистула;
10. съмнение на карцином на жлъчния мехур;
11. холангит, холангиолит, холангиохепатит;
12. холедохолитиаза;
13. холангиолитни микроабсцеси, чернодробен абсцес;
14. билиодигестивна фистула, синдром на Бовере;
15. литогенен илеус;
16. папилит, стенозиращ одит.

Планирано диагностично уточняване и лечение на:

1. Неусложнен калкулозен холецистит.
2. Калкулозен холецистит с мехурни усложнения:
   - фиброскlеротичен жлъчен мехур.
3. Извънмехурни усложнения на калкулозния холецистит:
   - хроничен билиопанкреатит.
4. Холецистит без данни за калкулоза.
5. Други уточнени болести на жлъчния мехур.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Основна хирургическа намеса е холецистектомията, извършена по конвенционален метод. При операцията по мануален път или чрез допълнителни интраоперативни диагностични способи се извършва ревизия на съседните органи. При наличие на извънмехурни усложнения на заболяването има показания за отваряне на холедоха – ревизия на жлъчните пътища, отстраняване на механични пречки и осигуряване на свободно оттичане на жлъчката към чревния тракт чрез обходна билиодигестивна анастомоза, чрез папилотомия или папилопластика.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

Постоперативно и след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Жлъчно-каменната болест – камъни в жлъчния мехур (холелитиаза) е много често заболяване. Заболяването се среща по-често при жените – при всяка пета жена над 40 години се образуват жлъчни камъни. Мъжете боледуват по-рядко, но по-тежко и с по-чести усложнения.

Много от хората с жлъчни камъни нямат сериозни оплаквания. Поради това лекарите говорят за "няма" или малкосимптомна жлъчнокаменна болест. Само около 20% имат типични клинични симптоми - **кризисни болки** (болка, която трае известно време и после отзвучава). В тези случаи заболяването е свързано със сериозни ранни или късни усложнения, което налага неговото лечение. **Основния метод на избор за лечение е оперативният.**

Разположение и функция на жлъчния мехур

Жлъчният мехур е малък орган с формата на круша, разположен в горната дясна коремна половина под черния дроб и прираснал към него. Неговата функция е да събира и концентрира (сгъстява) жлъчката, образувана в черния дроб, както и да я освобождава в дванадесетопръстното черво в точно определено време, за да подпомогне и да участва в смилането на храната. Жлъчният мехур е свързан с черния дроб и дванадесетопръстното черво посредством система от канали, наречени жлъчни канали или жлъчни пътища, а заедно с жлъчния мехур - жлъчна система. Тези канали се отварят в стената на дванадесетопръстника с малък отвор, наречен папила, имаща собствен кръгов мускул, който я отваря или затваря.

Какво представляват жлъчните камъни и какви видове съществуват?

Жлъчните камъни са частици твърда материя, които се образуват в жлъчния мехур. С времето някои достигат големи размери.

Пигментните камъни са малки и тъмни на цвят. Образуват се от билирубин и калциеви соли. Повишен риск за формирането им съществува при лица с чернодробна цироза, инфекции или вродени аномалии на жлъчната система и вродена хемолитична анемия (състояние, при което е повишено разрушаването на червените кръвни клетки).

Жлъчните камъни са много различни по големина - от малки зрънца (песъчинки) до топче за тенис на маса. По-големите камъни често са единични, а малките - множество на брой (десетки до стотици).

Кои лица имат повишен риск за образуване на камъни в жлъчния мехур?

Голям процент от болните с жлъчни камъни приемат големи количества храна, особено богата на животински мазнини и имат наднормено тегло. В тези случаи съдържанието на холестерол в жлъчния мехур е голямо, а жлъчните киселини и изпразването на мехура – намалени.

От друга страна, холестеролът нараства много в жлъчния мехур и при продължително гладуване, диети водещи до бързо отслабване, нискокалорийно хранене - поради разграждане на мазнините от тялото и "задръстването" на жлъчния мехур с тях.

Повишените нива на женските полови хормони (естрогени) при **бременност, лечение с хормони или прием на медикаменти против забременяване** също водят до нарастване концентрацията на холестерола в жлъчката и намаляване на двигателната функция на мехура, съответно образуване на жлъчни камъни.

Все още **остава неясна връзката между начина на хранене и образуването на камъни.** Въпреки това бедната на фибри и богата на холестерол и тестените храни диета е свързана с образуване на жлъчни камъни.

Кои са симптомите на жлъчнокаменната болест?

В повечето случаи жлъчно-каменната болест може да протече без сериозни клинични оплаквания и диагнозата да се постави случайно, най-често при ехографско изследване на коремните органи по повод на друго заболяване/оплакване. В тези случаи се говори за "няма" или малкосимптомна холелитиаза. Това може да продължи с години. Най-често, лечение не е необходимо.

Жлъчна криза – силна болка се наблюдава, когато камък запуши изхода на жлъчния мехур и жлъчката не може да го напусне.

Какви проблеми могат да възникнат?

Жлъчната криза обикновено започва внезапно, със силна болка в горната половина на корема. Продължава от 20 - 30 минути до няколко часа.

Болката може да се разпространи вдясно към гърба и дясното рамо, да е придружена от гадене или повръщане. Често кризите се повтарят през различни периоди от време - седмици, месеци или години.

Запушването на изхода на жлъчния мехур от камък води до неговото възпаление, наречено "холецистит". Той може да протече остро и да се наложи отстраняване на мехура по спешност, поради опасност от спукването му и изтичане на жлъчка в коремната кухина. Това предизвиква остро възпаление, наречено "перитонит".

Много по-често възниква хронично възпаление на жлъчния мехур – хроничен холецистит, с мехурни усложнения. Камъкът може да изпадне и в жлъчния канал, който свързва мехура с червото. Това сериозно усложнение, наречено "холедохолитиаза", пречи на изтичането на жлъчка и води до "жълтеница"- жълта оцветка на кожата, възпаление на жлъчните канали ("холангит") или остро възпаление на задстомашната жлеза ("остър панкреатит").

Продължителното запушване на жлъчните канали може да доведе до тежко увреждане на жлъчния мехур, черния дроб или панкреаса, които могат да бъдат фатални. В тези случаи се наблюдават висока температура с треска, жълтеница и постоянна болка. Особено характерна е жълтеницата, която може да нараства постоянно, да флуктуира с няколко пристъпа на пожълтяване и избледняване, или след пожълтяване да последва избледняване, което може да е свързано с преход (миграция) на малък камък през папилата към червата. Тази жълтеница не е равностойна на жълтеницата при инфекциозен хепатит.

Как се поставя диагнозата камъни в жлъчния мехур?

Много често камъните в жлъчния мехур се диагностицират случайно при рентгенологично, ехографско или компютърно - томографско изследване по повод друго заболяване или оплакване.

При насочено търсене на жлъчни камъни се извършва ехографско изследване на корема, при което се получава образ на органите в него с помощта на звукови вълни. Това е безболезнен, неувреждащ и неагресивен метод на изследване, който не нарушава целостта на кожата и тялото и не прониква в него. Не води до усложнения, няма странични ефекти и радиация.

При мигриране на камъните от жлъчния мехур в жлъчните канали (холедохолитиаза), особено при поява на жълтеница, се налага ендоскопско изследване, свързано с проникване на гастроскоп през устата до дванадесетопръстника, вкарване на катетър през папилата, впръскване на контрастно вещество в жлъчните канали под ренгенов екран и извършването на рентгенови снимки. Това изследване подпомага диагнозата и може да бъде последвано от ендоскопска манипулация - срязване (разцепване) на папилата.

Оперативно лечение.

Хирургичното премахване на жлъчния мехур, наречено “холецистектомия”, е една от най-безопасните операции. Тя е и една от най-честите операции по света. При остро възникнали усложнени форми на жлъчно-каменната болест тази операция е единствената възможност за лечение и е животоспасяваща. Оперативното лечение е основно средство на избор в лечението на жлъчно-каменната болест. За някои пациенти обаче операцията все още е психологически проблем или е свързана с повишен риск за живота поради много напреднала възраст и/или тежки придружаващи заболявания.

Стандартната холецистектомия се провежда по класическия начин с отваряне на коремната кухина (чрез разрез на коремната стена до 15 см.) и отстраняване на жлъчния мехур заедно с жлъчните камъни в него. Извършва се под обща упойка. Болничният престой е до една седмица.

Възстановителният период може да продължи до един месец (в къщи). Понякога оплакванията, които пациентът е имал и преди операцията, може да продължат. Това най-често се наблюдава при пациенти с многократни кризи и отлагане многократно на предлаганата им операция в продължение на години.

Кои са алтернативните (заместващите) оперативните методи на лечение?

Алтернативните методи за лечение се провеждат при много малък брой случаи поради това, че са ефективни само при определени много тесни условия. Рецидивите са чести, тъй като със запазването на жлъчния мехур условията за образуване на камъни продължават да съществуват.

Ако имате въпроси след прочитането на тази информация, задайте ги на Вашия лекар, които ще Ви отговори и обясни!

КП № 185 ЛАПАРОСКОПСКА ХОЛЕЦИСТЕКТОМИЯ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Холецистектомия	
30445-00	Лапароскопска холецистектомия

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове , посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия/детска хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия". При дейности, извършвани в условия на спешност, се допуска отделение/клиника по хирургия/детска хирургия от I ниво на компетентност да осъществява диагностично-лечебни дейности по тази КП в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника от II ниво, с изключение на изискванията за брой персонал. В тези случаи дейностите по интензивно лечение следва да отговарят на първо ниво съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение". Договор при тези условия ЛЗБП може да сключи само в случай, че на територията на населеното място няма друго лечебно заведение, сключило договор по тази КП.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ

4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология***

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

Лечебното заведение трябва да има структура по патоанатомия или да ползва по договор външна (намираща се на територията на населеното място).

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Стерилни полиетиленови ръкави за глава на камерата	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за ендоскопска хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- лекар със специалност по хирургия, притежаващ диплом (сертификат) за правоспособност по лапароскопска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата по т. 1.4 се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение при:

1. остър холецистит;
2. остър холецистит със сепсис;
3. жлъчна криза, неовладима в извънболнични условия;
4. литогенен обтурационен илеус;
5. остър билиопанкреатит;
6. емпием на жлъчен мехур;
7. екзацербиращ калкулозен холецистит;
8. билиодигестивна фистула;
9. синдром на Мирици, съмнение за билио-билиарна фистула;
10. съмнение на карцином на жлъчния мехур;
11. холангит, холангиолит, холангиохепатит;
12. холедохолитиаза;
13. холангиолитни микроабсцеси, чернодробен абсцес;
14. билиодигестивна фистула, синдром на Бовере;
15. литогенен илеус;
16. папилит, стенозиращ одит.

Диагностично уточняване и лечение на:

1. неусложнен калкулозен холецистит;
2. калкулозен холецистит с мехурни усложнения:
   - фиброскlеротичен жлъчен мехур;
3. извънмехурни усложнения на калкулозния холецистит:
   - хроничен билиопанкреатит;
4. холецистит без данни за калкулоза;
5. други уточнени болести на жлъчния мехур

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Основна хирургическа намеса е холецистектомия, извършена по лапароскопски метод. При операцията визуално или чрез допълнителни интраоперативни диагностични способи се извършва ревизия на съседните органи. При наличие на извънмехурни усложнения на заболяването и при показания се извършва-отваряне на холедоха, ревизия на жлъчните пътища, отстраняване на механични пречки и осигуряване на свободно оттичане на жлъчката към чревния тракт чрез обходна билиодигестивна анастомоза, външен дренаж, папилотомия или папилопластика.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно и след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен пасаж;
- нормално зарастващи оперативни рани;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Холелитиазата (жлъчно-каменна болест или **камъни в жлъчния мехур)** е много често заболяване. По-често се среща при жените, като при всяка пета жена над 40 години се образуват жлъчни камъни. Мъжете боледуват по-рядко, но по-тежко, с чести усложнения. Наличието на камъни обуславя развитието на инфекция в жлъчката и хронично възпаление на жлъчния мехур.

Хроничен възпалителен процес понякога се развива и без наличието на камъни, поради особена форма и структура на жлъчните канали и нарушено оттичане на жлъчката.

Нарушеното оттичане на жлъчка поради особена форма и структура на каналите, понякога води до чести жлъчни кризи с типични болки, гадене и повръщане дори и без наличие на камъни и без наличие на хронично възпаление. В такива случаи се говори за **дискинезия на жлъчните пътища**.

Доброкачествените и злокачествени заболявания на жлъчния мехур са туморни процеси, при които ненормално се разраства определена тъкан в неговата стена. Обикновено оплакванията са нехарактерни или често липсващи, но при установяване на такова заболяване е необходима интервенция с отстраняване на мехура без отлагане на оперативната намеса.

Много хора при хроничен холецистит с или без жлъчни камъни нямат сериозни оплаквания. Поради това лекарите говорят за “няма” или малкосимптомна болест. В някои случаи болестта се изявява като оплаквания от страна на стомаха, с киселини и болка “под лъжичката” или колитни оплаквания с подуване на корема, колики и газове в дебелото черво. Само около 20% имат типични клинични симптоми - ***кризисни болки*** (болка, която трае известно време и после отзвучава). Заболяването е свързано със сериозни ранни или късни усложнения. Такива са острото възпаление на жлъчния мехур, развиващо се до емпием (загнояване) или перфорация (спукване) на мехура. В други случаи се получава мигриране (преминаване) на камък в жлъчните канали и се развива механичен иктер (жълтеница). Макар и в редки случаи, при дългогодишно страдание е възможно развитието на туморен процес на жлъчния мехур. **Основния метод на избор за лечение е оперативният.**

Разположение и функция на жлъчния мехур

Жлъчният мехур е малък орган с формата на круша, разположен в горната дясна коремна половина под черния дроб и прираснал към него. Неговата функция е да събира и концентрира (сгъстява) жлъчката, образувана в черния дроб, като я освобождава в дванадесетопръстното черво в точно определено време, за да участва в смилането на храната. Жлъчният мехур е свързан с черния дроб и дванадесетопръстното черво посредством система от канали, наречени жлъчни канали или жлъчни пътища, а заедно с жлъчния мехур – жлъчна система. Тези канали се отварят в стената на дванадесетопръстника с малък отвор, наречен папила, имаща собствен кръгов мускул, който я отваря или затваря.

Какво представляват жлъчните камъни и какви видове съществуват?

Жлъчните камъни са частици твърда материя, които се образуват в жлъчния мехур. С времето те растат “като снежна топка” и някои от тях достигат големи размери. Жлъчните камъни са много различни по големина - от малки зрънца (песъчинки) до топче за тенис на маса. По-големите камъни по-често са единични, а малките - множество на брой (десетки до стотици).

Пигментните камъни са малки и тъмни на цвят. Образуват се от билирубин и калциеви соли. Повишен риск за формирането им съществува при лица с чернодробна цироза, инфекции или вродени аномалии на жлъчната система и вродена хемолитична анемия (състояние, при което е повишено разрушаването на червените кръвни клетки).

Холестероловите камъни са кехлибарено-жълти, меки и се образуват при нарушена обмяна на холестерола и жлъчните киселини. Смесените камъни се образуват от холестерол и билирубин, имат жълтозелен цвят и сащо са меки. Повишен риск от образуване на такива камъни има при лица с наднормено тегло, повишен холестерол и нарушен баланс на жлъчните киселини, билирубина и холестерола в жлъчката, особено при наличие на вродени аномалии, нарушено оттичане и застой на жлъчка в мехура и жлъчните канали и при хронични инфекции в жлъчните пътища.

Кои лица имат повишен риск за образуване на камъни в жлъчния мехур?

Голям процент от болните с жлъчни камъни приемат големи количества храна, особено богата на животински мазнини и имат наднормено тегло. В тези случаи съдържанието на холестерол в жлъчния мехур е голямо, а жлъчните киселини и изпразването на мехура – намалени. От друга страна холестеролът нараства много в жлъчния мехур и при продължително гладуване, диети водещи до бързо отслабване, нискокалорийно хранене - поради разграждане на мазнините от тялото и "задръстването" на жлъчния мехур с тях. **Повишените нива на женските полови хормони (естрогени)** при **бременност, лечение с хормони или прием на медикаменти против забременяване** също водят до нарастване концентрацията на холестерола в жлъчката и намаляване на двигателната функция на мехура, съответно образуване на жлъчни камъни. Все още **остава неясна връзката между начина на хранене и образуването на камъни.** Въпреки това, бедната на фибри и богата на холестерол диета и тестените храни предразполагат към образуване на жлъчни камъни.

Кои са симптомите на жлъчно-каменната болест? Често жлъчно-каменната болест може да протече без сериозни клинични оплаквания и диагнозата да се постави случайно, най-често при ехографско изследване на коремните органи по повод на друго заболяване/оплакване. ***Жлъчна криза*** (силна болка) се наблюдава, когато камък запуши изхода на жлъчния мехур и жлъчката не може да го напусне.

Какви проблеми могат да възникнат?

Жлъчната криза обикновено започва внезапно, със силна болка в горната половина на корема. Продължава от 20-30 минути до няколко часа. Болката може да се разпространи вдясно към гърба и дясното рамо, да е придружена от гадене или повръщане. Често кризите се повтарят през различни периоди от време - седмици, месеци или години.

Запушването на изхода на жлъчния мехур от камък води до повишено налягане и болка, в повечето случаи развитие на остра инфекция, емпием (загнояване) и да се наложи операция по спешност, поради опасност от спукване на мехура и изтичане на жлъчка в коремната кухина. Това предизвиква тежко остро възпаление, наречено "перитонит".

Много по-често е налице хронично възпаление на жлъчния мехур – хроничен холецистит. Възможно е изпадането на камък в жлъчния канал, който свързва мехура с червото. Това сериозно усложнение, наречено **"холедохолитиаза"**, пречи на изтичането на жлъчка и води до "жълтеница"- жълта оцветка на кожата, възпаление на жлъчните канали ("холангит") или остро възпаление на задстомашната жлеза ("остър панкреатит").

Продължителното запушване на жлъчните канали може да доведе до тежко увреждане на жлъчния мехур, черния дроб или панкреаса, които могат да бъдат фатални. Наблюдават се висока температура с разтрисане, жълтеница и постоянна болка. Особено характерна е жълтеницата, която може да нараства постоянно, да флуктуира с няколко пристъпа на пожълтяване и избледняване, или след пожълтяване да последва избледняване, което може да е свързано с преход (миграция) на малък камък през папилата към червата. Тази жълтеница не е равностойна на жълтеницата при инфекциозен хепатит.

Как се поставя диагнозата камъни в жлъчния мехур? Много често камъните в жлъчния мехур се диагностицират случайно при рентгенологично, ехографско или компютърно–томографско изследване по повод друго заболяване или оплакване. При насочено търсене на жлъчни камъни се извършва ехографско изследване на корема, при което се получава образ на органите в него с помощта на звукови вълни. Това е безболезнен, неувреждащ и неагресивен метод на изследване, който не нарушава целостта на кожата и тялото и не прониква в него. Не води до усложнения, няма странични ефекти и радиация. При мигриране на камъните от жлъчния мехур в жлъчните канали (холедохолитиаза), особено при поява на жълтеница, се налага ендоскопско изследване, свързано с проникване на гастроскоп през устата до дванадесетопръстника, вкарване на катетър през папилата, впръскване на контрастно вещество в жлъчните канали под ренгенов екран и извършването на рентгенови снимки. Това изследване подпомага диагнозата и може да бъде последвано от лечебна ендоскопска манипулация - срязване (разцепване) на папилата.

Оперативно лечение Хирургичното премахване на жлъчния мехур, наречено "холецистектомия", е една от най-безопасните операции. Тя е и една от най-честите операции по света. При остро възникнали усложнени форми на жлъчно-каменната болест тази операция е единствената възможност за лечение и е животоспасяваща. Оперативното лечение е основно средство на избор в лечението на жлъчно-каменната болест. За някои пациенти обаче операцията все още е психологически проблем или е свързана с повишен риск за живота, поради много напреднала възраст и/или тежки придружаващи заболявания.

Лапароскопската холецистектомия е минимално инвазивен метод. Все повече холецистектомии се извършват по този начин. При този метод се правят три до четири малки разрези (0.5 - 1 см) на коремната стена, през които се вкарват специални хирургични инструменти, като оперативното поле се наблюдава чрез видеокамера. Камерата изпраща увеличен образ от вътрешността на корема на видеомонитор. Той се наблюдава от хирурга по време на операцията, жлъчният мехур внимателно се отделя от черния дроб, неговото каналче и артерия се прерязват след предварително защипване със специални клипси - метални от тантал или резорбируеми (стопяващи се).

Лапароскопската холецистектомия не изисква голям разрез на коремната стена. Затова болката и рискът от инфекции са по-малки, а разрезите са козметични. Възстановяването трае няколко дни, а престоят в болница – само един до три дни след операцията. Рискът от поява на херния в областта на оперативната рана е значително по-нисък, отколкото при традиционната операция. **Възстановяването на работоспособността** е значително по-бързо, отколкото при конвенционалната операция, като все пак зависи от индивидуалните особености на пациента, придружаващите заболявания, тежестта на страданието от холецистит и професионалните ангажименти на пациента. Възстановителният период може да продължи до един месец (в къщи). Понякога оплакванията, които пациентът е имал и преди операцията, могат да продължат известно време. Това най-често се наблюдава при пациенти с многократни кризи и отлагане многократно предлаганата им операция в продължение на години.

Лапароскопската холецистектомия постепенно измества класическата операция, която остава средство за усложнените форми на заболяването. Ефективността на метода на лечение е еднакъв с този при "откритата" операция.

Кои са алтернативните (заместващите оперативните) методи на лечение? Алтернативен метод за лечение, без операция, няма. Консервативното лечение (медикаментозно) не води до излекуване, а само до купиране на симптомите, поради което рецидивите са чести, тъй като със запазването на жлъчния мехур условията за образуване на камъни продължават да съществуват. Алтернативен метод за оперативно лечение е конвенционалната (открита) холецистектомия, която се прави с разрез на коремната стена. **Ендоскопските методи** се използват за лечение на камъните в жлъчните канали.

Ако имате въпроси след прочитането на тази информация, задайте ги на Вашия лекар, който ще Ви отговори и обясни!

№ 186 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ЕКСТРАХЕПАТАЛНИТЕ ЖЛЪЧНИ ПЪТИЩА

1. Минимален болничен престой – 4 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Холецистектомия

30443-00 Холецистектомия

Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища

90320-00 Друго възстановяване на жлъчен мехур

Други процедури на жлъчен мехур или жлъчни пътища

90322-00 Други процедури на жлъчен мехур

Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30460-01 Холецистоентеростомия
Холецистоколостомия
Холецистоилеостомия
Не включва: холецистодуоденостомия (30460-00 [969])
холецестойеюностомия (30460-08 [970])

Резекция на чернодробния канал или порта хепатис

Включва: анастомоза до:
• жлъчен тракт
• черва

30461-00 Радикална резекция на порта хепатис
Холецистогастростомия

Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30460-00 Холецистодуоденостомия

30460-01 Холецистоентеростомия
Холецистоколостомия
Холецистоилеостомия
Не включва: холецистодуоденостомия (30460-00 [969])
холецестойеюностомия (30460-08 [970])

30460-02 Холецистопанкреатостомия

Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30460-03 Холедоходуоденостомия

30460-04 Холедохойеюностомия

Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30460-07 Хепатикоентеростомия

Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30460-06 Холедохопанкреатостомия

Други процедури на жлъчен мехур или жлъчни пътища

90323-00 Други процедури на билиарен тракт

Стентиране на жлъчни пътища

30492-00 Перкутанно стентиране на жлъчни пътища
Включва: дилатация
Не включва: такава при замяна (30492-01 [960])

90337-00 Друго стентиране на жлъчни пътища
Хепатохоледохостомия
Не включва: такава при замяна (30451-00 [960])
такава с отваряне на общия жлъчен проход (30454-00 [963])

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30454-00 Холедохотомия
Изследване на общ жлъчен канал
Включва: поставяне на тръба [стент]
изваждане на камък
Не включва: тези с:
• холецистектомия (30449-00, 30454-01, 30455-00 [965])
• инцизия на сфинктера на Оди (30458-01 [963])
• изваждане камък на билиарен канал през сфинктера на Оди (30458-03 [963])
• възстановяване на:
  • дуктус панкреатикус (30458-06 [981])
  • сфинктер на Оди (30458-04 [971])

30458-01 Инцизия сфинктер на Оди
Включва: холедохотомия

30458-03 Отстраняване на камък от жлъчния канал през сфинктера на Оди
Включва: холедохотомия

Други процедури на жлъчен мехур или жлъчни пътища

90323-00 Други процедури на билиарен тракт

Други ексцизионни процедури на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30458-02 Локална ексцизия на лезия на жлъчни пътища или сфинктер на Оди
Ендоскопска ексцизия на тумор на:
• ампула Vateri
• общ жлъчен канал
• дуктус цистикус
• дуктус хепатикус
• периампуларно
• сфинктер на Oddi
Включва: холедохотомия

Резекция на чернодробния канал или порта хепатис

Включва: анастомоза до:
• жлъчен тракт
• черва

30463-00 Радикална резекция на чернодробни канали
Радикална резекция на:
• общ жлъчен канал
• ляв и десен жлъчни канали

30464-00 Радикална резекция на чернодробни канали с резекция на сегмент на черен дроб
Радикална резекция на:
• общ жлъчен канал
• ляв и десен жлъчни канали }с частична или тотална резекция на сегмент от черен дроб

Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища

30472-01 Възстановяване на общ жлъчен канал
Забележка: Изпълнено при фистула
Не включва: такова чрез дилатация:
• ендоскопска (30452-00 [971])
• перкутанна (30495-00 [971])
такова за стриктура:
• ендоскопско (30452-00 [971])
• перкутанно (30495-00 [971])

Резекция киста на холедоха

Включва: анастомоза до черво

43972-00 Резекция киста на холедох с анастомоза на общ жлъчен канал

43975-00 Резекция киста на холедох с анастомоза на или над разклонението на чернодробни канали

Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища

30458-04 Възстановяване сфинктер на Оди
Включва: холедохотомия

30495-00 Перкутанна дилатация на билиарен тракт
Перкутанно дилатиране на билиарна стриктура
Не включва: със стентиране (30492-00 [958])

Други възстановителни процедури на панкреаса

30458-06 Възстановяване сфинктер на панкреатичен канал
Панкреатична:
• дуктална септопластика
• сфинктеропластика
Възстановяване септум на панкреатичен канал
Включва: холедохотомия

Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища

30458-04 Възстановяване сфинктер на Оди
Включва: холедохотомия

90321-00 Друго възстановяване на билиарен тракт

Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища

90320-00 Друго възстановяване на жлъчен мехур

90321-00 Друго възстановяване на билиарен тракт

Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища

30472-01 Възстановяване на общ жлъчен канал
Забележка: Изпълнено при фистула
Не включва: такова чрез дилатация:
• ендоскопска (30452-00 [971])
• перкутанна (30495-00 [971])
такова за стриктура:
• ендоскопско (30452-00 [971])
• перкутанно (30495-00 [971])

Други процедури на жлъчен мехур или жлъчни пътища

90323-00	Други процедури на билиарен тракт
Отстраняване и подмяна на жлъчен стент	
30451-01	Друг вид премахване на жлъчен стент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове , посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

За отчитане на клиничната пътека ревизията на жлъжните пътища трябва да е потвърдена с **интраоперативна холангиография или холедохоскопия, документирани в ИЗ.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия/детска хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение)по клинична патология**
7. Ендоскопски кабинет (отделение)

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

Лечебното заведение трябва да има структура по патоанатомия или да ползва по договор външна (намираща се на територията на населеното място).

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Линеарни ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия

При диагнози по МКБ 10 рубрики: С15 - С26, С45, С48, С65, С66, С67, С68 и С79, НЗОК заплаща следните скъпоструващи медицински изделия:

- Механичен съшивател;
- Пълнител за механичен съшивател
- Ендоскопски съшивател
- Пълнител за ендоскопски съшивател

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия и допълнителна клинична компетентност съгласно стандарта.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;

- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение при:

1. Жлъчна криза, неовладима в извънболнични условия;
2. Остър билиопанкреатит;
3. Литогенен обтурационен илеус;
4. Клинични/лабораторни признаци за обтурационно-иктеричен синдром, съчетан или не с фебрилитет и болка в епигастриума;
5. Усложнения след ЕРХПГ (ретроперитонеален флегмон, панкреатит, кървене от папилата на Фатер и др.);
6. Усложнения след оперативни интервенции на ЕХЖП (екстрахепатални жлъчни пътища) обструкции на анастомози, обструкция на билиарни дренажи, неясни фебрилни състояния, болки в корема и др.);
7. Холангит, холангиолит, холангиохепатит;
8. Холангиолитни микроабсцеси, чернодробен абсцес;
9. Извънмехурни усложнения на калкулозния холецистит:
- холедохолитиаза;
- папилит, стенозиращ одит;
- хроничен билиопанкреатит;
- билиодигестивна фистула, синдром на Бовере.
10. Съмнение за карцином на жлъчния мехур;
11. Онкологично заболяване на ектрахепаталните жлъчни пътища:
- всички огнищни лезии в областта на чернодробно-жлъчната система (суспектни или доказани с образни методи на диагностика и/или ендоскопско изследване, както и хистологично), включително рецидив на злокачественото заболяване.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Основна хирургическа намеса при доброкачествените заболявания на екстрахепаталните жлъчни пътища е холецистектомията. При операцията, по мануален път или чрез допълнителни интраоперативни диагностични способи, се извършва ревизия на съседните органи. При наличие на извънмехурни усложнения на заболяването има показания за отваряне на холедоха – ревизия на жлъчните пътища, отстраняване на механични пречки и осигуряване на свободно оттичане на жлъчката към чревния тракт чрез обходна билиодигестивна анастомоза, чрез папилосфинктеротомия или папилосфинктеропластика.

Хирургично лечение на онкологични заболявания на жлъчния мехур:

При Ca in situ се извършва холецистектомия; при стадий I – II – III се извършва холецистектомия и адекватна според случая чернодробна резекция (атипична, включваща част от IV-V-VI чернодробни сегменти и други); сегментектомии – IV, V, VIII; дясна хемихепатектомия или дясна чернодробна лобектомия с регионална (в чернодробния хилус и по десния ръб на хепатикохоледоха) или разширена (хепатодуоденалния лигамент, перипанкреатични, перидуоденални, перипортални, целиачни и горномезентериални групи лимфни възли) лимфна дисекция. Резекционната линия трябва да отстои най-малко на 2 см. от видимата и палпираща се туморна тъкан. При болни в IV стадий се извършват палиативни процедури – дренажи и анастомози, осигуряващи билиарния и хранителния пасаж, радиофреквентна, крио- или алкохолна деструкция на чернодробните метастази и др. По определени показания (размер на тумора, възраст на болния, общо състояние и др.) и при болни в IV стадий може да се следва по-агресивно поведение – холецистектомия и чернодробна резекция с лимфна дисекция. По отношение на случаите с инфилтрация на черния дроб от тумора - препоръчително е интраоперативното хистологично определяне на чистотата на чернодробните резекционни линии (гефрир).

Хирургично лечение на онкологични заболявания на извънчернодробните жлъчни пътища:

Тактиката се определя от топиката на процеса съответно в горната, средната и долната трета на жлъчните протоци и стадия на заболяването. При локализациите в горната трета на екстрахепатални жлъчни пътища – ЕХЖП (Клатскинови тумори), се има предвид класификацията на Bismuth-Corlette и се осъществява при възможност в проксимална посока радикална резекция на жл. пътища в здраво, по преценка с атипична чернодробна резекция, или се прави дясна/лява хемихепатектомия или дясна/лява чернодробна лобектомия с резекция на десния/левия дуктус хепатикус с осигуряване/възстановяване на билиарния пасаж. При локализациите в средната трета се прави радикална резекция на дуктус хепатикохоледохус (или на части от него) с възстановяване на билиарния пасаж, или се процедира както при локализациите в дисталната трета на ЕХЖП. При локализациите на процеса в дисталната трета на ЕХЖП радикалното поведение изисква дуоденопанкреатична резекция (операция на Whipple или Traverso-Longmire), с/без реконстуктивни интервенции на порталните и мезентериалните съдове (операции тип Fray, Fortner). При локализация на процеса в papilla duodeni major радикалното поведение включва радикална ампулектомия или дуоденопанкреатична резекция. При тумор на папилата в I-стадий при пациенти със сериозни противопоказания за оперативно лечение се има предвид възможността за ендоскопска електрорезекция (папилоектомия) или изпаряване с аргонов лазер. Палиативните процедури при всички локализации включват билиодигестивни анастомози, гастро-ентеро, ентеро-ентеро анастомози за осигуряване на билиарния и хранителния пасаж, окончателни външни, “слепи” и тип “безкраен” дренажи.

При всички пациенти със синдром на механичен иктер на базата на карцином на жлъчния мехур и/или екстрахепаталните жлъчни пътища лечебните мероприятия трябва да имат неотложен характер. При високостепенен механичен иктер (стойности на серумния билирубин над 370 ммол/л.) извършването на радикална резекция трябва строго да се прецизира, съобразно общото състояние, степента на чернодробното увреждане от холестазата, възрастта на болния и наличието на съпътстващи заболявания, и да се има предвид извършването на операция с цел осигуряване на билиарния пасаж - на първи етап, а на втори етап – радикална резекция. Иноперабилните случаи, както и болните в увредено общо състояние, които не биха понесли тежестта на оперативната травма, подлежат на палиативно алтернативно нехирургично лечение – поставяне на билиарна протеза по ендоскопски път или перкутанен билиарен дренаж.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза при неонкологичните заболявания се поставя на базата на оперативната диагноза, данните от лабораторните и инструменталните методи. При онкологичните след задължително хистологично изследване с патоморфологична диагноза определяне на степен на малигненост и стадии на тумора (по TNM класификация).

При пациенти с напреднал обтурационен иктер, на базата на малигнени заболявания на екстрахепаталните жлъчни пътища, извършването на биопсия не е задължителна процедура.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен и билиарен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет в последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Жлъчно - каменната болест или **камъни в жлъчния мехур (холелитиаза**) е много често заболяване. Заболяването се среща по - често при жените – при всяка пета жена над 40 години се образуват жлъчни камъни. Мъжете боледуват по-рядко, но по-тежко и с по-чести усложнения.

Много от хората с жлъчни камъни нямат сериозни оплаквания. Поради това, лекарите говорят за "няма" или малкосимптомна жлъчнокаменна болест. Само около 20% имат типични клинични симптоми - кризисни болки (болка, която трае известно време и после отзвучава). В тези случаи заболяването е свързано със сериозни ранни или късни усложнения, което налага неговото лечение. Основния метод за лечение е оперативният.

Жлъчният мехур е малък орган с формата на круша, разположен в горната дясна коремна половина под черния дроб и прираснал към него. Неговата функция е да събира и концентрира (сгъстява) жлъчката, образувана в черния дроб, както и да я освобождава в дванадесетопръстното черво в точно определено време, за да подпомогне и да участва в смилането на храната. Жлъчният мехур е свързан с черния дроб и дванадесетопръстното черво посредством система от канали, наречени жлъчни канали (пътища), а заедно с жлъчния мехур - жлъчна система. Тези канали се отварят в стената на дванадесетопръстника с малък отвор, наречен папила, имаща собствен кръгов мускул, който я отваря или затваря.

Какво представляват жлъчните камъни и какви видове съществуват?

Жлъчните камъни са частици твърда материя, които се образуват в жлъчния мехур. С времето някои достигат големи размери. Пигментните камъни са малки, тъмни на цвят. Образуват се от билирубин и калциеви соли. Повишен риск за формирането им съществува при лица с чернодробна цироза, инфекции или вродени аномалии на жлъчната система и вродена хемолитична анемия (състояние, при което е повишено разрушаването на червените кръвни клетки). Жлъчните камъни са много различни по големина - от малки зрънца (песъчинки) до топче за тенис на маса. По-големите камъни по-често са единични, а малките - множество на брой (десетки до стотици).

Кои лица имат повишен риск за образуване на камъни в жлъчния мехур?

Голям процент от болните с жлъчни камъни *приемат големи количества храна*, особено богата на животински мазнини и имат наднормено тегло. В тези случаи съдържанието на холестерол в жлъчния мехур е голямо, а жлъчните киселини и изпразването на мехура – намалени. От друга страна холестеролът нараства много в жлъчния мехур и при продължително гладуване, диети водещи до бързо отслабване, нискокалорийно хранене - поради разграждане на мазнините от тялото и "задръстването" на жлъчния мехур с тях.

Повишените нива на женските полови хормони (естрогени) при бременност, лечение с хормони или прием на медикаменти против забременяване също водят до нарастване на концентрацията на холестерола в жлъчката и намаляване на двигателната функция на мехура, съответно образуване на жлъчни камъни.

Кои са симптомите на жлъчно-каменната болест?

В много случаи жлъчно-каменната болест може да протече без сериозни клинични оплаквания и диагнозата да се постави случайно, най-често при ехографско изследване на коремните органи по повод на друго заболяване/оплакване. В тези случаи се говори за "няма" или малкосимптомна холелитиаза. *Жлъчна криза* (силна болка) се наблюдава, когато камък запуши изхода на жлъчния мехур и жлъчката не може да го напусне.

Какви проблеми могат да възникнат?

Жлъчната криза обикновено започва внезапно, със силна болка в горната половина на корема. Продължава от 20 - 30 минути до няколко часа. Болката може да се разпространи вдясно към гърба и дясното рамо, да е придружена от гадене или повръщане. Често кризите се повтарят през различни периоди от време - седмици, месеци или години. Запушването на изхода на жлъчния мехур от камък води до възпалението му, наречено *"холецистит"*. Той може да протече остро и да се наложи отстраняване на мехура по спешност, поради опасност от спукването му и изтичане на жлъчка в коремната кухина. Това предизвиква остро възпаление, наречено "перитонит". Много по-често възниква хронично възпаление на жлъчния мехур – *хроничен холецистит*, с мехурни усложнения. Камъкът може да изпадне и в жлъчния канал, който свързва мехура с червото. Това сериозно усложнение, наречено "холедохолитиаза", пречи на изтичането на жлъчка и води до "жълтеница", възпаление на жлъчните канали ("холангит") или остро възпаление на задстомашната жлеза ("остър панкреатит").

Продължителното запушване на жлъчните канали може да доведе до тежко увреждане на жлъчния мехур, черния дроб или панкреаса, които могат да бъдат фатални. В тези случаи се наблюдават висока температура с треска, жълтеница и постоянна болка. Особено характерна е жълтеницата, която може да нараства постоянно, да флуктуира с няколко пристъпа на пожълтяване и избледняване, или след пожълтяване да последва избледняване, което може да е свързано с преход (миграция) на малък камък през папилата към червата. Тази жълтеница не е равностойна на жълтеницата при инфекциозен хепатит.

Как се поставя диагнозата камъни в жлъчния мехур?

Много често камъните в жлъчния мехур се диагностицират случайно при рентгенологично, ехографско или компютърно - томографско изследване по повод друго заболяване или оплакване. При мигриране на камъните от жлъчния мехур в жлъчните канали (холедохолитиаза), особено при поява на жълтеница, се налага ендоскопско изследване, свързано с проникване на гастроскоп през устата до дванадесетопръстника, вкарване на катетър през папилата, впръскване на контрастно вещество в жлъчните канали под ренгенов екран и извършването на рентгенови снимки. Това изследване подпомага диагнозата и може да бъде последвано от ендоскопска манипулация - срязване на папилата.

Оперативно лечение

Хирургичното премахване на жлъчния мехур, наречено "холецистектомия", е една от най-честите операции по света. При остро възникнали усложнени форми на жлъчно-каменната болест тази операция е единствената възможност за лечение и е животоспасяваща. Оперативното лечение е основно средство на избор в лечението на жлъчно-каменната болест. За някои пациенти обаче операцията все още е психологически проблем или е свързана с повишен риск за живота, поради много напреднала възраст и/или тежки придружаващи заболявания.

Стандартната холецистектомия се провежда по класическия начин с отваряне на коремната кухина и отстраняване на жлъчния мехур заедно с жлъчните камъни в него. Извършва се под обща упойка. Болничният престой при неусложнените форми е до 10 дни.

Възстановителният период след операцията продължава около един месец (в дома). Понякога оплакванията, които пациентът е имал и преди операцията, могат да продължат. Това най-често се наблюдава при пациенти с многократни кризи и отлагане многократно на предлаганата им операция в продължение на години.

Ендоскопските методи се използват за лечение на камъните в жлъчните канали.

Онкологично заболяване на жлъчния мехур и извънчернодробните жлъчни пътища:

Възможностите за лечението на онкологичните (злокачествените) заболявания на жлъчния мехур и извънчернодробните жлъчни пътища са:

Хирургично лечение – има за цел премахване на тумора и/или премахване на усложнения свързани с неговото развитие.

Химиотерапия - използват се специални лекарства (химиотерапевтици) за въздействие върху онкологичните клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вените.

Ако е премахнат целият видим тумор по време на операцията, лекарят може да приложи химиотерапия на пациента, за да въздейства върху клетките, останали невидими след операцията.

При **лъчевата терапия** се използват рентгенови или други лъчи с висока енергия, за въздействие върху онкологични клетки. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчевата терапия може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Имунотерапията се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с тумора. Използват се вещества, образувани от човешки организъм или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма въздействат върху онкологични клетки. То може да се съчетава с другите видове терапия.

Тумори на жлъчния мехур и извънчернодробната жлъчна система (ЕХЖС). При тях се откриват туморни ("малигнени") клетки в тъканите на жлъчния мехур и извънчернодробните жлъчни пътища. Към това заболяване се отнася и тумора на голямата дуоденална папила (мястото на вливане на основния жлъчен канал в дванадесетопръстното черво).

Възможностите на лечението и прогнозата зависят в голяма степен от разпространението на тумора (важно е дали той обхваща и чернодробна тъкан, дали прораства в големите съдове на чернодробно – дуоденалната връзка и в каква степен са засегнати лимфните възли). Най-често началните прояви на това заболяване са съпроводени с пожълтяване на кожата и склерите, потъмняване на урината, изсветляване на изпражненията, сърбеж по кожата (механична жълтеница), съпроводени или не с болки в корема, безапетитие, уморяемост, отслабване на тегло.

Когато веднъж е открит тумора на ЕХЖС, е необходимо да се направят допълнителни изследвания за това, дали малигнените клетки са се разпространили и в други органи. Необходимо е да се направят и допълнителни инструментални изследвания, за да се уточни локализацията на тумора, което има значение за определяне на възможностите на оперативното лечение.

Хирургичното лечение е най-често прилаганото при всички стадии на тумора. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на тумора на ЕХЖС по хирургичен начин е свързано с изрязване на тъкани в жлъчно-чернодробната област. Почти винаги се премахва жлъчния мехур. Според стадия на заболяването може да се наложи резекция на черния дроб (изрязване на част от черния дроб). Според локализацията на тумора – ако е разположен в средните или долните части на големия жлъчен съд (дуктус хепатикохоледохус) и голямата дуоденална папила (на дванадесетопръстното черво), се налага изрязване и на други органи – част от панкреаса, дванадесетопръстното черво, стомаха. След като са изрязани, оставащите части от тези органи отново се зашиват (анастомоза), така че да се осигури жлъчния и хранителния пасаж. Ако тумора е в по-ранен стадий, стремежът на хирурга е винаги да извърши резекция на засегнатите тъкани. Ако тумора е в по-напреднал стадий, възможно е такава резекция да е много рискована (дори несъвместима с живота) и тогава се правят т.н. деривиращи операции – хирургично свързване на жлъчни пътища с червата, както и на стомаха с червата, за да се осигури движението на жлъчния сок и храната. В някои случаи, за да се

осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища се поставят латексови или пластмасови тръбички (дренажи), които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време (или постоянно) в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и се определи наличието в тях на малигнени клетки.

Има определени случаи с тумори на ЕХЖС, които протичат с много силно изразена жълтеница. При тях лечебното поведение може да бъде хирургично, а ако болния не е в състояние да понесе операцията се правят манипулации с ендоскоп - с цел да се осигури възможност жлъчния сок да изтича в дванадесетопръстното черво, или се прави транскутанна (през кожата) трансхепатална (през черния дроб) пункция (пробиване) на жлъчен съд, с поставяне на външен дренаж.

В случаите на ранен тумор на голямата папила на дванадесетопръстното черво, при пациенти в напреднала възраст или такива със сериозни противопоказания за операция – тумора може да бъде обработен ендоскопски (електрорезекция или с лазер).

Рецидивиране на тумор на екстрахепаталните жлъчни пътища

Ако туморът се е появил отново (е рецидивирал), може да се направи нова операция за премахването му или да се направи операция, за да се отстрани жълтеницата, която съпътства често пъти рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия, лъчетерапия, имунотерапия.

Защо трябва да постъпите в болница?

Наличието на онкологично заболяване на ЕХЖС изисква осъществяването на изследвания и лечение, които могат да се извършат само в болнична обстановка.

Необходимо е своевременно лечение с вливания във вените на медикаменти, електролити, витамини и други. Вземането кръв за изследване на определени показатели в нея, дава информация за степента на увреждане на организма. Своевременното лекарствено лечение има голямо значение за подготовката на болния за операция, защото забавянето му и влошаването на чернодробната функция може да отслабят така организма, че той по-трудно да понесе предстоящата оперативна намеса.

Едновременно с провеждане на медикаментозното лечение се извършват и допълнителни изследвания, които уточняват локализацията на онкологичното заболяване. Това са: компютърна аксиална томография (“скенер”); ядреномагнитен резонанс; ендоскопската ретроградна холангиопанкреатография - при която с фиброоптична тръба се прониква до дванадесетопръстно черво и се оглежда папилата му (може да се вземе тъкан за хистологично изследване), като по време на изследването може да се впръска в жлъчните пътища контрастно вещество за оцветяването им (снима се с рентгенов апарат) или се поставят протезни тръбички. Друго подобно изследване е транскутанната трансхепатална пункция на жлъчните пътища, при която със специална игла се прониква през кожата в черния дроб и се попада в разширен жлъчен съд, в който се впръсква контрастно вещество (снима се с рентгенов апарат) и/или се поставят протезни тръбички. Провеждат се и консултации с различни специалисти, за да се прецени в максимално голяма степен стадия на заболяването.

След получаване на цялостната информация, хирург, анестезиолог и други специалисти, ще изработят стратегия за лечение и поведение според конкретния случай за всеки болен.

Отказът Ви от извършване на необходимите изследвания за диагностика на болестта крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. При отказ да постъпите в болница Вашето заболяване ще има естествена еволюция към разрастване на тумора и разпространението му, а когато се касае за жълтеница съществува риск от бързо развитие на чернодробно-бъбречна недостатъчност с пряка опасност за живота.

Какво Ви предстои при постъпване в хирургично отделение?

Независимо от предшествуващите лекарски прегледи, хирургът ще Ви прегледа отново, но насочено с оглед предстоящата операция. Той ще се запознае с направените Ви изследвания и може да назначи някои допълнителни, както и вземането на кръв и урина за лабораторни изследвания. Ще Ви запознае със същността на допълнителните изследвания и необходимостта от тях, с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза. След постъпването в болницата се провеждат задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост с друг специалист - алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна медикаментозна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

При жълтеница причинена от тумор на ЕХЖС, хирургът ще приеме Вашия случай като спешен или с отложена спешност (в зависимост от степента на жълтеницата). Възможно е да се наложи двуетапна операция. На първия етап да се направи операция за преодоляване на жълтеницата и на втори етап – операция за отстраняване на тумора.

Преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от аспириране (вдишване) на стомашен сок при анестезията и от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината да се отчита и отделя безпрепятствено по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга пикочния мехур.

КП № 187 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ЧЕРЕН ДРОБ

КП № 187.1 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ЧЕРЕН ДРОБ С МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 7 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Резекцизионни процедури на черен дроб	
30415-00	Сегментна резекция на черен дроб
30418-00	Лобектомия на черен дроб
Процедури при портална хипертония	
30603-00	Поставяне на мезокавален шънт
Перфузия	
22055-00	Перфузия на орган

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове , посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява от обхвата на медицинската специалност „Хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Хирургия”; от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Детска хирургия”.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология
7. Ендоскопски кабинет (отделение)

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Линеарни ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия

При диагнози по МКБ 10 рубрики: С15 - С26, С45, С48, С65, С66, С67, С68 и С79, НЗОК заплаща следните скъпоструващи медицински изделия:

Механичен съшивател;

Пълнител за механичен съшивател

Ендоскопски съшивател

Пълнител за ендоскопски съшивател

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

шестима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от трето ниво на компетентност, трябва да разполага с четирима лекари с придобита квалификация за извършване на ехография, както и **ДВАМА** лекари с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

лекар със специалност по образна диагностика;

лекар със специалност по клинична лаборатория;

лекар със специалност по клинична патология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

петима лекари със специалност по детска хирургия; от тях трябва да има специалисти, притежаващи сертификат за лапароскопия, торакоскопия, бронхоскопия и горна ендоскопия.

лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;

лекар със специалност по образна диагностика;

лекар със специалност по клинична лаборатория;

лекар със специалност по клинична патология.

Всички планови операции на деца до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Оперативно лечение при онкологични заболявания:

всички огнищни лезии в областта на чернодробно-жлъчната система при доказани първични онкологични заболявания - с образни методи на диагностика и/или предходно ендоскопско изследване с биопсия и последвала хистологична верификация, включително и при рецидив на злокачественото заболяване;

Оперативно лечение при заболявания, водещи до портална хипертония

портална хипертония с кървящи в момента езофагеални варици, без ефект от консервативна хемостаза, ендоскопска склерозация/лигиране и налагане на сонда на Blackemore-Sengstaken;

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Хирургично лечение на онкологични заболявания на черния дроб

Хирургичното лечение включва различни по обем чернодробни резекции – лява/дясна хемихепатектомии, лява/дясна лобектомии, сегментни резекции, атипични резекции и чернодробна трасплантация. Хирургичната тактика при първичните и вторичните неопластични процеси се различава, поради различията в специфичността на биологичния растеж на тумора. За първичния рак на черния дроб е характерно интрахепаталното метастазиране, свързано с изразена съдова инвазия и по-рядко мултицентрична генеза (синхронно възникване на няколко чернодробни малигнени огнища), докато вторичните лезии се характеризират с предимно локален растеж и отсъствие на агресивна инфилтративна компонента спрямо кръвоносните съдове. Поради това при операциите по повод първичен рак, са индицирани анатомични резекции, съобразени с порталната ангиоархитектониката (възможно най-проксимално лигиране на порталните хранещи съдове), докато при метастатичния рак – намесите са по-щадящи, преобладават атипичните резекции, с които съблюдавайки строго онкологичните принципи се цели запазването на

повече здрав чернодробен паренхим. Обемът на резекцията се определя както от големината на тумора, така и от наличието на съпътстваща цироза, функционалното състояние на черния дроб, общото състояние на болния. Радикалността се постига с преминаване в здрава чернодробна тъкан най-малко на 2 см от видимата и палпируема граница на тумора. От изключителна важност е да се държи сметка за архитектониката на съдовите структури, които демаркират чернодробната резекция и нараняването, на които довежда да некроза на оставащия здрав чернодробен паренхим. Поради това се използват прийомите за васкуларна изолация на черния дроб и компресията на порталната триада, съчетани със специална апаратура – ултразвуков дисектор, аргон - лазерна апаратура, с които се редуцира до минимум интраоперативната хеморагия.

Чистотата на резекционните линии се определя с гефрир на чернодробна тъкан и късчета от лигираните съдове. Алтернативни намеси по строго определени показания са аблативните методики - етанолова деструкция, радиочестотна деструкция, криохирургия и микровълнова коагулация. Палиативен ефект имат трансартериалната химиоемболизация, системната химиотерапия, имунотерапията и лъчетерапията. Лоши прогностични фактори са: метастази в лимфните възли, съдова инфилтрация, наличието на туморни тромби в съдовете, дифузен тип карцином, множествени и билобарни тумори. При вторичните огнищни лезии в съображение идват освен резекционните методи – прилагане на регионална интраартериална химиотерапия.

Портална хипертония: при определянето на тежестта на чернодробна дисфункция е удачно използването на критериите на Child-Pugh за тежестта на чернодробното увреждане:

Показател	1 точка	2 точки	3 точки
Албумин (g/dl)	>3.5	2.8-3.5	<2,8
Билирубин (mg/dl)	<2.0	2.0-3.0	>3,0
Протромбинов индекс-Quick	>70%	40-70%	<40%
Асцит	0	+/++	+++
Енцефалопатия	0	I-II степен	III-IV степен

Child "A" – 5 - 6 точки; **Child "B" –** 7 - 9 точки; **Child "C" –** 10 - 15 точки.

Хирургичните интервенции при пациентите с чернодробна цироза и портална хипертония са насочени срещу двата основни танатогенни фактора – **(а)** масивна хеморагия от гастро-интестиналния тракт (най-често езофагеални/стомашни варици); **(б)** прогресираща чернодробна недостатъчност. Шънтовите интервенции се извършват по-често планово, по-рядко в спешни условия.

Плановите шънтове целят профилактика на рецидивни хеморагии от гастроинтестиналния тракт. Спешните са последно средство на избор в условията на остра хеморагия от езофагеални или стомашни варици – при неуспех на консервативната хемостаза, ендоскопското склерозиране/лигиране на вариците или налагане на сондата на Blakemore-Sengstaken.

В зависимост от количеството на порталната кръв, което се насочва към системата на долната празна вена шънтовете се делят на три групи:

(а) тотални шънтове (порто-кавални и мезентерико-кавални)

(б) парциални шънтове - проксимален спленоренален шънт по Linton и порто- и мезентерико-кавални шънтове с интерпозиция на протеза (H-graft);

(в) селективни шънтове – дистален сплено-ренален шънт по Warren и коронаро- кавален шънт по Inokuchi.

В съвременните условия най-често се прилагат шънтовете с интерпозиция на протеза (при остра хеморагия) и спленореналните шънтове по Linton (при данни и за хиперспленизъм, тъй като включва и спленектомия) и Warren.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза при неонкологичните заболявания се поставя на базата на оперативната диагноза, данните от лабораторните и инструменталните методи. При онкологичните след задължително хистологично изследване с патоморфологична диагноза определяне на степен на малигненост и стадии на тумора (по TNM класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

възстановен чревен и билиарен пасаж;

добре зарастваща оперативна рана;

липса на фебрилитет в последните 24 часа;

липса на значими субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

"*История на заболяването*";

част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОНКОЛОГИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ НА ЧЕРНОДРОБНО-ЖЛЪЧНАТА СИСТЕМА

Възможностите за лечението на онкологичните (злокачествените) заболявания на жлъчно-чернодробната система са:

Хирургично лечение – има за цел радикално премахване на тумора и/или премахване на усложнения свързани с неговото развитие.

Химиотерапия - използват се специални лекарства (химиотерапевтици) за въздействие върху онкологичните клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената.

Ако е премахнат целият видим тумор по време на операцията, лекарят може да приложи химиотерапия на пациента, за да въздейства върху клетките, останали невидими след операцията.

При **лъчевата терапия** се използват рентгенови или други лъчи с висока енергия, за въздействие върху онкологични клетки. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчевата терапия може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Имунотерапията се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с тумора. Използват се вещества, образувани от човешки организъм или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма въздействат върху онкологични клетки. То може да се съчетава с другите видове терапия.

При тези заболявания лъчетерапията и химиотерапията имат по-ограничено приложение.

Туморът на черния дроб е заболяване, при което се откриват туморни "малигнени" клетки в чернодробния паренхим. Той бива първичен чернодробен рак – когато се развива за първи път в този орган и вторичен – когато черния дроб се обхваща от метастази на карцином, първично възникнал в друг орган на тялото. И в двата случая заболяването се лекува по хирургичен начин. Честотата на разпространение на болестта е свързана с честотата на разпространението на някои заболявания, по-важни от които са – чернодробна цироза вследствие на хепатит В и С, алкохолна цироза и цироза без изяснена причина.

Възможностите на лечението и прогнозата зависят в голяма степен както от големината на карцинома, така и от степента на съпътстващата чернодробна цироза и функционалното състояние на чернодробния паренхим. Най-често началните прояви на заболяването са съпроводени с болка и тежест в дясното подребрие, лесна уморяемост и безсилие, отслабване на телесно тегло (особено при наличие на цироза), безапетитие.

Хирургичното лечение е най-често прилаганото. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на карцинома на черния дроб по хирургичен начин е свързано с пълно изрязване (резекция) на чернодробна тъкан.

Ако карцинома е в по-ранен стадий, стремежа на хирурга е винаги да извърши резекция на засегнатите тъкани. Ако карцинома е в по-напреднал стадий, е възможно такава резекция да е много рискована (дори несъвместима с живота). След операцията в коремната кухина се оставят за определен период от време пластмасови или от друг материал тръбички (дренажи), които имат за цел извеждането на неблагоприятните секрети от корема извън тялото. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища също се поставят дренажи, които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и да се определи наличието в тях на малигнени клетки.

Рецидив на тумора на черния дроб

Ако туморът се е появил отново (рецидивирал), може да се направи нова операция за

премахването му или да се направи операция, за да се отстрани жълтеницата, която съпътства понякога рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия, лъчетерапия, имунотерапия

Защо трябва да постъпите в болница?

Наличието на онкологично заболяване на черния дроб изисква осъществяването на изследвания и лечение, които могат да се извършат само в болнична обстановка.

Необходимо е своевременно лечение с вливания във вените на медикаменти, електролити, витамини и други. Вземането кръв за изследване на определени показатели в нея, дава информация за степента на увреждане на организма. Своевременното лекарствено лечение има голямо значение за подготовката на болния за операция, защото забавянето му и влошаването на чернодробната функция може да отслабят така организма, че той по трудно да понесе предстоящата оперативна намеса. Едновременно с провеждане на медикаментозното лечение се извършват и допълнителни изследвания, които уточняват локализацията на онкологичното заболяване. Това са: компютърна аксиална томография ("скенер"); ядреномагнитен резонанс. Провеждат се и консултации с различни специалисти, за да се прецени в максимално голяма степен стадия на заболяването.

След получаване на цялостната информация, хирург, анестезиолог и други специалисти ще изработят стратегия за лечение и поведение според конкретния случай за всеки болен.

Отказът Ви от извършване на необходимите изследвания за диагностика на болестта Ви крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. При отказ да постъпите в болница Вашето заболяване ще има естествена еволюция към разрастване на тумора и разпространението му, а когато се касае за жълтеница съществува риск от бързо развитие на чернодробно-бъбречна недостатъчност с пряка опасност за живота.

Какво представлява порталната хипертония?

Порталната система пренася венозна кръв от стомашно-чревния тракт, панкреаса, слезката и жлъчния мехур към черния дроб. При повишаване на налягането в нея над горната граница на нормата се развива портална хипертония. Честотата на разпространение на болестта е свързана с честотата на разпространието на някои заболявания, по-важни от които са следните: чернодробна цироза вследствие на вирусен хепатит тип "В" и "С", алкохолна цироза, цироза без изяснена причина, както и други по- редки причини.

Възможностите на лечението и прогнозата зависят както от причината за повишеното налягане, така и от степента на изява на клиничните симптоми – разширени вени на хранопровода и стомаха, асцит (набиране на течност в коремната кухина), спленомегалия (уголемяване на далака), хиперспленизъм (повишена функция на далака и разрушаване на кръвните клетки), диспептични нарушения (свързани с нарушено разграждане и резорбция на хранителните вещества в чревния тракт), опсиурия (забавено отделяне на урина), портосистемна енцефалопатия (поява на неврологични симптоми, в най-тежката форма до кома) и др. Особено опасно усложнение за пациентите с портална хипертония, е кръвоизливът от разширените вени на хранопровода и стомаха, които се наричат варици.

Когато веднъж е открита порталната хипертония е необходимо да се направят допълнителни изследвания, за да се установи каква е причината за повишеното налягане и как функционира черният дроб. Тук се включват кръвни изследвания, ехографско изследване, фиброезофагогастроскопия.

Как се лекува порталната хипертония?

Възможностите на лечение се обособяват в две големи групи:

(а) Консервативно лечение – има за цел да понижи налягането в порталната система, да подобри чернодробната фуркция и да повлияе благоприятно споменатите по-горе признаци. В условията на остър кръвоизлив от вариците се налага и инфузионна терапия, вкл. кръвопреливане, опит за спиране на кървенето посредством ендоскопска манипулация (проникване в хранопровода с огъваем оптичен апарат – фиброгастроскоп, инжектиране на склерозиращо вещество или "връзване" на кървящите варици), поставяне на специална сонда с балони, които се раздуват в хранопровода и горната част на стомаха, така че да притиснат кървящите съдове и др. В над 90% от случаите тези лечебни мероприятия са ефективни и

кръвоизливът се овладява, без да се налага извършването на операция по спешност.

(б) Оперативно лечение – най-често се извършват шънтови операции, при които се цели да се свържи порталната венозна система със системата на долната празна вена и по този начин да се понижи порталното налягане. Тези операции се извършват по-рядко по спешност (в условията на остро кървене) и по-често планово – след преминало кървене от вариците, овладяно с помощта на консервативни средства. Рискът в тези случаи от възникване на рецидивно кървене е около 50-70% и то само през първата година. Шънтовата операция намалява значително този риск. Друга допълнителна възможност е по време на шънтовата операция да се отстрани и далакът (т.е. да се извърши спленектомия), при положения, че са налице показания за това.

Редно е да знаете, че по време на операцията от чисто техническа гледна точка може да се окаже, че извършването на шънт е невъзможно. Това се случва при вариетети и аномалии в разположението на вените от порталната система и лявата бъбречна вена. В такива случаи се извършва друг вид хирургична намеса – операция на Сугиура-Футагава, чиято цел е също профилактика на рецидивни кръвоизливи от вариците на хранопровода.

Рецидивно кървене от вариците на хранопровода и стомаха

То може да се появи в ранния или късния следоперативен период и да е резултата на естествената прогресия на порталната хипертония или да е признака за тромбоза (“запушване”) на шънта. В тези случаи се налага постъпване в болница по спешност и предприемане на мероприятие за спиране на кървенето, като успоредно с това се извършват и диагностични процедури за изясняване на причината, в това число и за състоянието на шънта – дали функционира или не.

Защо трябва да постъпите в болница?

Когато е открита порталната хипертония и са налице симптоми, постъпването в болница е наложително и цели изясняване на причината за нея, както и функционалното състояние на черния дроб. В случаите на кървене от вариците се провежда хоспитализация по спешност и лечението е с животоспасяващо значение. При последната ситуация, успоредно с провеждане на медикаментозното лечение и инструменталните манипулации се извършват и допълнителни изследвания, както и консултации с различни специалисти за да се прецени в максимално голяма степен рискът от повторно кървене и в кой момент е удачно извършването на шънтова операция. След овладяване на кръвоизлива се препоръчва хирургична намеса в така наречения “светъл период”, с основна цел предотвратяване на нови кръвоизливи, застрашаващи живота на болния.

След получаване на цялостната информация, хирург, анестезиолог и други специалисти ще изработят стратегия за лечение и поведение според конкретния случай за всеки болен. В зависимост от взетото решение ще бъдете определен за операция или наблюдение и консервативно лечение.

Отказът Ви от извършване на необходимите изследвания или на някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. При отказ да постъпите в болница Вашето заболяване ще има естествена еволюция към задълбочаване на проявите на порталната хипертония. Съществува реален риск от ново, рецидивно кървене от вариците на хранопровода и стомаха, изпадане в хеморагичен шок (шок всл. на кръвозагубата), както и бързо развитие на чернодробно-бъбречна недостатъчност с пряка опастност за живота.

Какво Ви предстои при постъпване в хирургично отделение?

Независимо от предшествуващите лекарски прегледи, хирургът ще Ви прегледа отново, но насочено с оглед предстоящата операция. Той ще се запознае с направените Ви изследвания и може да назначи някои допълнителни, както и вземането на кръв и урина за лабораторни изследвания. Ще Ви запознае със същността на допълнителните изследвания и необходимостта от тях, с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза. След постъпването в болницата се провеждат задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост с друг специалист - алерголог (при данни за алергия),

ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна медикаментозна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

КП № 187 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ЧЕРЕН ДРОБ

КП № 187.2 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ЧЕРЕН ДРОБ С ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 4дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Инцизионни процедури на черен дроб	
30431-00	Коремен дренаж на абцес на черен дроб
Инцизионни процедури на черен дроб	
30416-00	Лапароскопска марсупиализация на чернодробна киста
30414-00	Ексцизия на чернодробна лезия Резекция на вродени ченодробни кисти Субсегментна чернодробна резекция (биопсия на чернодробна лезия) *Не включва*: хидатидни кисти (30434-00, 30436-00, 30438-00 [955])
Възстановителни процедури на черен дроб	
30422-00	Възстановяне на чернодробно травматично повърхностно разкъсване *Забележка*: Изпълнено за малки или умерени травматични лезии на черен дроб [< 10 cm дължина или < 3 cm дълбочина]
Възстановителни процедури на черен дроб	
90318-00	Друго възстановяване на черен дроб
Перфузия **Други процедури на черен дроб**	
90319-00	Други процедури на черен дроб
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху корем, перитонеум или оментум	
30408-00	Поставяне на перитонеовенозен шънт Поставяне на Le Veen шънт

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове , посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява от обхвата на медицинската специалност „Хирургия“, осъществявана на второ ниво на компетентност, в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност само за код 30422-00, съгласно медицински стандарт „Хирургия”; от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Детска хирургия“

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология
7. Ендоскопски кабинет (отделение)

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Линеарни ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага с двама лекари с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

лекар със специалност по образна диагностика;

лекар със специалност по клинична лаборатория;

лекар със специалност по клинична патология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

петима лекари, от които най-малко двама с придобита специалност „Детска хирургия“

лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;

лекар със специалност по образна диагностика;

лекар със специалност по клинична лаборатория;

лекар със специалност по клинична патология.

Всички планови операции на деца до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват

незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение при:

травми на черния дроб;

чернодробен абсцес, септично състояние;

чернодробно заболяване, довеждащо да обтурационно-иктеричен синдром;

хепаторенален синдром - при показания за хирургична интервенция;

огнищни лезии в областта на чернодробно-жлъчната система (суспектни или доказани с образни методи на диагностика и/или ендоскопско изследване, както и хистологично), включително рецидив на злокачественото заболяване;

портална хипертония с кървяли в миналото езофагеални варици.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Хирургично доказване или редуциращо премахване на онкологични заболявания на черния дроб

При наличие на повърхностно разположени чернодробни лезии и неустановено или недоказано първично огнище, вземането на тъкан от лезията има важно диагностично значение за диагностициране на онкологично заболяване, последващото му стадиране и започването на комплексно лечение. Това е възможно чрез извършване на малки по обем ексцизиони процедури на тъкан от чернодробни лезии – интраоперативна чернодробна биопсия. В някои случаи е възможно и премахването на лезия в цялост, без това да е довело до анатомична резекция на цял сегмент на черен дроб - атипична резекция на чернодробна лезия без съблюдаване на правила за радикалност с диагностична или цито-редуктивна цел.

Кисти на черния дроб.

При непаразитарните кисти се извършват кисторезекции, тотални ексцизии или перкутанни процедури.

Портална хипертония: при определянето на тежестта на чернодробна дисфункция е удачно използването на критериите на Child-Pugh за тежестта на чернодробното увреждане:

Показател	1 точка	2 точки	3 точки
Албумин (g/dl)	>3.5	2.8-3.5	<2,8
Билирубин (mg/dl)	<2.0	2.0-3.0	>3,0
Протромбинов индекс-Quick	>70%	40-70%	<40%
Асцит	0	+/++	+++
Енцефалопатия	0	I-II степен	III-IV степен

Child "A" – 5 - 6 точки; **Child "B" –** 7 - 9 точки; **Child "C" –** 10 - 15 точки.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза при неонкологичните заболявания се поставя на базата на оперативната диагноза, данните от лабораторните и инструменталните методи. При онкологичните след задължително хистологично изследване с патоморфологична диагноза

определяне на степен на малигненост и стадии на тумора (по TNM класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

възстановен чревен и билиарен пасаж;

добре зарастваща оперативна рана;

липса на фебрилитет в последните 24 часа;

липса на значими субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

"*История на заболяването*";

част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

НЕПАРАЗИТАРНИ КИСТИ НА ЧЕРНИЯ ДРОБ

Кистите, развиващи се в черния дроб, биват паразитарни и непаразитарни. По отношение на непаразитарните кисти се прилага диференцирано лечение според тяхната големина. По строга преценка по-малките кисти могат да се пунктират под контрола на ултразвук и да се евакуира съдържимото им. При по големите кисти се прилагат различни оперативни процедури (ексцизия и кисторезекция). При много строга преценка и подбор е възможно и някои ехинококови чернодробни кисти да се пунктират под ехографски контрол, да се евакуират и в остатъчната кухина да се въведат лечебни вещества.

Защо трябва да постъпите в болница?

Повечето от изследванията, доказващи наличието на кисти в черния дроб, могат да се осъществят амбулаторно (извън болницата). Постъпването в болница е наложително при установяване на показания за извършване на операция.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение?

При изяснена диагноза посредством ехография, компютърна аксиална томография (скенер) и имунологични изследвания на кръвта за ехинококоза, гастроентерологът ще Ви насочи за консултация с хирург. Той ще Ви запознае с необходимите допълнителни изследвания, с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятната прогноза. След постъпването в болницата се провеждат задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост с друг специалист - алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

Преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от аспириране (вдишване) на стомашен сок при анестезията и от повръщане в периода след операцията, до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината да се отчита и отделя безпрепятствено по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга пикочния мехур.

ОНКОЛОГИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ НА ЧЕРНОДРОБНО-ЖЛЪЧНАТА СИСТЕМА

Възможностите за лечението на онкологичните (злокачествените) заболявания на жлъчно-чернодробната система са:

Хирургично лечение – има за цел премахване на тумора и/или премахване на усложнения свързани с неговото развитие.

Химиотерапия - използват се специални лекарства (химиотерапевтици) за въздействие върху онкологичните клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената.

Ако е премахнат целият видим тумор по време на операцията, лекарят може да приложи химиотерапия на пациента, за да въздейства върху клетките, останали невидими след операцията.

При **лъчевата терапия** се използват рентгенови или други лъчи с висока енергия, за въздействие върху онкологични клетки. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчевата терапия може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Имунотерапията се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с тумора. Използват се вещества, образувани от човешки организъм или специално синтезирани в

лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма въздействат върху онкологични клетки. То може да се съчетава с другите видове терапия.

При тези заболявания лъчетерапията и химиотерапията имат по-ограничено приложение.

Туморът на черния дроб е заболяване, при което се откриват туморни "малигнени" клетки в чернодробния паренхим. Той бива първичен чернодробен рак – когато се развива за първи път в този орган и вторичен – когато черния дроб се обхваща от метастази на карцином, първично възникнал в друг орган на тялото. И в двата случая заболяването се лекува по хирургичен начин. Честотата на разпространение на болестта е свързана с честотата на разпространението на някои заболявания, по-важни от които са – чернодробна цироза вследствие на хепатит В и С, алкохолна цироза и цироза без изяснена причина.

Възможностите на лечението и прогнозата зависят в голяма степен както от големината на карцинома, така и от степента на съпътстващата чернодробна цироза и функционалното състояние на чернодробния паренхим. Най-често началните прояви на заболяването са съпроводени с болка и тежест в дясното подребрие, лесна уморяемост и безсилие, отслабване на телесно тегло (особено при наличие на цироза), безапетитие.

Хирургичното лечение е най-често прилаганото. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на карцинома на черния дроб по хирургичен начин е свързано с изрязване (резекция) на чернодробна тъкан.

Ако карцинома е в по-ранен стадий, стремежа на хирурга е винаги да извърши резекция на засегнатите тъкани. Ако карцинома е в по-напреднал стадий, е възможно такава резекция да е много рискована (дори несъвместима с живота). След операцията в коремната кухина се оставят за определен период от време пластмасови или от друг материал тръбички (дренажи), които имат за цел извеждането на неблагоприятните секрети от корема извън тялото. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища също се поставят дренажи, които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и да се определи наличието в тях на малигнени клетки.

Рецидив на тумора на черния дроб

Ако туморът се е появил отново (рецидивирал), може да се направи нова операция за премахването му или да се направи операция, за да се отстрани жълтеницата, която съпътства понякога рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия, лъчетерапия, имунотерапия

Защо трябва да постъпите в болница?

Наличието на онкологично заболяване на черния дроб изисква осъществяването на изследвания и лечение, които могат да се извършат само в болнична обстановка.

Необходимо е своевременно лечение с вливания във вените на медикаменти, електролити, витамини и други. Вземането кръв за изследване на определени показатели в нея, дава информация за степента на увреждане на организма. Своевременното лекарствено лечение има голямо значение за подготовката на болния за операция, защото забавянето му и влошаването на чернодробната функция може да отслабят така организма, че той по трудно да понесе предстоящата оперативна намеса. Едновременно с провеждане на медикаментозното лечение се извършват и допълнителни изследвания, които уточняват локализацията на онкологичното заболяване. Това са: компютърна аксиална томография ("скенер"); ядреномагнитен резонанс. Провеждат се и консултации с различни специалисти, за да се прецени в максимално голяма степен стадия на заболяването.

След получаване на цялостната информация, хирург, анестезиолог и други специалисти ще изработят стратегия за лечение и поведение според конкретния случай за всеки болен.

Отказът Ви от извършване на необходимите изследвания за диагностика на болестта Ви крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. При отказ да постъпите в болница Вашето заболяване ще има естествена еволюция към разрастване на тумора и разпространението му, а когато се касае за жълтеница съществува риск от бързо развитие на чернодробно-бъбречна недостатъчност с пряка опасност за живота.

Какво представлява порталната хипертония?

Порталната система пренася венозна кръв от стомашно-чревния тракт, панкреаса, слезката и жлъчния мехур към черния дроб. При повишаване на налягането в нея над горната граница на нормата се развива портална хипертония. Честотата на разпространение на болестта е свързана с честотата на разпространението на някои заболявания, по-важни от които са следните: чернодробна цироза вследствие на вирусен хепатит тип "В" и "С", алкохолна цироза, цироза без изяснена причина, както и други по-редки причини.

Възможностите на лечението и прогнозата зависят както от причината за повишеното налягане, така и от степента на изява на клиничните симптоми – разширени вени на хранопровода и стомаха, асцит (набиране на течност в коремната кухина), спленомегалия (уголемяване на далака), хиперспленизъм (повишена функция на далака и разрушаване на кръвните клетки), диспептични нарушения (свързани с нарушено разграждане и резорбция на хранителните вещества в чревния тракт), опсиурия (забавено отделяне на урина), портосистемна енцефалопатия (поява на неврологични симптоми, в най-тежката форма до кома) и др. Особено опасно усложнение за пациентите с портална хипертония, е кръвоизливът от разширените вени на хранопровода и стомаха, които се наричат варици.

Когато веднъж е открита порталната хипертония е необходимо да се направят допълнителни изследвания, за да се установи каква е причината за повишеното налягане и как функционира черният дроб. Тук се включват кръвни изследвания, ехографско изследване, фиброезофагогастроскопия.

Как се лекува порталната хипертония?

Възможностите на лечение се обособяват в две големи групи:

(а) Консервативно лечение – има за цел да понижи налягането в порталната система, да подобри чернодробната фуркция и да повлияе благоприятно споменатите по-горе признаци. В условията на остър кръвоизлив от вариците се налага и инфузионна терапия, вкл. кръвопреливане, опит за спиране на кървенето посредством ендоскопска манипулация (проникване в хранопровода с огъваем оптичен апарат – фиброгастроскоп, инжектиране на склерозиращо вещество или "връзване" на кървящите варици), поставяне на специална сонда с балони, които се раздуват в хранопровода и горната част на стомаха, така че да притиснат кървящите съдове и др. В над 90% от случаите тези лечебни мероприятия са ефективни и кръвоизливът се овладява, без да се налага извършването на операция по спешност.

(б) Оперативно лечение – най-често се извършват шънтови операции, при които се цели да се свържи порталната венозна система със системата на долната празна вена и по този начин да се понижи порталното налягане. Тези операции се извършват по-рядко по спешност (в условията на остро кървене) и по-често планово – след преминало кървене от вариците, овладяно с помощта на консервативни средства. Рискът в тези случаи от възникване на рецидивно кървене е около 50-70% и то само през първата година. Шънтовата операция намалява значително този риск. Друга допълнителна възможност е по време на шънтовата операция да се отстрани и далакът (т.е. да се извърши спленектомия), при положения, че са налице показания за това.

Редно е да знаете, че по време на операцията от чисто техническа гледна точка може да се окаже, че извършването на шънт е невъзможно. Това се случва при вариетети и

аномалии в разположението на вените от порталната система и лявата бъбречна вена. В такива случаи се извършва друг вид хирургична намеса – операция на Сугиура-Футагава, чиято цел е също профилактика на рецидивни кръвоизливи от вариците на хранопровода.

Рецидивно кървене от вариците на хранопровода и стомаха

То може да се появи в ранния или късния следоперативен период и да е резултата на естествената прогресия на порталната хипертония или да е признака за тромбоза ("запушване") на шънта. В тези случаи се налага постъпване в болница по спешност и предприемане на мероприятие за спиране на кървенето, като успоредно с това се извършват и диагностични процедури за изясняване на причината, в това число и за състоянието на шънта – дали функционира или не.

Защо трябва да постъпите в болница?

Когато е открита порталната хипертония и са налице симптоми, постъпването в болница е наложително и цели изясняване на причината за нея, както и функционалното състояние на черния дроб. В случаите на кървене от вариците се провежда хоспитализация по спешност и лечението е с животоспасяващо значение. При последната ситуация, успоредно с провеждане на медикаментозното лечение и инструменталните манипулации се извършват и допълнителни изследвания, както и консултации с различни специалисти за да се прецени в максимално голяма степен рискът от повторно кървене и в кой момент е удачно извършването на шънтова операция. След овладяване на кръвоизлива се препоръчва хирургична намеса в така наречения "светъл период", с основна цел предотвратяване на нови кръвоизливи, застрашаващи живота на болния.

След получаване на цялостната информация, хирург, анестезиолог и други специалисти ще изработят стратегия за лечение и поведение спорад конкретния случай за всеки болен. В зависимост от взетото решение ще бъдете определен за операция или наблюдение и консервативно лечение.

Отказът Ви от извършване на необходимите изследвания или на някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. При отказ да постъпите в болница Вашето заболяване ще има естествена еволюция към задълбочаване на проявите на порталната хипертония. Съществува реален риск от ново, рецидивно кървене от вариците на хранопровода и стомаха, изпадане в хеморагичен шок (шок всл. на кръвозагубата), както и бързо развитие на чернодробно-бъбречна недостатъчност с пряка опастност за живота.

Какво Ви предстои при постъпване в хирургично отделение?

Независимо от предшествуващите лекарски прегледи, хирургът ще Ви прегледа отново, но насочено с оглед предстоящата операция. Той ще се запознае с направените Ви изследвания и може да назначи някои допълнителни, както и вземането на кръв и урина за лабораторни изследвания. Ще Ви запознае със същността на допълнителните изследвания и необходимостта от тях, с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза. След постъпването в болницата се провеждат задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост с друг специалист - алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна медикаментозна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

При жълтеница причинена от тумор на черния дроб, хирургът ще приеме Вашия случай като спешен или с отложена спешност (в зависимост от степента на жълтеницата).

Преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от аспириране (вдишване) на

стомашен сок при анестезията и от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур,

КП № 188 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ЧЕРЕН ДРОБ ПРИ ЕХИНОКОКОВА БОЛЕСТ

1. Минимален болничен престой – 4 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Инцизионни процедури на черен дроб	
30431-00	Коремен дренаж на абцес на черен дроб
Инцизионни процедури на черен дроб	
30416-00	Лапароскопска марсупиализация на чернодробна киста
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30415-00	Сегментна резекция на черен дроб
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30414-00	Ексцизия на чернодробна лезия Резекция на вродени ченодробни кисти Субсегментна чернодробна резекция *Не включва*: хидатидни кисти (30434-00, 30436-00, 30438-00 [955])
Ексцизионни процедури на черен дроб	
30418-00	Лобектомия на черен дроб *Не включва*: разширена лобектомия на черен дроб (30421-00 [953])
Други процедури на черен дроб	
90319-00	Други процедури на черен дроб
Процедури при хидатидна киста на черен дроб	
30434-00	Евакуация на ехинококова киста на черен дроб *Включва*: шев на билиарни клончета
30436-00	Евакуация на ехинококова киста на черния дроб с оментопластика или миелопластика *Включва*: шев на билиарни клончета
30438-00	Евакуация на ехинококова киста на черен дроб с дренаж и ексцизия на чернодробна тъкан

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия/детска хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Паразитологична лаборатория
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение.
- лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции на деца до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение при:

1. септично състояние на базата на чернодробен абсцес и супурирала ехинококова киста;
2. чернодробно заболяване, довеждащо да обтурационно-иктеричен синдром;
3. паразитарни (ехинококови) кисти на черния дроб.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Кисти на черния дроб – при паразитарните кисти на черния дроб се прилагат по показания:

- консервативни хирургични техники - ехинококектомия с последващи оментопластика, капитонаж, инвагинация, външен дренаж, вътрешен отворен метод;

- радикални хирургични процедури - чернодробни резекции в различен обем, кистоперикистектомии;

- по строги показания - пункционно аспирационен метод.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на оперативната диагноза, данните от лабораторните и инструменталните методи и след задължително хистологично изследване (патоморфологична диагноза).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен и билиарен пасаж;

- добре зарастваща оперативна рана;

- липса на фебрилитет в последните 24 часа.

- липса на значими субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ПАРАЗИТАРНИ КИСТИ НА ЧЕРНИЯ ДРОБ

Кистите, развиващи се в черния дроб, биват паразитарни и непаразитарни. Паразитарните кисти са ехинококови. Откриването им е абсолютно показание за лечение (оперативно и консервативно). При операцията се прилагат различни оперативни методи, в зависимост от особеностите на кистата при всеки отделен пациент. Целта е премахването на кистата, при максимално запазване на здрав чернодробен паренхим. Когато това не е възможно се използват различни оперативни техники с цел максимална редукция на остатъчната кухина и др. По отношение на непаразитарните кисти се прилага диференцирано лечение според тяхната големина. По строга преценка по-малките кисти могат да се пунктират под контрола на ултразвук и да се евакуира съдържимото им. При по големите кисти се прилагат различни оперативни процедури (ексцизия и кисторезекция). При много строга преценка и подбор е възможно и някои ехинококови чернодробни кисти да се пунктират под ехографски контрол, да се евакуират и в остатъчната кухина да се въведат лечебни вещества.

След операцията, материал от отстранената киста се изследва от специалист-паразитолог. В зависимост от резултата се назначава постоперативно медикаментозно лечение (противорецидивна терапия). Възможно е след време в тялото Ви да се появи нова киста – това се нарича рецидив на заболяването и е свързано с факта, че лекарите диагностицират и оперират само видимите кисти, докато няма как да се разбере колко ларви на кучешката тения е погълнал един човек, и съответно колко и къде точно ще се развият ехинококови кисти.

Защо трябва да постъпите в болница?

Повечето от изследванията доказващи наличието на кисти в черния дроб могат да се осъществят амбулаторно (извън болницата). Постъпването в болница е наложително при установяване на показания за извършване на операция.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение?

При изяснена диагноза посредством ехография, компютърна аксиална томография (скенер) и имунологични изследвания на кръвта за ехинококоза, гастроентерологът ще Ви насочи за консултация с хирург. Той ще Ви запознае с необходимите допълнителни изследвания, с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза. След постъпването в болницата се провеждат задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост с друг специалист - алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

Преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от аспириране (вдишване) на стомашен сок при анестезията и от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината да се отчита и отделя безпрепятствено по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга пикочния мехур.

КП № 189 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ПАНКРЕАС И ДИСТАЛЕН ХОЛЕДОХ, С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

КП № 189.1 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ПАНКРЕАС И ДИСТАЛЕН ХОЛЕДОХ, С МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 7 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други ексцизионни процедури на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди
30458-02 Локална ексцизия на лезия на жлъчни пътища или сфинктер на Оди Лапароскопски или при отворена хирургия Ексцизия на тумор на: • ампула Vateri • общ жлъчен канал • дуктус цистикус • дуктус хепатикус • периампуларно • сфинктер на Oddi *Включва*: холедохотомия
Панкреатектомия
30583-00 Дистална панкреатектомия
Панкреатектомия
30593-00 Панкреатектомия
Панкреатектомия
30584-00 Панкреатикодуоденектомия с формиране на стома *Включва*: холедохоентеростомия гастройеюностомия панкреатикойеюностомия съхранение на пилора

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

3. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека е от обхвата на медицинската специалност „Хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт

„Хирургия"; от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Детска хирургия".

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия III ниво на компетентност
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5.Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия, разположен на територията на болницата; КАТ или МРТ
6. Кабинет по ендоскопска диагностика (горна ендоскопия)
7. Лаборатория (отделение) по клинична патология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Имунологична лаборатория
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Кръгови ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарни ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за ендоскопска хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

При диагнози по МКБ 10 рубрики: С15 - С26, С45, С48, С65, С66, С67, С68 и С79, НЗОК заплаща следните скъпоструващи медицински изделия:

- Механичен съшивател;
- Пълнител за механичен съшивател
- Ендоскопски съшивател
- Пълнител за ендоскопски съшивател

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- шестима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия и допълнителна клинична компетентност съгласно стандарта. За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от трето ниво на компетентност, трябва да разполага с лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- петима лекари със специалност по детска хирургия или хирургия с опит в хирургията на панкреаса; от тях трябва да има специалисти, притежаващи сертификат за лапароскопия, торакоскопия, бронхоскопия и горна ендоскопия.

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория; - лекар със специалност по клинична патология.

Всички планови операции до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват в планов порядък, като пациентите с високостепенен механичен иктер се третират в клиники/отделения по Гастроентерология с оглед поставяне на предоперативен билиарен дренаж.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение при пациенти със:

Диагностика и лечение при пациенти със:

1. патологично отслабване на тегло;
2. коремно-болков синдром;
3. горно-диспептичен синдром;
4. астено-адинамичен синдром;
5. анемия, без наличие на хематологично заболяване;
6. клинични/лабораторни признаци за обтурационно-иктеричен синдром, съчетан или не с фебрилитет и болка в епигастриума;
7. клинико-лабораторни данни за екзокринна/ендокринна панкреасна недостатъчност;
8. септичен синдром;

9. ендотоксичен шок;
10. усложнения след ЕРХПГ (ретроперитонеален флегмон, панкреатит, кървене от папилата на Фатер и др.);
11. усложнения след оперативни интервенции на ЕХЖП (обструкции на анастомози, обструкция на билиарни дренажи, неясни фебрилни състояния, болки в корема и др.);
12. всички огнищни лезии в областта на панкреаса и дисталния холедох (суспектни или доказани с образни методи на диагностика и/или ендоскопско изследване, както и хистологично), включително рецидив на злокачественото заболяване;
14. обтурационно-иктеричен синдром.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.
2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Хирургично лечение на доброкачествени заболявания на панкреаса:

I. Остър панкреатит.

Много внимателна преценка на необходимостта от оперативно вмешателство. Такава е налице в следните случаи:

1) Остър некротичен панкреатит (ОНП) с клинични данни за перитонит или полиорганна недостатъчност.

2) Тежка некроза на панкреаса и КАТ данни за газ в бурса оменталис.

3) Данни за абсцес или флегмон в ретропанкреатичното или ретроперитонеалното пространство.

II. Хроничен панкреатит.

Оперативна интервенция - само при изчерпани възможности за въздействие на консервативно-медикаментозното лечение.

Варианти:

1) Хроничен панкреатит индуративна форма, без разширение на главния панкреатичен канал, но със силен болков синдромокомплекс, отслабване до маразъм.

2) Хроничен панкреатит и силно разширение на главния канал (над 7-8мм) с болков синдромокомплекс и прогресивно отслабване.

3) Хроничен (псевдотуморозен) панкреатит.

III. Кисти и псевдокисти на панкреасната жлеза.

Резекция на панкреасната жлеза с кистата; ***Дренаж - забранен!***

IV. Хирургично лечение на новообразувания на панкреасната жлеза, доказани хистологично предоперативно или постоперативно след отстраняването им.

V. Хирургично лечение на злокачествените новообразувания на дисталния холедох – важат правилата при лечение на панкреатичния аденокарцином на главата на панкреаса.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя на базата на оперативната диагноза, данните от лабораторните и инструменталните методи за неонкологичните заболявания и след задължително хистологично изследване с патоморфологична диагноза (определяне на степен на малигненост и стадии на тумора по TNM класификация) при онкологичните заболявания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен и билиарен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет в последните 24 часа.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни в "История на заболяването" (ИЗ)).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицевочелюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)
ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЖЛЪЧНО-ЧЕРНОДРОБНАТА СИСТЕМА И ПАНКРЕАСА

Възможностите за лечението на онкологичните заболявания на жлъчно-чернодробната система и панкреаса са:

Хирургично лечение - има за цел премахване на тумора и\или премахване на усложнения, свързани с неговото развитие.

Химиотерапия - използват се специални лекарства (химиотерапевтици) за въздействие върху онкологичните клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената.

Ако е премахнат целия видим тумор по време на операцията, лекарят може да приложи химиотерапия на пациента, за да въздейства върху клетките, останали невидими след операцията.

При **лъчетерапията** се използват рентгенови или други лъчи с висока енергия, за въздействие върху онкологичните клетки. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчетерапията може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Имунотерапията се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с тумора. Използват се вещества, образувани от човешки организъм или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помоща на естествените сили на организма въздействат върху онкологичните клетки. То може да се съчетава с другите видове терапия.

При тези заболявания лъчетерапията и химиотерапията имат по-ограничено приложение.

Туморът на черния дроб е заболяване, при което се откриват туморни "малигнени" клетки в чернодробния паренхим. Той бива *първичен чернодробен рак* – когато се развива за първи път в този органи, и *вторичен* – когато черния дроб се обхваща от метастази на карцином, първично възникнал в друг орган на тялото. И в двата случая заболяването се лекува по хирургичен начин. Честотата на разпространение на болестта е свързана с честотата на разпространението на някои заболявания, по-важни от които са – чернодробна цироза вследствие на хепатит В и С, алкохолна цироза и цироза без изяснена причина.

Възможностите за лечението и прогнозата зависят в голяма степен както от големината на карцинома, така и от степента на съпътстващата чернодробна цироза и функционалното състояние на чернодробния паренхим. Най-често началните прояви на заболяването са съпроводени с болка и тежест в дясното подребрие, лесна уморяемост и безсилие, отслабване на телесно тегло (особено при наличие на цироза), безапетитие.

Хирургичното лечение е най-често прилаганото. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на карцинома на черния дроб по хирургичен начин е свързано с изрязване (резекция) на чернодробна тъкан.

Ако карциномът е в по-ранен стадий, стремежът на хирурга е винаги да извърши резекция на засегнатите тъкани. Ако карцинома е в по-напреднал стадий е възможно такава резекция да е много рискована (дори несъвместима с живота). След операцията в коремната кухина се оставят за определен период от време пластмасови или от друг материал тръбички (дренажи), които имат за цел извеждането на неблагоприятните секрети от корема извън тялото. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища също се поставят дренажи, които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за са се изследват под микроскоп и да се определи наличието в тях на малигнени клетки.

Рецидив на тумора на черния дроб

Ако туморът се е появил отново (рецидивирал), може да се направи нова операция за премахването му или да се направи операция за да се отстрани жълтеницата, която съпътства понякога рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия, лъчетерапия, имунотерапия.

Тумор на жлъчния мехур и извънчернодробната жлъчна система (ЕХЖС). При тях се откриват туморни "малигнени" клетки в тъканите на жлъчния мехур и извънчернодробните

жлъчни пътища. Към това заболяване се отнася и тумора на голямата дуоденална папила (мястото на вливане на основния жлъчен канал в дванадесетопръстното черво).
Възможностите на лечението и прогнозата зависят в голяма степен от разпространението на тумора (важно е дали той обхваща и чернодробна тъкан, дали прораства в големите съдове на чернодробно–дуоденалната връзка и в каква степен са засегнати лимфните възли). Най-често началните прояви на това заболяване са съпроводени с пожълтяване на кожата и склерите, потъмняване на урината, изсветляване на изпражненията, сърбеж по кожата (механична жълтеница) съпроводени или не с болки в корема, безапетите, уморяемост, отслабване на тегло.
Когато веднъж е открит тумора на ЕХЖС, е необходимо да се направят допълнителни изследвания за това, дали малигнените клетки са се разпространили и в други органи. Необходимо е да се направят и допълнителни инструментални изследвания, за да се уточни локализацията на тумора, което има значение за определяне на възможностите на оперативното лечение.
Хирургичното лечение е най-често прилаганото при всички стадии на тумора. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на тумора на ЕХЖС по хирургичен начин е свързано с изрязване на тъкани в жлъчно-чернодробната област. Почти винаги се премахва жлъчния мехур. Според стадия на заболяването може да се наложи резекция на черния дроб (изрязване на част от черния дроб). Според локализацията на тумора – ако е разположен в средните или долните части на големия жлъчен съд (дуктус хепатикохоледохус) и голямата дуоденална папила (на дванадесетопръстното черво) се налага изрязване и на други органи – част от панкреаса, дванадесетопръстното черво, стомаха. След като са изрязани, оставащите части от тези органи отново се зашиват (анастомоза), така че да се осигури жлъчния и хранителния пасаж. Ако туморът е в по-ранен стадий, стремежът на хирурга винаги е да извърши резекция на засегнатите тъкани. Ако туморът е в по-напреднал стадий, възможно е такава резекция да е много рискована (дори несъвместима с живота) и тогава се правят т.н. деривиращи операции – хирургично свързване на жлъчните пътища с червата, както и на стомаха с червата, за да се осигури движението на жлъчния сок и храната. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища се поставят тръбички (дренажи), които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време (или постоянно) в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и се определи наличието в тях на малигнени клетки.
Има определени случаи с тумори на ЕХЖС, които протичат с много силно изразена жълтеница. При тях лечебното поведение може да бъде хирургично, а ако болния не е в състояние да понесе операцията се правят манипулации с ендоскоп – с цел да се осигури възможност жлъчния сок да изтича в дванадесетопръстното черво или се прави транскутанна (през кожата) трансхепатална (през черния дроб) пункция (пробиване) на жлъчен съд с поставяне на външен дренаж.
В случаите на ранен тумор на голямата папила на дванадесетопръстното черво, при пациенти в напреднала възраст или такива със сериозни противопоказания за операция – тумора може да бъде обработен ендоскопски (електрорезекция или с лазер).
Рецидивиране на тумор на екстрахепаталните жлъчни пътища
Ако туморът се е появил отново (е рецидивирал), може да се направи нова операция за премахването му или да се направи операция, за да се отстрани жълтеницата, която съпътства често пъти рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове си химиотерапия, лъчетерапия, имунотерапия.
Тумор на панкреаса.При него се развиват туморни “малигнени” клетки на тъканите на панкреатичната жлеза. Може да обхване отделни негови части – глава, тяло, опашка или целия орган, както и да се развие като кистична форма. Когато веднъж е открит тумора на панкреаса, е необходимо да се направят допълнителни изследвания за това, дали малигнените клетки са се разпространили и в други органи, да се уточни локализацията му, което има значение за определяне на възможностите на оперативното лечение.
Хирургичното лечение е най-често прилаганото. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на тумора на панкреаса по хирургичен начин е свързано с изрязване на панкреатичната тъкан. Панкреатичната операция е една от най-тежките и продължителни операции върху човешкото тяло. Според големината на тумора, локализацията и разпространението му могат да се предприемат различни видове

резекции (изрязване). Ако тумора е в по-ранен стадий, стремежа на хирурга е винаги да извърши резекция на засегнатите тъкани. След операцията в коремната кухина се оставят за определен период от време пластмасови или от друг материал тръбички (дренажи), които имат за цел извеждането на неблагоприятните секрети от корема извън тялото. В някои случаи, за де се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища също се поставят дренажи, които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат им лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и да се определи наличието в тях на малигнени клетки. Ако тумора е в по-напреднал стадий, възможно е резекцията на панкреаса да е много рискована (дори несъвместима с живота) и тогава се правят т.н. обходни операции – хирургично свързване на жлъчните пътища с червата, както и на стомаха с червата, за да се осигури движението на жлъчния сок и храната, както и операции върху нервите на панкреаса, с цел да се намали болката. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища се поставят латексови или пластмасови тръбички (дренажи), които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време (или постоянно) в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и се определи наличието в тях на малигнени клетки.

Рецидив на тумор на панкреаса

Ако туморът се е появил отново (рецидивирал е), може да се направи нова операция за премахването му или да се направи операция, за де се отстрани жълтеницата, която съпътства често пъти рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия и/или лъчетерапия. Пациентът може да получи и имунотерапия.

Защо трябва да постъпите в болница?

Наличието на онкологично заболяване на хепатобилиарната система и панкреаса изисква осъществяването на изследвания и лечение, които могат да се извършат само в болнична обстановка.

Необходимо е своевременно лечение с вливания във вените на медикаменти, електролити, витамини и други. Вземането на кръв за изследване на определени показатели в нея, дава информация за степента на увреждане на организма. Своевременното лекарствено лечение има голямо значение за подготовката на болния за операция, защото забавянето му и влошаването на чернодробната функция може да отслабят така организма, че той по-трудно да понесе предстоящата оперативна намеса. Едновременно с провеждане на медикаментозното лечение се извършват и допълнителни изследвания, които уточняват локализацията на онкологичното заболяване. Това са: компютърна аксиална томография (“скенер”); ядреномагнитен резонанс; ендоскопската ретроградна холангиопанкреатография – при която с фиброоптична тръба се прониква до дванадесетопръстното черво и се оглежда папилата му (може да се вземе тъкан за хистологично изследване), като по време на изследването може да се впръска в жлъчните пътища контрастно вещество за оцветяването им (снима се с рентгенов апарат) или се поставят протезни тръбички. Друго подобно изследване е транскутанната трансхепатална пункция на жлъчните пътища, при която със специална игла се впръсква контрастно вещество (снима се с рентгенов апарат) и/или се поставят протезни тръбички. Провеждат се и консултации с различни специалисти, за да се прецени в максимално голяма степен стадия на заболяването.

След получаване на цялостната информация, хирург, анестезиолог и други специалисти ще изработят стратегия за лечение и поведение според конкретния случай за всеки болен.

Отказът Ви от извършване на необходимите изследвания за диагностика на болестта крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. При отказ да постъпите в болница Вашето заболяване ще има естествена еволюция към разрастване на тумора и разпространението му, а когато се касае за жълтеница съществува риск от бързо развитие на чернодробно-бъбречна недостатъчност с пряка опасност за живота.

Какво Ви предстои при постъпване в хирургично отделение?

Независимо от предшествуващите лекарски прегледи, хирургът ще Ви прегледа отново, но насочено с оглед предстоящата операция. Той ще се запознае с направените Ви изследвания и може да назначи някои допълнителни, както и вземането на кръв и урина за лабораторни изследвания. Ще Ви запознае със същността на допълнителните изследвания и необходимостта от тях, с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятната прогноза. След

постъпването в болницата се провеждат задължително предоперативни консултации с кардиолог, анестезиолог, а при необходимост с друг специалист – алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (например при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна медикаментозна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.
При жълтеница, причинена от тумор на чернодробножлъчната система и панкреаса, хирургът ще приеме Вашият случай като спешен или с отложена спешност (в зависимост от степента на жълтеницата). Възможно е да се наложи двуетапна операция. На първия етап да се направи операция за преодоляване на жълтеницата и на втори етап – операция за отстраняване на тумора.
Преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от аспириране (вдишване) на стомашен сок при анестезията и от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината да се отчита и отделя безпрепятствено по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга пикочния мехур.
Ако имате въпроси след прочитането на тази информация, задайте ги на Вашия лекар, които ще Ви отговори и обясни.

КП № 189 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ПАНКРЕАС И ДИСТАЛЕН ХОЛЕДОХ, С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

КП № 189.2 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ПАНКРЕАС И ДИСТАЛЕН ХОЛЕДОХ, С ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 4 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Хирургична симпатектомия

Разделяне }
Невректомия } на симпатиков нерв

Не включва: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])

90014-00 Друга хирургична симпатектомия
Периатериална хирургична симпатектомия
Хирургична ганглионектомия:

- сфенопалатинен възел
- симпатиков БДУ

Инцизионни порцедури на панкреас

30375-14 Инцизия и дренаж на панкреас

Други ексцизионни порцедури на панкреас или панкреатичен канал

30578-00 Ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал
Включва: изследване

Инцизионни порцедури на панкреас

30375-27 Марсупиализация на панкреатична киста

Инцизионни порцедури на панкреас

30375-14 Инцизия и дренаж на панкреас

Анастомоза на панкреас

Забележка: Изпълнена при:

- панкреатична киста
- панкреатит

Не включва: холецистопанкреатостомия (30460-02 [969])
холедохопанкреатостомия (30460-06 [969])
30586-00 Анастомоза на панкреас към дуоденум
30586-01 Анастомоза на панкреас към стомах

30587-00 Анастомоза на панкреас чрез Roux-en-Y примка към йеюнум
Не включва: такава с панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])
30589-00 Панкреатикойеюностомия
Не включва: такава с:
- анастомоза до Roux-en-Y бримка на йеюнум (30587-00 [980])
- панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])

Други възстановителни процедури на панкреаса

90325-00 Друго възстановяване на панкреас

Анастомоза на панкреас

Забележка: Изпълнена при:
- панкреатична киста
- панкреатит

Не включва: холецистопанкреатостомия (30460-02 [969])
холедохопанкреатостомия (30460-06 [969])
30586-00 Анастомоза на панкреас към дуоденум
30586-01 Анастомоза на панкреас към стомах
30587-00 Анастомоза на панкреас чрез Roux-en-Y примка към йеюнум
Не включва: такава с панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])
30589-00 Панкреатикойеюностомия
Не включва: такава с:
- анастомоза до Roux-en-Y бримка на йеюнум (30587-00 [980])
- панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])

Други порцедури на панкреас

90326-00 Други процедури на панкреас

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.
Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

3. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

В обхвата на медицинската специалност "Хирургия" и медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявани най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Хирургия"/"Детска хирургия". При остър панкреатит и в условия на спешност може да се изпълнява само оперативна дейност за ексцизия или деструкция на лезия или тъкан на панкреас или панкреасен поток с код „Друга ексцизия или деструкция на лезия или тъкан на панкреас или панкреасен поток" /30578-00 Ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал/.
Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарти.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за

извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5.Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия, разположен на територията на болницата; КАТ или МРТ
6. Кабинет по ендоскопска диагностика (горна ендоскопия)
7. Лаборатория (отделение) по клинична патология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Имунологична лаборатория
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Кръгови ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Линеарни ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за ендоскопска хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

При диагнози по МКБ 10 рубрики: С15 - С26, С45, С48, С65, С66, С67, С68 и С79, НЗОК заплаща следните скъпоструващи медицински изделия:

- Механичен съшивател;
- Пълнител за механичен съшивател
- Ендоскопски съшивател
- Пълнител за ендоскопски съшивател

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- шестима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия и допълнителна клинична компетентност съгласно стандарта. За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от трето ниво на компетентност, трябва да разполага с четирима лекари с придобита квалификация за извършване на ехография, както и трима лекари с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория; - лекар със специалност по клинична патология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:
- петима лекари със специалност по детска хирургия или хирургия с опит в хирургията на панкреаса; от тях трябва да има специалисти, притежаващи сертификат за лапароскопия, торакоскопия, бронхоскопия и горна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология.

Всички планови операции до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение при пациенти със:

Диагностика и лечение при пациенти със:

1. патологично отслабване на тегло;

2. коремно-болков синдром;

3. горно-диспептичен синдром;

4. астено-адинамичен синдром;

5.анемия, без наличие на хематологично заболяване;

6. клинични/лабораторни признаци за обтурационно-иктеричен синдром, съчетан или не с фебрилитет и болка в епигастриума;

7. клинико-лабораторни данни за екзокринна/ендокринна панкреасна недостатъчност;

8.септичен синдром;

9. ендотоксичен шок;

10. усложнения след ЕРХПГ (ретроперитонеален флегмон, панкреатит, кървене от папилата на Фатер и др.);

11. усложнения след оперативни интервенции на ЕХЖП (обструкции на анастомози, обструкция на билиарни дренажи, неясни фебрилни състояния, болки в корема и др.);

12. всички огнищни лезии в областта на панкреаса и дисталния холедох (суспектни или доказани с образни методи на диагностика и/или ендоскопско изследване, както и хистологично), включително рецидив на злокачественото заболяване;

13. палпираща се формация в корема;

14. обтурационно-иктеричен синдром.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1.Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2.Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Хирургично лечение на доброкачествени заболявания на панкреаса: I. Остър панкреатит.

Много внимателна преценка на необходимостта от оперативно вмешателство. Такава е налице в следните случаи:

1.Остър некротичен панкреатит (ОНП) с клинични данни за перитонит.

2.Тежка некроза на панкреаса с големи секвестри.

3.Данни за абсцес или флегмон в ретропанкреатичното пространство.

При първи вариант - лапаротомия, лаваж на коремната кухина, широк дренаж на ретроперитонеалното пространство - в дясно под дуоденума и главата на панкреатичната жлеза. Тялото се повдига и дренира с няколко силиконови дрена. В по-тежките случаи - широка лапаростома за вторично почистване на некрозите и ретропанкреатичното пространство.

При втори вариант - лапаротомия, отстраняване на некрозите (секвестрите), без нарушаване на останалата здрава панкреатична тъкан. Дренаж на санирания участък от жлезата с меки силиконови дренове. Лапаростома не се препоръчва.

При трети вариант - абсцес или флегмон на ретропанкреасното пространство: а) транспариетален дренаж под ехографски контрол, когато това е възможно.

б) при неуспех и прогресиране на заболявянето - лапаротомия, "широк" дренаж с последващ лаваж на кухината.

II. Хроничен панкреатит.

Оперативна интервенция - само при изчерпани възможности за въздействие на консервативно-медикаментозното лечение.

Варианти:

1.Хроничен панкреатит индуративна форма, без разширение на главния панкреатичен канал, но със силен болков синдромокомплекс, отслабване до маразъм.

Предпочитано вмешателство:

а) ганглиектомия /семилунаректомия/ в дясно и ляво;

б) спланхницектомия;

2.Хроничен панкреатит и силно разширение на главния канал (над 7-8мм) с болков синдромокомплекс и прогресивно отслабване.

Дренажни оперативни намеси:

а) външен дренаж на d. Wirsungianus

б) вътрешен дренаж

- със стомах;
- с тънко черво - предпочитана оперативна намеса, Wirsungojejunoanastomosis (Partington-Rochell или Puestow). Не се препоръчват при този вариант анастомози с резекции на панкреатичната жлеза.

3.Хроничен (псевдотуморозен) панкреатит.

Поради тежките изменения в паренхима, които трудно могат да се отдиференцират от злокачествени новообразувания и настъпили усложнения при строга преценка за всеки отделен случай се препоръчват:
а) при тежки изменения, локализирани в главата на панкреасната жлеза - Whipple procedure;
б) локализирани тежки изменения в тялото и опашката - лява субтотална или лява хемипанкреатектомия.

III. Кисти и псевдокисти на панкреасната жлеза.

1) При cysta vera:
а) кистектомия;
2) При псевдокисти:

Оперативни намеси се извършват не по-рано от 4-6 седмици от началото на образуването им.
Варианти:
а) външен дренаж - предпочита се при панкреатична киста със слаби, нежни стени, които не са подходящи за анастомоза;
б) вътрешен дренаж:
- със стомах (кистогастроанастомоза, Juracz procedure);
- с тънко черво - Henle-Hahn procedure;
- с дуоденум;

Горните вътрешни дренажи се прилагат в зависимост от разположението на панкреасната киста:
- плътно прирастнала към стомаха - Juracz procedure;
- по-ниско разположена от стомаха - Henle-Hahn procedure; - плътно прилепнала към дуоденума – кистодуоденостомия;

IV. Вродени заболявания.
Панкреас ануларе и семилунаре:
1) частична резекция на частта, притискаща дуоденума;
2) деривация на надлежащата част на дуоденума с тънко черво;

V. Хирургично лечение на новообразувания на панкреасната жлеза.
I. Новообразувания на екзокринната панкреасна система.
Доброкачествени новообразувания – аденоми:
- предпочитат се частични резекции на жлезата в зависимост от месторазположението на аденома;
- резекции при големи формации;

Злокачествени новообразувания В зависимост от местоположението:
а) глава на панкреасната жлеза
- дуоденохемипанкреатектомия - Whipple procedure;
- пилоросъхраняващ вариант на Whipple procedure - Traverso-Longmire procedure;

б) тяло-опашка на панкреасната жлеза - оперативни намеси:

Вариант I - операбилни тумори T1, T2, T3, без метастази в черния дроб - радикална 2/3 или субтотална лява панкреатектомия със спленектомия.
Вариант II - голям тумор T3 - T4, с компресия на дуоденума и стомашна стаза - гастродуоденоанастомоза; при възможност - лява спланхницектомия или лява ганглиектомия за обезболяване.
Вариант III - операбилен тумор T1, T2, T3, с метастази в черния дроб и парапанкреатичното пространство – (по преценка и възможност на екипа) лява панкреатична резекция и артериален катетър за локална чернодробна химиотерапия.

VI. Хирургично лечение на злокачествените новообразувания на дисталния холедох.
Всички оперативни намеси, отнасящи се до злокачествените новообразувания на главата на панкреаса са в сила и при новообразуванията на дисталния холедох.
При необходимост, се прилагат локални хемостатици.
Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя на базата на оперативната диагноза, данните от лабораторните и инструменталните методи за неонкологичните заболявания и след задължително хистологично изследване с патоморфологична диагноза (определяне на степен на малигненост и стадии на тумора по TNM класификация) при онкологичните заболявания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен и билиарен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет в последните 24 часа.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. **ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА** се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. **ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ** – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. **ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:**

3.1. Документиране на предоперативни в "История на заболяването" (ИЗ)).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицевочелюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. **ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:**

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)
ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЖЛЪЧНО-ЧЕРНОДРОБНАТА СИСТЕМА И ПАНКРЕАСА

Възможностите за лечението на онкологичните заболявания на жлъчно-чернодробната система и панкреаса са:

Хирургично лечение - има за цел премахване на тумора и\или премахване на усложнения, свързани с неговото развитие.

Химиотерапия - използват се специални лекарства (химиотерапевтици) за въздействие върху онкологичните клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената.

Ако е премахнат целия видим тумор по време на операцията, лекарят може да приложи химиотерапия на пациента, за да въздейства върху клетките, останали невидими след операцията.

При **лъчетерапията** се използват рентгенови или други лъчи с висока енергия, за въздействие върху онкологичните клетки. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчетерапията може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Имунотерапията се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с тумора. Използват се вещества, образувани от човешки организъм или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помоща на естествените сили на организма въздействат върху онкологичните клетки. То може да се съчетава с другите видове терапия.

При тези заболявания лъчетерапията и химиотерапията имат по-ограничено приложение.

Туморът на черния дроб е заболяване, при което се откриват туморни "малигнени" клетки в чернодробния паренхим. Той бива *първичен чернодробен рак* – когато се развива за първи път в този органи, и *вторичен* – когато черния дроб се обхваща от метастази на карцином, първично възникнал в друг орган на тялото. И в двата случая заболяването се лекува по хирургичен начин. Честотата на разпространение на болестта е свързана с честотата на разпространението на някои заболявания, по-важни от които са – чернодробна цироза вследствие на хепатит В и С, алкохолна цироза и цироза без изяснена причина.

Възможностите за лечението и прогнозата зависят в голяма степен както от големината на карцинома, така и от степента на съпътстващата чернодробна цироза и функционалното състояние на чернодробния паренхим. Най-често началните прояви на заболяването са съпроводени с болка и тежест в дясното подребрие, лесна уморяемост и безсилие, отслабване на телесно тегло (особено при наличие на цироза), безапетитие.

Хирургичното лечение е най-често прилаганото. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на карцинома на черния дроб по хирургичен начин е свързано с изрязване (резекция) на чернодробна тъкан.

Ако карциномът е в по-ранен стадий, стремежът на хирурга е винаги да извърши резекция на засегнатите тъкани. Ако карцинома е в по-напреднал стадий е възможно такава резекция да е много рискована (дори несъвместима с живота). След операцията в коремната кухина се оставят за определен период от време пластмасови или от друг материал тръбички (дренажи), които имат за цел извеждането на неблагоприятните секрети от корема извън тялото. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища също се поставят дренажи, които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за са се изследват под микроскоп и да се определи наличието в тях на малигнени клетки.

Рецидив на тумора на черния дроб

Ако туморът се е появил отново (рецидивирал), може да се направи нова операция за премахването му или да се направи операция за да се отстрани жълтеницата, която съпътства понякога рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия, лъчетерапия, имунотерапия.

Тумор на жлъчния мехур и извънчернодробната жлъчна система (ЕХЖС). При тях се откриват туморни "малигнени" клетки в тъканите на жлъчния мехур и извънчернодробните

жлъчни пътища. Към това заболяване се отнася и тумора на голямата дуоденална папила (мястото на вливане на основния жлъчен канал в дванадесетопръстното черво).
Възможностите на лечението и прогнозата зависят в голяма степен от разпространението на тумора (важно е дали той обхваща и чернодробна тъкан, дали прораства в големите съдове на чернодробно–дуоденалната връзка и в каква степен са засегнати лимфните възли). Най-често началните прояви на това заболяване са съпроводени с пожълтяване на кожата и склерите, потъмняване на урината, изсветляване на изпражненията, сърбеж по кожата (механична жълтеница) съпроводени или не с болки в корема, безапетите, уморяемост, отслабване на тегло.
Когато веднъж е открит тумора на ЕХЖС, е необходимо да се направят допълнителни изследвания за това, дали малигнените клетки са се разпространили и в други органи. Необходимо е да се направят и допълнителни инструментални изследвания, за да се уточни локализацията на тумора, което има значение за определяне на възможностите на оперативното лечение.
Хирургичното лечение е най-често прилаганото при всички стадии на тумора. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на тумора на ЕХЖС по хирургичен начин е свързано с изрязване на тъкани в жлъчно-чернодробната област. Почти винаги се премахва жлъчния мехур. Според стадия на заболяването може да се наложи резекция на черния дроб (изрязване на част от черния дроб). Според локализацията на тумора – ако е разположен в средните или долните части на големия жлъчен съд (дуктус хепатикохоледохус) и голямата дуоденална папила (на дванадесетопръстното черво) се налага изрязване и на други органи – част от панкреаса, дванадесетопръстното черво, стомаха. След като са изрязани, оставащите части от тези органи отново се зашиват (анастомоза), така че да се осигури жлъчния и хранителния пасаж. Ако туморът е в по-ранен стадий, стремежът на хирурга винаги е да извърши резекция на засегнатите тъкани. Ако туморът е в по-напреднал стадий, възможно е такава резекция да е много рискована (дори несъвместима с живота) и тогава се правят т.н. деривиращи операции – хирургично свързване на жлъчните пътища с червата, както и на стомаха с червата, за да се осигури движението на жлъчния сок и храната. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища се поставят тръбички (дренажи), които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време (или постоянно) в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и се определи наличието в тях на малигнени клетки.
Има определени случаи с тумори на ЕХЖС, които протичат с много силно изразена жълтеница. При тях лечебното поведение може да бъде хирургично, а ако болния не е в състояние да понесе операцията се правят манипулации с ендоскоп – с цел да се осигури възможност жлъчния сок да изтича в дванадесетопръстното черво или се прави транскутанна (през кожата) трансхепатална (през черния дроб) пункция (пробиване) на жлъчен съд с поставяне на външен дренаж.
В случаите на ранен тумор на голямата папила на дванадесетопръстното черво, при пациенти в напреднала възраст или такива със сериозни противопоказания за операция – тумора може да бъде обработен ендоскопски (електрорезекция или с лазер).
Рецидивиране на тумор на екстрахепаталните жлъчни пътища
Ако туморът се е появил отново (е рецидивирал), може да се направи нова операция за премахването му или да се направи операция, за да се отстрани жълтеницата, която съпътства често пъти рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове си химиотерапия, лъчетерапия, имунотерапия.
Тумор на панкреаса.При него се развиват туморни “малигнени” клетки на тъканите на панкреатичната жлеза. Може да обхване отделни негови части – глава, тяло, опашка или целия орган, както и да се развие като кистична форма. Когато веднъж е открит тумора на панкреаса, е необходимо да се направят допълнителни изследвания за това, дали малигнените клетки са се разпространили и в други органи, да се уточни локализацията му, което има значение за определяне на възможностите на оперативното лечение.
Хирургичното лечение е най-често прилаганото. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на тумора на панкреаса по хирургичен начин е свързано с изрязване на панкреатичната тъкан. Панкреатичната операция е една от най-тежките и продължителни операции върху човешкото тяло. Според големината на тумора, локализацията и разпространението му могат да се предприемат различни видове

резекции (изрязване). Ако тумора е в по-ранен стадий, стремежа на хирурга е винаги да извърши резекция на засегнатите тъкани. След операцията в коремната кухина се оставят за определен период от време пластмасови или от друг материал тръбички (дренажи), които имат за цел извеждането на неблагоприятните секрети от корема извън тялото. В някои случаи, за де се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища също се поставят дренажи, които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат им лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и да се определи наличието в тях на малигнени клетки. Ако тумора е в по-напреднал стадий, възможно е резекцията на панкреаса да е много рискована (дори несъвместима с живота) и тогава се правят т.н. обходни операции – хирургично свързване на жлъчните пътища с червата, както и на стомаха с червата, за да се осигури движението на жлъчния сок и храната, както и операции върху нервите на панкреаса, с цел да се намали болката. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища се поставят латексови или пластмасови тръбички (дренажи), които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време (или постоянно) в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и се определи наличието в тях на малигнени клетки.

Рецидив на тумор на панкреаса

Ако туморът се е появил отново (рецидивирал е), може да се направи нова операция за премахването му или да се направи операция, за де се отстрани жълтеницата, която съпътства често пъти рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия и/или лъчетерапия. Пациентът може да получи и имунотерапия.

Защо трябва да постъпите в болница?

Наличието на онкологично заболяване на хепатобилиарната система и панкреаса изисква осъществяването на изследвания и лечение, които могат да се извършат само в болнична обстановка.

Необходимо е своевременно лечение с вливания във вените на медикаменти, електролити, витамини и други. Вземането на кръв за изследване на определени показатели в нея, дава информация за степента на увреждане на организма. Своевременното лекарствено лечение има голямо значение за подготовката на болния за операция, защото забавянето му и влошаването на чернодробната функция може да отслабят така организма, че той по-трудно да понесе предстоящата оперативна намеса. Едновременно с провеждане на медикаментозното лечение се извършват и допълнителни изследвания, които уточняват локализацията на онкологичното заболяване. Това са: компютърна аксиална томография (“скенер”); ядреномагнитен резонанс; ендоскопската ретроградна холангиопанкреатография – при която с фиброоптична тръба се прониква до дванадесетопръстното черво и се оглежда папилата му (може да се вземе тъкан за хистологично изследване), като по време на изследването може да се впръска в жлъчните пътища контрастно вещество за оцветяването им (снима се с рентгенов апарат) или се поставят протезни тръбички. Друго подобно изследване е транскутанната трансхепатална пункция на жлъчните пътища, при която със специална игла се впръсква контрастно вещество (снима се с рентгенов апарат) и/или се поставят протезни тръбички. Провеждат се и консултации с различни специалисти, за да се прецени в максимално голяма степен стадия на заболяването.

След получаване на цялостната информация, хирург, анестезиолог и други специалисти ще изработят стратегия за лечение и поведение според конкретния случай за всеки болен.

Отказът Ви от извършване на необходимите изследвания за диагностика на болестта крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. При отказ да постъпите в болница Вашето заболяване ще има естествена еволюция към разрастване на тумора и разпространението му, а когато се касае за жълтеница съществува риск от бързо развитие на чернодробно-бъбречна недостатъчност с пряка опасност за живота.

Какво Ви предстои при постъпване в хирургично отделение?

Независимо от предшествуващите лекарски прегледи, хирургът ще Ви прегледа отново, но насочено с оглед предстоящата операция. Той ще се запознае с направените Ви изследвания и може да назначи някои допълнителни, както и вземането на кръв и урина за лабораторни изследвания. Ще Ви запознае със същността на допълнителните изследвания и необходимостта от тях, с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятната прогноза. След

постъпването в болницата се провеждат задължително предоперативни консултации с кардиолог, анестезиолог, а при необходимост с друг специалист – алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (например при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна медикаментозна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.
При жълтеница, причинена от тумор на чернодробножлъчната система и панкреаса, хирургът ще приеме Вашият случай като спешен или с отложена спешност (в зависимост от степента на жълтеницата). Възможно е да се наложи двуетапна операция. На първия етап да се направи операция за преодоляване на жълтеницата и на втори етап – операция за отстраняване на тумора.
Преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от аспириране (вдишване) на стомашен сок при анестезията и от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината да се отчита и отделя безпрепятствено по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга пикочния мехур.
Ако имате въпроси след прочитането на тази информация, задайте ги на Вашия лекар, които ще Ви отговори и обясни.

КП № 190 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ПАНКРЕАС И ДИСТАЛЕН ХОЛЕДОХ СЪС СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Гастростомия или гастроентеростомия	
	Не включва: стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])
30515-00	Гастроентеростомия *Включва*: гастродуоденостомия *Не включва*: такава с: • панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978]) • селективна [стволова] ваготомия (30496-02 [884])
Инцизионни порцедури на панкреас	
30575-00	Инцизия и дренаж на панкреатичен абцес
30375-14	Инцизия и дренаж на панкреас
30375-27	Марсупиализация на панкреатична киста

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение по хирургия/детска хирургия минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали

3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология***
7. Кабинет по ендоскопска диагностика (горна ендоскопия)

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

Лечебното заведение трябва да има структура по патоанатомия или да ползва по договор външна (намираща се на територията на населеното място).

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия.
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;

- лекар със специалност по образна диагностика;

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение при пациенти със:

1. патологично отслабване на тегло;
2. коремно-болков синдром;
3. горно-диспептичен синдром;
4. астено-адинамичен синдром;
5. анемия, без наличие на хематологично заболяване;
6. клинични/лабораторни признаци за обтурационно-иктеричен синдром, съчетан или не с фебрилитет и болка в епигастриума;
7. клинико-лабораторни данни за екзокринна/ендокринна панкреасна недостатъчност;
8. септичен синдром;
9. ендотоксичен шок;
10. усложнения след ЕРХПГ (ретроперитонеален флегмон, панкреатит, кървене от папилата на Фатер и др.);
11. усложнения след оперативни интервенции на ЕХЖП (обструкции на анастомози, обструкция на билиарни дренажи, неясни фебрилни състояния, болки в корема и др.);
12. доказана инструментално киста на панкреаса;
13. палпираща се формация в корема;
14. обтурационно-иктеричен синдром.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Хирургично лечение на доброкачествени заболявания на панкреаса:

III. Кисти и псевдокисти на панкреасната жлеза.

1) При cysta vera:

а) кистектомия;

б) резекция на панкреасната жлеза с кистата;

Дренаж - забранен!

2) При псевдокисти:

Оперативни намеси се извършват не по-рано от 4-6 седмици от началото на образуването им.

Варианти:

а) външен дренаж - предпочита се при панкреатична киста със слаби, нежни стени, които не са подходящи за анастомоза;

б) вътрешен дренаж:

- със стомах (кистогастроанастомоза, Juracz procedure);
- с тънко черво - Henle-Hahn procedure;
- с дуоденум;

Горните вътрешни дренажи се прилагат в зависимост от разположението на панкреасната киста:

- плътно прирастнала към стомаха - Juracz procedure;
- по-ниско разположена от стомаха - Henle-Hahn procedure;
- плътно прилепнала към дуоденума – кистодуоденостомия.

Всички оперативни намеси, отнасящи се до злокачествените новообразувания на главата на панкреаса са в сила и при новообразуванията на дисталния холедох.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя на базата на оперативната диагноза, данните от лабораторните и инструменталните методи за неонкологичните заболявания и след задължително хистологично изследване с патоморфологична диагноза (определяне на степен на малигненост и стадии на тумора по TNM класификация) при онкологичните. Насочване към клинична онкологична комисия или клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти "Медицинска онкология" и "Клинична хематология") на лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен и билиарен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет в последните 24 часа.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна

предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия”.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в “История на заболяването” (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия”).

3.3. Документиране на следоперативните дни в “История на заболяването” (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЖЛЪЧНО-ЧЕРНОДРОБНАТА СИСТЕМА И ПАНКРЕАСА

Възможностите за лечението на онкологичните заболявания на жлъчно-чернодробната система и панкреаса са:

Хирургично лечение - има за цел премахване на тумора и\или премахване на усложнения, свързани с неговото развитие.

Химиотерапия - използват се специални лекарства (химиотерапевтици) за въздействие върху онкологичните клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената.

Ако е премахнат целия видим тумор по време на операцията, лекарят може да приложи химиотерапия на пациента, за да въздейства върху клетките, останали невидими след операцията.

При **лъчетерапията** се използват рентгенови или други лъчи с висока енергия, за въздействие върху онкологичните клетки. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчетерапията може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Имунотерапията се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с тумора. Използват се вещества, образувани от човешки организъм или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма въздействат върху онкологичните клетки. То може да се съчетава с другите видове терапия.

При тези заболявания лъчетерапията и химиотерапията имат по-ограничено приложение.

Туморът на черния дроб е заболяване, при което се откриват туморни "малигнени" клетки в чернодробния паренхим. Той бива първичен чернодробен рак – когато се развива за първи път в този органи, и вторичен – когато черния дроб се обхваща от метастази на карцином, първично възникнал в друг орган на тялото. И в двата случая заболяването се лекува по хирургичен начин. Честотата на разпространение на болестта е свързана с честотата на разпространението на някои заболявания, по-важни от които са – чернодробна цироза вследствие на хепатит В и С, алкохолна цироза и цироза без изяснена причина.

Възможностите за лечението и прогнозата зависят в голяма степен както от големината на карцинома, така и от степента на съпътстващата чернодробна цироза и функционалното състояние на чернодробния паренхим. Най-често началните прояви на заболяването са съпроводени с болка и тежест в дясното подребрие, лесна уморяемост и безсилие, отслабване на телесно тегло (особено при наличие на цироза), безапетитие.

Хирургичното лечение е най-често прилаганото. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на карцинома на черния дроб по хирургичен начин е свързано с изрязване (резекция) на чернодробна тъкан.

Ако карцинома е в по-ранен стадий, стремежът на хирурга е винаги да извърши резекция на засегнатите тъкани. Ако карцинома е в по-напреднал стадий е възможно такава резекция да е много рискована (дори несъвместима с живота). След операцията в коремната кухина се оставят за определен период от време пластмасови или от друг материал тръбички (дренажи), които имат за цел извеждането на неблагоприятните секрети от корема извън тялото. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън

тялото, в жлъчните пътища също се поставят дренажи, които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за са се изследват под микроскоп и да се определи наличието в тях на малигнени клетки.

Рецидив на тумора на черния дроб

Ако туморът се е появил отново (рецидивирал), може да се направи нова операция за премахването му или да се направи операция за да се отстрани жълтеницата, която съпътства понякога рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия, лъчетерапия, имунотерапия.

Тумори на жлъчния мехур и извънчернодробната жлъчна система (ЕХЖС). При тях се откриват туморни "малигнени" клетки в тъканите на жлъчния мехур и извънчернодробните жлъчни пътища. Към това заболяване се отнася и тумора на голямата дуоденална папила (мястото на вливане на основния жлъчен канал в дванадесетопръстното черво).

Възможностите на лечението и прогнозата зависят в голяма степен от разпространението на тумора (важно е дали той обхваща и чернодробна тъкан, дали прораства в големите съдове на чернодробно–дуоденалната връзка и в каква степен са засегнати лимфните възли). Най-често началните прояви на това заболяване са съпроводени с пожълтяване на кожата и склерите, потъмняване на урината, изсветляване на изпражненията, сърбеж по кожата (механична жълтеница) съпроводени или не с болки в корема, безапетите, уморяемост, отслабване на тегло.

Когато веднъж е открит тумора на ЕХЖС, е необходимо да се направят допълнителни изследвания за това, дали малигнените клетки са се разпространили и в други органи. Необходимо е да се направят и допълнителни инструментални изследвания, за да се уточни локализацията на тумора, което има значение за определяне на възможностите на оперативното лечение.

Хирургичното лечение е най-често прилаганото при всички стадии на тумора. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на тумора на ЕХЖС по хирургичен начин е свързано с изрязване на тъкани в жлъчно-чернодробната област. Почти винаги се премахва жлъчния мехур. Според стадия на заболяването може да се наложи резекция на черния дроб (изрязване на част от черния дроб). Според локализацията на тумора – ако е разположен в средните или долните части на големия жлъчен съд (дуктус хепатикохоледохус) и голямата дуоденална папила (на дванадесетопръстното черво) се налага изрязване и на други органи – част от панкреаса, дванадесетопръстното черво, стомаха. След като са изрязани, оставащите части от тези органи отново се зашиват (анастомоза), така че да се осигури жлъчния и хранителния пасаж. Ако туморът е в по-ранен стадий, стремежът на хирурга винаги е да извърши резекция на засегнатите тъкани. Ако туморът е в по-напреднал стадий, възможно е такава резекция да е много рискована (дори несъвместима с живота) и тогава се правят т.н. деривиращи операции – хирургично свързване на жлъчните пътища с червата, както и на стомаха с червата, за да се осигури движението на жлъчния сок и храната. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища се поставят тръбички (дренажи), които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време (или постоянно) в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и се определи наличието в тях на малигнени клетки.

Има определени случаи с тумори на ЕХЖС, които протичат с много силно изразена жълтеница. При тях лечебното поведение може да бъде хирургично, а ако болния не е в състояние да понесе операцията се правят манипулации с ендоскоп – с цел да се осигури възможност жлъчния сок да изтича в дванадесетопръстното черво или се прави

транскутанна (през кожата) трансхепатална (през черния дроб) пункция (пробиване) на жлъчен съд с поставяне на външен дренаж.

В случаите на ранен тумор на голямата папила на дванадесетопръстното черво, при пациенти в напреднала възраст или такива със сериозни противопоказания за операция – тумора може да бъде обработен ендоскопски (електрорезекция или с лазер)

Рецидивиране на тумор на екстрахепаталните жлъчни пътища

Ако туморът се е появил отново (е рецидивирал), може да се направи нова операция за премахването му или да се направи операция, за да се отстрани жълтеницата, която съпътства често пъти рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове си химиотерапия, лъчетерапия, имунотерапия.

Тумор на панкреаса.При него се развиват туморни "малигнени" клетки на тъканите на панкреатичната жлеза. Може да обхване отделни негови части – глава, тяло, опашка или целия орган, както и да се развие като кистична форма. Когато веднъж е открит тумора на панкреаса, е необходимо да се направят допълнителни изследвания за това, дали малигнените клетки са се разпространили и в други органи, да се уточни локализацията му, което има значение за определяне на възможностите на оперативното лечение.

Хирургичното лечение е най-често прилаганото. Когато е възможно да се осъществи, то дава най-голям шанс при лекуване на заболяването. Премахването на тумора на панкреаса по хирургичен начин е свързано с изрязване на панкреатичната тъкан. Панкреатичната операция е една от най-тежките и продължителни операции върху човешкото тяло. Според големината на тумора, локализацията и разпространението му могат да се предприемат различни видове резекции (изрязване). Ако тумора е в по-ранен стадий, стремежа на хирурга е винаги да извърши резекция на засегнатите тъкани. След операцията в коремната кухина се оставят за определен период от време пластмасови или от друг материал тръбички (дренажи), които имат за цел извеждането на неблагоприятните секрети от корема извън тялото. В някои случаи, за де се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища също се поставят дренажи, които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат им лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и да се определи наличието в тях на малигнени клетки. Ако тумора е в по-напреднал стадий, възможно е резекцията на панкреаса да е много рискована (дори несъвместима с живота) и тогава се правят т.н. обходни операции – хирургично свързване на жлъчните пътища с червата, както и на стомаха с червата, за да се осигури движението на жлъчния сок и храната, както и операции върху нервите на панкреаса, с цел да се намали болката. В някои случаи, за да се осигури изтичане на жлъчния сок извън тялото, в жлъчните пътища се поставят латексови или пластмасови тръбички (дренажи), които са изведени през тялото навън и могат да останат различно дълго време (или постоянно) в болния, като от тях изтича жлъчен сок, събиращ се в торбички. При операциите се вземат и лимфни възли от определени места в корема, за да се изследват под микроскоп и се определи наличието в тях на малигнени клетки.

Рецидив на тумор на панкреаса

Ако туморът се е появил отново (рецидивирал е), може да се направи нова операция за премахването му или да се направи операция, за де се отстрани жълтеницата, която съпътства често пъти рецидивите. Ако туморът е засегнал няколко части на тялото, лекарят може да направи курсове с химиотерапия и/или лъчетерапия. Пациентът може да получи и имунотерапия.

Защо трябва да постъпите в болница?

Наличието на онкологично заболяване на хепатобилиарната система и панкреаса изисква осъществяването на изследвания и лечение, които могат да се извършат само в болнична обстановка.

Необходимо е своевременно лечение с вливания във вените на медикаменти, електролити, витамини и други. Вземането на кръв за изследване на определени показатели в нея, дава информация за степента на увреждане на организма. Своевременното лекарствено лечение има голямо значение за подготовката на болния за операция, защото забавянето му и влошаването на чернодробната функция може да отслабят така организма, че той по-трудно да понесе предстоящата оперативна намеса. Едновременно с провеждане на медикаментозното лечение се извършват и допълнителни изследвания, които уточняват локализацията на онкологичното заболяване. Това са: компютърна аксиална томография ("скенер"); ядреномагнитен резонанс; ендоскопската ретроградна холангиопанкреатография – при която с фиброоптична тръба се прониква до дванадесетопръстното черво и се оглежда папилата му (може да се вземе тъкан за хистологично изследване), като по време на изследването може да се впръска в жлъчните пътища контрастно вещество за оцветяването им (снима се с рентгенов апарат) или се поставят протезни тръбички. Друго подобно изследване е транскутанната трансхепатална пункция на жлъчните пътища, при която със специална игла се впръсква контрастно вещество (снима се с рентгенов апарат) и/или се поставят протезни тръбички. Провеждат се и консултации с различни специалисти, за да се прецени в максимално голяма степен стадия на заболяването.

След получаване на цялостната информация, хирург, анестезиолог и други специалисти ще изработят стратегия за лечение и поведение според конкретния случай за всеки болен.

Отказът Ви от извършване на необходимите изследвания за диагностика на болестта крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. При отказ да постъпите в болница Вашето заболяване ще има естествена еволюция към разрастване на тумора и разпространението му, а когато се касае за жълтеница съществува риск от бързо развитие на чернодробно-бъбречна недостатъчност с пряка опасност за живота.

Какво Ви предстои при постъпване в хирургично отделение?

Независимо от предшествуващите лекарски прегледи, хирургът ще Ви прегледа отново, но насочено с оглед предстоящата операция. Той ще се запознае с направените Ви изследвания и може да назначи някои допълнителни, както и вземането на кръв и урина за лабораторни изследвания. Ще Ви запознае със същността на допълнителните изследвания и необходимостта от тях, с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятната прогноза. След постъпването в болницата се провеждат задължително предоперативни консултации с кардиолог, анестезиолог, а при необходимост с друг специалист – алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (например при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна медикаментозна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

При жълтеница, причинена от тумор на чернодробножлъчната система и панкреаса, хирургът ще приеме Вашият случай като спешен или с отложена спешност (в зависимост от степента на жълтеницата). Възможно е да се наложи двуетапна операция. На първия етап да се направи операция за преодоляване на жълтеницата и на втори етап – операция за отстраняване на тумора.

Преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната Ви ноздра и достигаща до стомаха, която Ви предпазва от аспириране (вдишване) на стомашен сок при анестезията и от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината да се отчита и отделя безпрепятствено по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга пикочния мехур.

Ако имате въпроси след прочитането на тази информация, задайте ги на Вашия лекар, които ще Ви отговори и обясни!

КП № 191 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ДАЛАКА

1. Минимален болничен престой – 5 дни

1. При лица над 18 години

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури на далак	
30375-21	Други процедури на далака Ексцизия на: • допълнителен далак • тумор на далак Трансплантация на далак
Други ексцизионни процедури на далак	
30596-00	Частична спленектомия
Други ексцизионни процедури на далак	
30597-00	Спленектомия Ексцизия на далак Тотална спленектомия *Включва*: торако-абдоминална инцизия *Не включва*: лапароскопска спленектомия (31470-00 [815]) частична спленектомия (30596-00 [815]) тази с панкреатектомия (30593-01 [978])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на:

1. за лица над 18 години: от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия";

2. в обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия" оперативната дейност с кодове 30596-00 и 30597-00 може да се изпълнява само в условия на спешност при травми за извършване на тотална или частична спленектомия; В тези случай дейностите по интензивно лечение следва да отговарят на първо ниво съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“. Договор при тези условия ЛЗБП може да сключи само в случай, че на територията на населеното място няма друго лечебно заведение, сключило договор по тази КП.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия

При диагнози по МКБ 10 рубрики: С15 - С26, С45, С48, С65, С66, С67, С68 и С79, НЗОК заплаща следните скъпоструващи медицински изделия:

- Механичен съшивател;
- Пълнител за механичен съшивател
- Ендоскопски съшивател
- Пълнител за ендоскопски съшивател

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение при пациенти със:

1. коремна травма;
2. тъпа травма на корема;
3. отворена проникваща коремна травма;
4. гръдна травма;
5. комбинирана гръдно-коремна травма;
6. руптура на далака;
7. пациенти със заболявания, при които отстраняването на далака води до трайно излекуване или се предприема за нуждите на диагнозата и стадирането.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Травмата на далака е най-честата индикация за спленектомия по спешност. Известно е, че смъртността в резултат на травма на далака се движи между 10 и 20%. Това е най-често наранявания орган в корема. По време на автомобилни и други битови инциденти се получава нараняване и лезия на далака след удар в лявата коремна половина или при фрактура на ребра в лявата част на гръдната клетка. Диагнозата и клиничната симптоматика може да варира. Поради факта, че далакът получава около 5% от сърдечния дебит кръв, при негово нараняване, особено в зоната на съдовия педикул, се получава остра масивна кръвозагуба, тежък хемоперитонеум и шок. В някои случаи може да се наблюдава лезия в пулпата на слезката, или адхезиите към перитонеума или диафрагмата могат да ограничат острата кръвозагуба. Така обособените субкапсуларни хематоми могат да руптурират в коремната кухина в различен интервал от време след травмата.

Хоспитализация по спешност в болница е задължителна при всяко обосновано съмнение за руптура на далака. Стойност за точна диагноза има перитонеалният лаваж, доказващ наличие на кръв в корема. Образните методи, имащи значение за диагнозата при травма на далака, са много, но най-информативни в условия на спешност са ехографията и компютърната томография на корема.

Спленектомията като процедура за определяне стадия на заболяването се използва при болестта на Ходжкин и се нарича ЕЛС (експлоративна лапаротомия и спленектомия). Докато в миналото почти всеки болен с това хематологично заболяване се подлагаше на ЕЛС за уточняване обхващането от болестния процес на лимфните възли под диафрагмата, сега тази процедура се прилага рядко, само при подбрани пациенти. Причина за това са нарасналите диагностични възможности на други по-малко инвазивни методи, на първо място КТ на корема.

Болестта на Ходжкин е малигнен лимфом, с характерни типични многоядрени гигантски клетки. Повечето болни имат първоначално една безсимптомна лимфаденопатия на шията, аксиларно или ингвинално. Ретроперитонеално или медиастинално увеличение на лимфните възли е възможно, но се доказва със специални изследвания. Основните признаци - фебрилитет, нощно изпотяване, загуба на тегло и пруритус се наричат "Б-признаци" и обикновено са налице в напреднал стадии на болестта, когато прогнозата не е добра. Известна тук е типичната температура на Pel-Ebstein – неколкодневни фебрилни епизоди, редуващи се с дни на нормална температура. Класификацията при болестта на Ходжкин е на основата на преобладаващия клетъчен компонент - предоминиращ лимфоцитен, нодуларна склероза, смесено клетъчен и лимфоцитно изчерпване. Клиничното стадиране включва: стадий 1 - само един регион е обхванал увеличението на лимфните възли; стадии 2 – процеса е ограничен в 2 региона; стадий 3 - има обхващане на лимфни възли от двете страни на диафрагмата; стадий 4 - дисиминирано възлово увреждане. Поради това, че субдиафрагмалното въвличане най-често обхваща далака и далачните хилусни лимфни възли, това е и основната причина за спленектомията. Увеличен далак се намира често и може да достигне до 400 грама и повече, но наличието на нормален по размер далак не изключва неговото обхващане от процеса. Чернодробно обхващане от болестта може да има рядко, ако далакът не е ангажиран. Затова винаги при хирургичното стадиране на процеса се взема и биопсия от черния дроб. За разлика от далака, който по-често е променен и макроскопски, черният дроб може да е съвсем нормален на вид.

Неходжкинови лимфоми. Тази голяма група болести са първични нарушения на лимфо-ретикулната система. Тук няма изразеното типично лимфно-възлово въвличане по региони, симптомите са атипични и дисиминирането на процеса е честа находка при поставянето на диагнозата. И тук съществуват много възможности за лечение, главно чрез химиотерапия. Стадиращата лапаротомия рядко се налага и най-вече за болни, при които болестта е все още ограничена и при които находката от лапаротомията би повлияла значимо на избора на последващото лечение. Спленектомия се извършва и при тези болни, за повлияване на хематологичната депресия на вторичния хиперспленизъм или значителна спленомегалия.

Спленектомия при анемии. Хемолитичната анемия се получава в резултат на повишена деструкция на еритроцитите. В норма костният мозък при възрастен човек може да произвежда 6 до 8 пъти повече червени кръвни клетки от необходимото и затова, за да се прояви клинично анемия, е необходима тежка и продължителна деструкция. Вродената сфероцитоза е сравнително често генетично обусловено увреждане на еритроцитната мембрана, което води до хемолитична анемия. Дефектът в мембраната на еритроцита се дължи на липсата на спектрин - основен компонент на скелета на мембраната, в резултат се нарушава здравината на мембраната и така увредените еритроцити (сфероцити) се задържат в червената пулпа на далака, където се подлагат на разпад от ретикулоендотелните клетки. Апластична криза се провокира от вирусна инфекция, следва рязко повишаване на билирубина и жълтеница. В една четвърт до половината от пациентите има като последствие калкулозен холецистит и холелитиаза. Спленектомията има пълен лечебен ефект, когато се допълва с холецистектомия.

Таласемия майор е най-тежката форма на вродените анемии поради дефект в синтеза на хемоглобин. Клиничната проява на тежката анемия проличава още през първата година след раждането и се характеризира с бледост на кожата, забавяне на растежа и голяма глава с таласемичен фациес. Има изразена спленомегалия и хепатомегалия. Лечението се състои в продължителни хемотрансфузии, желязо-почистваща терапия и при отделни пациенти - спленектомия.

Имунната тромбоцитопенична пурпура е синдром, характеризиращ се с персистираща тромбоцитопения поради въздействието на антитромбоцитни антитела главно Ig G. Най-често болестта се установява при млади жени. Кървенето в тялото засяга различни органи и системи, но се разпознава по подкожните петехии и екхимози, кървене от мукозите, метрорагии. Тежестта на кръвоизливите зависи от броя на тромбоцитите. Кинетиката на тромбоцитната деструкция се изразява в голямо производство на мегакариоцити и скъсен живот на тромбоцитите.

При много от болните с автоимунни заболявания се прилага кортикостероидна терапия по схема. Трансфузии на пресни тромбоцити преди операцията се ползват при тежки тромбоцитопении. Хемотрансфузия рядко се налага предоперативно - най-вече при тежки хемолитични анемии.

Провежда се антибиотична профилактика периоперативно и до 48 часа следоперативно. Тромбоемболичните усложнения се предотвратяват с нискомолекулярен хепарин. При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя на базата на оперативната диагноза, данните от лабораторните и инструменталните методи за неонкологичните заболявания и след задължително хистологично изследване с патоморфологична диагноза (определяне на степен на малигненост и стадии на тумора по TNM класификация) при онкологичните.

При малигнени лимфоми се определя вида, формата и се извършва имунофенотипизация.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- първично заздравяване на оперативната рана;
- гладък следоперативен период, липса на фебрилитет.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ХИРУРГИЧНО ПРЕМАХВАНЕ НА ДАЛАКА (СПЛЕНЕКТОМИЯ)

Далакът е орган с тежест в норма 100 до 170 грама, разположен в лявата горна част на корема. Той има много силно кръвоснабдяване и е покрит с тънка ципа - перитонеум. Кръвта се доставя чрез далачната артерия и се оттича през далачната вена. Червената и бялата пулпа са двете основни части на далачната тъкан. Функциите на далака за човешкия организъм са свързани главно с имунната система. Той представлява филтър, където се коригират и направляват имунните функции. Когато далакът се отстрани, тези функции се загубват. Филтърната функция на далака позволява в него да се извършва отстраняването на еритроцити, както и на бели кръвни клетки. Еритроцитите, които по някаква причина имат нарушение във формата, размера или съдържанието на хемоглобина в тях, се залавят, натрупват и разграждат в далачната пулпа. Едни от клетките на далака - макрофаги и ретикулоцити, участват в процеса на отстраняването на бактериите или чуждите клетки, попаднали в организма, и особено когато тези бактерии вече са обвити от антитела или от опсонини - помощни белтъци при разграждането. Така далакът участва в специфичния и неспецифичен имунен отговор. Третата важна функция на далака е изработването на специални антитела от групата Ig M.

Поради тези важни функции отстраняването на далака вече се извършва само по строги показания, при определени заболявания и при травма, при която анатомичното нарушение на целостта на този орган не позволява неговото съхраняване. Особено ограничени са показанията за отстраняване на далака в детска възраст. Острата кръвозагуба при нараняване на далака може в кратък срок да доведе до тежък колапс и хеморагичен шок и до фатален изход. Затова в условията на спешност често пъти единственият избор на хирурга е да отстрани разкъсания и кървящ орган, за да спаси живота на пострадалия. При деца с нараняване на далака се полагат максимални усилия за зашиване или залепване на далака. От друга страна при редица хематологични заболявания, отстраняването на този орган чрез операция е условие за оздравяване в много случаи. Така при хемолитичните анемии, тромбоцитопениите и при някои левкемии, спленектомията в планов ред дава много добри лечебни резултати и трайно излекуване.

При планови операции се прилага по индикации антипневмококова ваксина, за предпазване от следоперативен сепсис.

Спленектомия се нарича оперативното отстраняване на далака. Тя се извършва под обща анестезия чрез разрез на коремната стена - най-често срединна лапаротомия. След придърпване на далака, хирургът превързва и пресича кръвоносните съдове и освобождава сраствания и прикрепващите връзки. В някои случаи размерът на увеличения далак може да бъде огромен, операцията да е технически трудна и пациентът да загуби много кръв. При травма и разкъсване на органа още при отварянето на корема се установява масивен хемоперитонеум или излив на кръв в корема, което налага много бързо извършване на операцията и преливане на големи количества кръв.

2. При лица под 18 години

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури на далак

30375-21 Други процедури на далака
Ексцизия на:
• допълнителен далак
• тумор на далак
Трансплантация на далак

Други ексцизионни процедури на далак

30596-00 Частична спленектомия

Други ексцизионни процедури на далак

30597-00 Спленектомия
Ексцизия на далак
Тотална спленектомия
Включва: торако-абдоминална инцизия
Не включва: лапароскопска спленектомия (31470-00 [815])
частична спленектомия (30596-00 [815])
тази с панкреатектомия (30593-01 [978])

Други процедури на далак

30375-21 Други процедури на далака
Ексцизия на:
• допълнителен далак
• тумор на далак
Трансплантация на далак

Други процедури на далак

30375-21 Други процедури на далака
Ексцизия на:
• допълнителен далак
• тумор на далак
Трансплантация на далак

Възстановяване на далак

30596-01 Спленорафия
Възстановяване руптура на далак

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

За всички клинични пътеки, в чийто алгоритъм са включени образни изследвания (рентгенографии, КТ/МРТ и др.), да се има предвид следното:

Всички медико-диагностични изследвания се обективизират само с оригинални документи, които задължително се прикрепват към ИЗ. Рентгеновите филми или друг носител при образни изследвания се прикрепват към ИЗ.

Резултатите от рентгенологичните изследвания се интерпретират от специалист по образна диагностика, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика".

Документът с резултатите от проведени образни изследвания съдържа задължително:

- трите имена и възрастта на пациента;
- датата на изследването;
- вида на изследването;
- получените резултати от изследването и неговото тълкуване;
- подпис на лекаря, извършил изследването.

Фишът се прикрепва към ИЗ.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

Проведените процедури задължително се отразяват в "История на заболяването" (ИЗ).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение

1. за лица под 18 години: от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия";

2. в обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия" оперативната дейност с кодове 41.43, 41.5 може да се изпълнява само в условия на спешност при травми за извършване на тотална или частична спленектомия .

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по хирургия за кодове на процедури 41.43 /30596-00/ и 41.5/30597-00/ само при спешни случаи

2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари със специалност по детска хирургия

или

един лекар със специалност по детска хирургия и един лекар със специалност по обща хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции и операции за вродени малформации на деца до 9-годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение при пациенти със:

1. коремна травма;
2. тъпа травма на корема;
3. отворена проникваща коремна травма;
4. гръдна травма;
5. комбинирана гръдно-коремна травма;
6. руптура на далака;
7. пациенти със заболявания, при които отстраняването на далака води до трайно излекуване или се предприема за нуждите на диагнозата и стадирането.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Травмата на далака е най-честата индикация за спленектомия по спешност. Известно е, че смъртността в резултат на травма на далака се движи между 10 и 20%. Това е най-често наранявания орган в корема. По време на автомобилни и други битови инциденти се получава нараняване и лезия на далака след удар в лявата коремна половина или при фрактура на ребра в лявата част на гръдната клетка. Диагнозата и клиничната симптоматика може да варира. Поради факта, че далакът получава около 5% от сърдечния дебит кръв, при негово нараняване, особено в зоната на съдовия педикул, се получава остра масивна кръвозагуба, тежък хемоперитонеум и шок. В някои случаи може да се наблюдава лезия в пулпата на слезката, или адхезиите към перитонеума или диафрагмата могат да ограничат острата кръвозагуба. Така обособените субкапсуларни хематоми могат да руптурират в коремната кухина в различен интервал от време след травмата.

Хоспитализация по спешност в болница е задължителна при всяко обосновано съмнение за руптура на далака. Стойност за точна диагноза има перитонеалният лаваж, доказващ наличие на кръв в корема. Образните методи, имащи значение за диагнозата при травма на далака, са много, но най-информативни в условия на спешност са ехографията и компютърната томография на корема.

Спленектомията като процедура за определяне стадия на заболяването се използва при болестта на Ходжкин и се нарича ЕЛС (експлоративна лапаротомия и спленектомия). Докато в миналото почти всеки болен с това хематологично заболяване се подлагаше на ЕЛС за уточняване обхващането от болестния процес на лимфните възли под диафрагмата, сега тази процедура се прилага рядко, само при подбрани пациенти. Причина за това са нарасналите диагностични възможности на други по-малко инвазивни методи, на първо място КТ на корема.

Болестта на Ходжкин е малигнен лимфом, с характерни типични многоядрени гигантски клетки. Повечето болни имат първоначално една безсимптомна лимфаденопатия на шията, аксиларно или ингвинално. Ретроперитонеално или медиастинално увеличение на лимфните възли е възможно, но се доказва със специални изследвания. Основните признаци - фебрилитет, нощно изпотяване, загуба на тегло и пруритус се наричат "Б-признаци" и обикновено са налице в напреднал стадии на болестта, когато прогнозата не е добра. Известна тук е типичната температура на Pel-Ebstein – неколкодневни фебрилни епизоди, редуващи се с дни на нормална температура. Класификацията при болестта на Ходжкин е на основата на преобладаващия клетъчен компонент - предоминиращ лимфоцитен, нодуларна склероза, смесено клетъчен и лимфоцитно изчерпване. Клиничното стадиране включва: стадий 1 - само един регион е обхванал увеличението на лимфните възли; стадии 2 – процеса е ограничен в 2 региона; стадий 3 - има обхващане на лимфни възли от двете страни на диафрагмата; стадий 4 - дисиминирано възлово увреждане. Поради това, че субдиафрагмалното въвличане най-често обхваща далака и далачните хилусни лимфни възли, това е и основната причина за спленектомията. Увеличен далак се намира често и може да достигне до 400 грама и повече, но наличието на нормален по размер далак не изключва неговото обхващане от процеса. Чернодробно обхващане от болестта може да има рядко, ако далакът не е ангажиран. Затова винаги при хирургичното стадиране на процеса се взема и биопсия от черния дроб. За разлика от далака, който по-често е променен и макроскопски, черният дроб може да е съвсем нормален на вид.

Неходжкинови лимфоми. Тази голяма група болести са първични нарушения на лимфо-ретикулната система. Тук няма изразеното типично лимфно-възлово въвличане по региони, симптомите са атипични и дисиминирането на процеса е честа находка при поставянето на диагнозата. И тук съществуват много възможности за лечение, главно чрез химиотерапия. Стадиращата лапаротомия рядко се налага и най-вече за болни, при които болестта е все още ограничена и при които находката от лапаротомията би повлияла значимо на избора на последващото лечение. Спленектомия се извършва и при тези болни, за повлияване на хематологичната депресия на вторичния хиперспленизъм или значителна спленомегалия.

Спленектомия при анемии. Хемолитичната анемия се получава в резултат на повишена деструкция на еритроцитите. В норма костният мозък при възрастен човек може да произвежда 6 до 8 пъти повече червени кръвни клетки от необходимото и затова, за да се прояви клинично анемия, е необходима тежка и продължителна деструкция. Вродената сфероцитоза е сравнително често генетично обусловено увреждане на еритроцитната мембрана, което води до хемолитична анемия. Дефектът в мембраната на еритроцита се дължи на липсата на спектрин - основен компонент на скелета на мембраната, в резултат се нарушава здравината на мембраната и така увредените еритроцити (сфероцити) се задържат в червената пулпа на далака, където се подлагат на разпад от ретикулоендотелните клетки. Апластична криза се провокира от вирусна инфекция, следва рязко повишаване на билирубина и жълтеница. В една четвърт до половината от пациентите има като последствие калкулозен холецистит и холелитиаза. Спленектомията има пълен лечебен ефект, когато се допълва с холецистектомия.

Таласемия майор е най-тежката форма на вродените анемии поради дефект в синтеза на хемоглобин. Клиничната проява на тежката анемия проличава още през първата година след раждането и се характеризира с бледост на кожата, забавяне на растежа и голяма глава с таласемичен фациес. Има изразена спленомегалия и хепатомегалия. Лечението се състои в продължителни хемотрансфузии, желязо-почистваща терапия и при отделни пациенти - спленектомия.

Имунната тромбоцитопенична пурпура е синдром, характеризиращ се с персистираща тромбоцитопения поради въздействието на антитромбоцитни антитела главно Ig G. Най-често болестта се установява при млади жени. Кървенето в тялото засяга различни органи и системи, но се разпознава по подкожните петехии и екхимози, кървене от мукозите, метрорагии. Тежестта на кръвоизливите зависи от броя на тромбоцитите. Кинетиката на тромбоцитната деструкция се изразява в голямо производство на мегакариоцити и скъсен живот на тромбоцитите.

Ваксинирането с антипневмококова ваксина е желателна част в предоперативната подготовка при планови болни. При много от болните с автоимунни заболявания се прилага кортикостероидна терапия по схема. Трансфузии на пресни тромбоцити преди операцията се ползват при тежки тромбоцитопении. Хемотрансфузия рядко се налага предоперативно - най-вече при тежки хемолитични анемии.

Провежда се антибиотична профилактика периоперативно и до 48 часа следоперативно. Тромбоемболичните усложнения се предотвратяват с нискомолекулярен хепарин. При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

Здравни грижи, съгласно Наредба № 1 от 8.02.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.

ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя на базата на оперативната диагноза, данните от лабораторните и инструменталните методи за неонкологичните заболявания и след задължително хистологично изследване с патоморфологична диагноза (определяне на степен на малигненост и стадии на тумора по TNM класификация) при онкологичните.

При малигнени лимфоми се определя вида, формата и се извършва имунофенотипизация.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- първично заздравяване на оперативната рана;
- гладък следоперативен период, липса на фебрилитет.

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

5. МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ №2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ (НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ХИРУРГИЧНО ПРЕМАХВАНЕ НА ДАЛАКА (СПЛЕНЕКТОМИЯ)

Далакът е орган с тежест в норма 100 до 170 грама, разположен в лявата горна част на корема. Той има много силно кръвоснабдяване и е покрит с тънка ципа - перитонеум. Кръвта се доставя чрез далачната артерия и се оттича през далачната вена. Червената и бялата пулпа са двете основни части на далачната тъкан. Функциите на далака за човешкия организъм са свързани главно с имунната система. Той представлява филтър, където се коригират и направляват имунните функции. Когато далакът се отстрани, тези функции се загубват. Филтърната функция на далака позволява в него да се извършва отстраняването на еритроцити, както и на бели кръвни клетки. Еритроцитите, които по някаква причина имат нарушение във формата, размера или съдържанието на хемоглобина в тях, се залавят, натрупват и разграждат в далачната пулпа. Едни от клетките на далака - макрофаги и ретикулоцити, участват в процеса на отстраняването на бактериите или чуждите клетки, попаднали в организма, и особено когато тези бактерии вече са обвити от антитела или от опсонини - помощни белтъци при разграждането. Така далакът участва в специфичния и неспецифичен имунен отговор. Третата важна функция на далака е изработването на специални антитела от групата Ig M.

Поради тези важни функции отстраняването на далака вече се извършва само по строги показания, при определени заболявания и при травма, при която анатомичното нарушение на целостта на този орган не позволява неговото съхраняване. Особено ограничени са показанията за отстраняване на далака в детска възраст. Острата кръвозагуба при нараняване на далака може в кратък срок да доведе до тежък колапс и хеморагичен шок и до фатален изход. Затова в условията на спешност често пъти единственият избор на хирурга е да отстрани разкъсания и кървящ орган, за да спаси живота на пострадалия. При деца с нараняване на далака се полагат максимални усилия за зашиване или залепване на далака. От друга страна при редица хематологични заболявания, отстраняването на този орган чрез операция е условие за оздравяване в много случаи. Така при хемолитичните анемии, тромбоцитопениите и при някои левкемии, спленектомията в планов ред дава много добри лечебни резултати и трайно излекуване.

При планови операции се прилага по индикации антипневмококова ваксина за предпазване от следоперативен сепсис.

Спленектомия се нарича оперативното отстраняване на далака. Тя се извършва под обща анестезия чрез разрез на коремната стена - най-често срединна лапаротомия. След придърпване на далака, хирургът превързва и пресича кръвоносните съдове и освобождава сраствания и прикрепващите връзки. В някои случаи размерът на увеличения далак може да бъде огромен, операцията да е технически трудна и пациентът да загуби много кръв. При травма и разкъсване на органа още при отварянето на корема се установява масивен хемоперитонеум или излив на кръв в корема, което налага много бързо извършване на операцията и преливане на големи количества кръв.

КП № 192 ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ПРИ ДИАБЕТНО СТЪПАЛО, БЕЗ СЪДОВО-РЕКОНСТРУКТИВНИ ОПЕРАЦИИ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Ампутация на таз или тазобедрена става

44367-00 Ампутация над коляното
Ампутация над коляното

44370-00 Ампутация през тазобедрена става
Тазобедрена дизартикулация

Ампутация на глезен или стъпало

44338-00 Ампутация на пръст на крак

Ампутация на глезен или стъпало

44364-00 Мидтарзална ампутация

Ампутация на глезен или стъпало

44361-00 Дезартикулация през глезен

Други ексцизионни процедури на коляно или крак

44367-02 Ампутация под коляното

Други ексцизионни процедури на коляно или крак

44367-01 Дезартикулация през коляното

Дебридман при изгаряне

∇ 1203, 1911
Дебридман на есхар
Есхаректомия
Ексцизия на:
• изгаряне
• есхар
Премахване на есхар
Включва: превръзка на изгаряне на същото място
Не включва: това с присаждане на същото място (виж блокове [1640], [1641], [1643], [1644] и [1648])

30017-01 Ексцизионен дебридман при изгаряне, < 10% телесна повърхност е изрязана или обработена

Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

∇ 1203
Не включва: такава:
• чрез личинки дебридман терапия (MDT) (96210-00 [1604])
• от изгаряне (30017-01, 30020-00, 90686-00 [1627])

90665-00 Ексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан
Ексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан за:
• инфекция
• исхемична, некротична или гангренозна тъкан
• язва

• рана

Включва: инцидентна ексцизионна некректомия на меки тъкани

Не включва: ексцизионен дебридман на:

• място на отворена фрактура (90580-00 [1566])

• меки тъкани (30023 [1566])

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

31340-00 Ексцизия на мускул, кост или хрущял, ангажирани с кожна лезия

Кодирай първо:

• ексцизия на кожна лезия (31205, 31230, 31235 [1620])

Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан

∇ 0020

Включва: бенигнена/малигнена:

• киста

• тумор

Не включва: ексцизия (на):

• чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612], 90662-00 [1617])

• белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657])

• синус (30099-00 [1630])

• язва (31205-01 [1630])

• хемохирургия на Moh (31000-00 [1626])

31235-04 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на стъпало

Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:

• глезен

• пръст

31205-00 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на друго място

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура, и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Процедура „Ексцизионно почистване (дебридмен) на рана, инфекция или изгаряне“ (30017-01/90665-00) не може да се използва самостоятелно за завършване на пътеката.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява за лица над 18 години: от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Ортопедия и травматология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ортопедия и травматология";

Клиничната пътека се изпълнява за лица под 18 години: от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по обща хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по ортопедия и травматология за възраст над 18 г.
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология**

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия, респ. ортопедия и травматология.

Лечебното заведение трябва да има структура по патоанатомия или да ползва по договор външна (намираща се на територията на населеното място).

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Консумативи за ендоваксистема	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия

или

в клиника/отделение по ортопедия и травматология - четирима лекари, от които трима със специалност по ортопедия и травматология;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

А. Диагностика и лечение при пациенти със:

1. наличие на външно фистулно отверстие;
2. гнойна ексудация;
3. инфилтрат, разположен в дълбочина;
4. фетидна миризма на ексудата;
5. флуктуация;
6. флегмон в околните тъкани;
7. газ в меките тъкани;
8. некротични тъкани;
9. изразен гангренозен процес;
10. локализиран или некротизиращ целулит на ходилото и долен крайник;
11. остър гноен септичен остеоартрит на ставите на ходилото и долен крайник;
12. прес-улкус;

13. наличието на незарастнал малум перфорант педис;
14. наличието на хронични гнойни остеоартрити на костите на ходилото и долен крайник;
15. незарастнали оперативни рани (след периода на некоректна хоспитализация);
16. напреднала хронична артериална недостатъчност;
17. остеопатия - остеомиелитни изменения на костите на ходилото и долен крайник.

Б. Диагностично уточняване и лечение на:
1. деформитети на ходилото в резултат на предишни оперативни интервенции;
2. наличието на екзостози след частични ампутации на костите на ходилото и долен крайник;
3. изразени калозитети.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Поведение при хоспитализация на усложнено и/или инфектирано диабетно ходило:

– включване на антибиотик след приемането, вземане на посявка от раната за антибиограма и хемокултура при необходимост;

– актуална рентгенография на ходилото /до 20 дни преди датата на хоспитализацията/;

– оперативна интервенция по показания.

Най - често срещаните инфекции на диабетното ходило са:

– остри инфекции;

– септичен артрит на метатарзофалангеалната става;

– локализиран или некротизиращ целулит;

– фасциит;

– инфекции в дълбокото пространство;

– гангрена (неклостридиална, клостридиална);

– остри мекотъканни инфекции.

Хронични инфекции

- невротрофични язви;

- остеомиелит.

Консервативно лечение:

• субституиращо – започва още с приемането на болния в клиниката;

• антибактериално – антибиотик при инфектни процеси и предоперативно емпирично още преди верифицирането на микроорганизма; антибактериалните препарати следва да бъдат ефективни спрямо вероятния причинител на инфектният процес;

• подобряващи реологичните свойства на кръвта и нискомолекулярни хепарини;

• вазоактивни, вазопротективни, лимфокинетични;

• антидиабетни препарати (инсулинотерапия);

• имуномодулация;

• рехидратация, компенсация на диабета, корекция на електролитния дисбаланс;

• следващите часове – рехидратацията – може да продължи през устата, ако са отзвучали гастроинтестиналните оплаквания и същевременно инфузии с физиологичен р-р 1500 ml./ 24 h.; адаптирана инсулинотерапия – бързодействащ инсулин на четирикратна апликация; корекция на йонния дисбаланс – спрямо йонограма от 3 -ия час;

• профилактика на венозни тромбози – нискомолекулни хепарини;

• периоперативна антитромбозна профилактика.

Критерии за оперативно лечение:

- виталност на тъканите;

- цвят на мускулите; кръвоснабдяване на мускулите; контрактилност на мускулите;

- наличието на газ в тъканите.

Пълното отстраняване на първичното огнище е задължително да се направи при оперативното лечение. При невъзможност да се стори това се прави максимално допустимата оперативна интервенция за отстраняването на нежизнеспособните или инфектираните тъкани.

Основни принципи на мониториране на следоперативния период:

• микробиологичен контрол при необходимост;

• антитромбозна профилактика; при болните със и над среден риск се прилага задължително нискомолекулярни хепарини от 0,3 мл. до 0,6 мл. един или два пъти дневно в зависимост от препоръката на хемостазеолог.

• мобилизиране на оперирания; ранно следоперативно раздвижване и приучване за ходене с патерици самостоятелно; индивидуализирани стандартни срокове за отделните етапи; включване на лечебна физкултура; дихателната гимнастика.

• постурален дренаж; издишване срещу налягане с цел преодоляване измененията в белите дробове; общо раздвижване с оглед избягване създаването на условия за развитието на декубитални рани.

Лечение на възникналите усложнения. Винаги да се мисли за възможността при болните със сепсис последният да премине към системна кандидоза или дори кандида сепсис.

Физикална терапия - на основното заболяване; на възникналите усложнения.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя въз основата на: клиничен преглед, рентгенография на стъпалото, микробиологични изследвания и хистологично изследване при необходимост.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- зарастваща и стабилна оперативна рана;

- липса на фебрилитет (аксиларна телесна температура до 37.5 градуса С) през последните 24 часа;

- липса на значими субективни оплаквания;

- дехоспитализация при стабилизирани стойности на кръвната захар на пациента;

- при стабилни и свежи гранулации, позволяващи амбулаторното лечение на болния.

При засягане и на другият крак от инфектен процес важи правилото „един долен крайник - една пътека" и се отчита като нова клинична пътека.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни документира в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни документира в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Кое ходило е инфектирано?

Клиничните признаци в основата на дефинирането на инфектираното диабетно стъпало включват: мекотъканна инфекция със или без засягане на костите, влажна гангрена, некротизиращ целулит или фасциит и абсцес.

Кои са причините за това?

Нарушаването на кожната цялост вследствие на пунктиформени травми, нарушения на кожната цялост, може да бъде отключващия фактор за развитието на инфектен процес на стъпалото. Диабетно болният е предразположен към инфектни процеси. Декомпенсираният диабет също спомага за намаляване резистентността на организма.

Какви са опасностите от тези усложнения?

Инфекциите на диабетното ходило варират от леки до животозастрашаващи. Много често тези инфекции довеждат до инвалидизация, поради обхващането на важни структури от крайника на диабетно болния и необходимостта от оперативна интервенция, свързана с отстраняването на тези структури.

Кой е компетентният специалист, който трябва да реши хода на лечението така, че да се избегнат тези усложнения и ампутацията?

Компетентният специалист се явява хирургът, който в екип с други специалисти ще направи възможното за запазване живота Ви и ще Ви предпази от инвалидизация, за което се изисква навременна консултация и при най-малкото съмнение за инфекция на вашия крак.

КП № 193 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОНКОЛОГИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ НА ГЪРДАТА: СТАДИИ Tis 1-4 N 0-2 M0-1

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

РАДИКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ НА ДРУГИ ЛИМФНИ ВЪЗЛИ
Изключва:
свързаната с радикална мастектомия - 85.45-85.48

Процедури за ексцизия на лимфен възел от аксила

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на лезия на гърда (31500-00, 31515-00 [1744])
• мастектомия (виж блокове [1747] и [1748])

30336-00 Радикална ексцизия на лимфни възли на аксила
Цялостно изчистване на всички аксиларни възли
Ниво II или III ексцизия на аксиларни лимфни възли
Средна или висока аксиларна дисекция или инцизия
Забележка: Ниво II включва аксиларното съдържание до горната граница на пекторалис минор
Ниво III включва аксиларно съдържание, достигащо до върха на аксилата
Не включва: сентинелна лимфна биопсия или ексцизия (30300-00 [808])

Инцизионна биопсия при големи тумори
Щанцова (гилотинна) биопсия core-cutting needle biopsy
Ексцизионна биопсия

31500-01 Отворена биопсия на гърда
Инцизионна }
Отворена хирургична } биопсия на гърда [1743])
Не включва: ексцизионна биопсия на гърда (31500-00 [1744])

Изключва:
мастектомия - 85.41-85.48
намаляваща мамопластика - 85.31-85.32

30300-00 Биопсия на сентинелен лимфен възел
Ексцизия на сентинелен лимфен възел(и) на ниво I, II или III от аксилата
Включва: инжекция с радиоизотоп и мапиране (лимфосцинтиграфия) на лимфен басейн
Забележка: Ниво I включва възли от долна част на аксилата до долния ръб на пекторалис минор
Ниво II включва аксиларно съдържание до горна граница на пекторалис минор
Ниво III включва аксиларното съдържание, достигащо до върха на аксилата
Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на аксиларни лимфни възли:
• радикална (30336-00 [808])
• регионална (30335-00 [808])

Ексцизия на лезия на гърда

Включва: локализация на мамарна лезия
с или без гефрир
Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на аксиларни лимфни възли (30300-00, 30332-00, 30335-00, 30336-00 [808])

31500-00 Ексцизия на лезия на гърда
Напреднала мамарна биопсия – инструментация [поведение – ABBI]
Цялостна локална ексцизия [CLE] }
Ексцизионна биопсия }
Локална ексцизия (широка) } на гръдна лезия
Лумпектомия
Частична мастектомия
Квадрантектомия
Сегментна резекция }

Сегментектомия } на гърда
Тилектомия = Лумпектомия

Не включва: ре-ексцизия на мамарна лезия (31515-00 [1744])

Изключва:
резекция на квадрант от гърда - 85.22

МАСТЕКТОМИЯ
мастектомия:
неуточнена
пълна

Подкожна мастектомия

Ексцизия на гръдна тъкан със запазване на кожа и зърно

Включва: такава с или без гефрир

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на аксиларни лимфни възли (30300-00, 30332-00, 30335-00, 30336-00 [808])
• имплантиране на протеза (45527 [1753])

31524-00 Подкожна мастектомия, едностранна

Обикновена мастектомия

Тотална мастектомия

Включва: такава с или без гефрир

Забележка: Обикновена мастектомия – включва ексцизия на цялата гръдна тъкан и надлежащата кожа със зърно и ареола

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на аксиларни лимфни възли (30300-00, 30332-00, 30335-00, 30336-00 [808])

31518-01 Обикновена мастектомия, двустранна

неуточнена разширена обикновена мастектомия
модифицирана радикална мастектомия
обикновена мастектомия с маркиране и дисекция на сентинелни аксиларни лимфни възли и/или медиастинални сентинелни лимфни възли
обикновена мастектомия с ексцизия на регионални лимфни възли

Обикновена мастектомия

Тотална мастектомия

Включва: такава с или без гефрир

Забележка: Обикновена мастектомия – включва ексцизия на цялата гръдна тъкан и надлежащата кожа със зърно и ареола

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на аксиларни лимфни възли (30300-00, 30332-00, 30335-00, 30336-00 [808])

31518-00 Обикновена мастектомия, едностранна

Тотална мастектомия

Включва: такава с или без гефрир

Забележка: Обикновена мастектомия – включва ексцизия на цялата гръдна тъкан и надлежащата кожа със зърно и ареола

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на аксиларни лимфни възли (30300-00, 30332-00, 30335-00, 30336-00 [808])

31518-01 Обикновена мастектомия, двустранна [1748])

РЕКОНСТРУКТИВНИ ОПЕРАЦИИ СЛЕД ОРГАНОСЪХРАНЯВАЩИ ОПЕРАЦИИ И МАСТЕКТОМИЯ ПРИ РМЖ

Реконструктивни процедури на гърда, зърно и ареола

Включва: ламбо
графт

Не включва: такава с редукционна мамопластика (45520-02, 45520-03 [1754])

45545-00 Реконструкция на зърно

Включва: възстановяване
транспозиция

Реконструктивни процедури на гърда

45533-00 Реконструкция на гърда с използване на разделяща гръдна техника, първи етап

Включва: намаляване на гърда
отделяне на кожен графт към краче на ламбо
тъканно ламбо
трансфер на комплекс кожа и гърда

45536-00 Реконструкция на гърда с използване на разделяща гръдна техника, втори етап

Включва: затваряне на донорско място
отделяне на краче
вместване на гръдно ламбо

Реконструктивни процедури на гърда

45530-02 Реконструкция на гърда с ламбо

възстановяване на контурите на гърдата чрез ползване на редукционни техники

Редукционна мамопластика

45522-00 Редукционна мамопластика, едностранно

приложение на редукционна мамопластика на болната гърда и след това на здравата с цел постигане на симетрия на двете гърди.

Редукционна мамопластика

45522-01 Редукционна мамопластика, двустранно

***85.53 ЕДНОСТРАННА ГРЪДНА ИНПЛАНТАЦИЯ**
приложение на уголемяваща мамопластика за възстановяване обема и контурите на гърдата след органосъхраняваща операция или мастектомия по повод рмж

Увеличаваща мамопластика

Включва: поставяне на протеза
Не включва: такава чрез инжектиране (90723 [1741])

45527-00 Уголемяваща мамопластика след мастектомия, едностранно

приложение на уголемяваща мамопластика за възстановяване обема и контурите на болната гърдат след органосъхраняваща операция или мастектомия по повод рмж и на здравата гърда за постигане на симетрия на двете гърди.

Увеличаваща мамопластика

Включва: поставяне на протеза
Не включва: такава чрез инжектиране (90723 [1741])

45527-01 Уголемяваща мамопластика след мастектомия, двустранно

Контактна радиация до 150 KVP

Повърхностна лъчетерапия

15000-00 Нискоенергийно рентгеново лъчелечение с 1 поле

Брахитерапия, други интракавитарни места

90764-01 Брахитерапия, интракавитарна, висока дозова честота

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Процедура "отворена биопсия на гърда" (31500-01 Отворена биопсия на гърда) не може да се използва самостоятелно за завършване на пътеката.

При приложение на интраоперативно лъчелечение, КП се завършва задължително с отчитане на код (31500-00) в съчетание с един от кодовете (15000-00) или (90764-01).

При реконструктивни операции след органосъхраняващи операции и мастектомия при РМЖ (рак на млечната жлеза) клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени две основни оперативни процедури и минимум по една диагностична процедура от три различни групи, от Приложение №21, като едната задължително е (91914-01).

Процедури (45522-00), (45522-01), (45527-00), (45527-01), (45545-00, 45533-00, 45536-00), (45530-02), (15000-00), (90764-01) не се отчитат самостоятелно, а с някоя от другите хурургични процедури от пътеката.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека е от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, от обхвата на медицинсакта специалност "Гръдна хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност и от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана на второ ниво на компететност, съгласно утвърдени медицински стандарти

При наличие на структура по онкохирургия на млечната жлеза от III ниво на компетентност в състава на Специализирана АГ болница, съгласно разрешението на министъра на здравеопазването, ЛЗБП може да сключи договор по тази КП

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или клиника/отделение по детска хирургия или клиника/отделение по гръдна хирургия или клиника/отделение по онкохирургия на млечната жлеза от III ниво на компетентност в състава на Специализирана АГ болница.
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология
7. Апаратура за лъчетерапия и/или уредба за електронна брахитерапия, съгласно медицински стандарт по лъчелечение – само за кодове 15000-00 и 90764-01

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по нуклеарна медицина за PET/SPECT CT на територията на страната
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта
3. Отделение/лаборатория по клинична патология с възможности за провеждане на имунохистохимия с валидирани тестове или наличие на договор с такава на територията на страната.

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

В лечебното заведение са извършени минимум 30 оперативни интервенции за предходната година при онкологични заболявания на млечната жлеза или в лечебното заведение работи специалист, извършил минимум 30 оперативни интервенции за предходната година при онкологични заболявания на млечната жлеза.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия и поне един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография

или

трима лекари със специалност по гръдна хирургия

или

- вама лекари със специалност по хирургия и трима със специалност по АГ за САГБАЛ;
- лекар със специалност по лъчелечение/медицинска радиология – само за кодове 15000-00 и 90764-01;
- специалист по медицинска физика – само за кодове 15000-00 и 90764-01;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия или двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;.-
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по лъчелечение/медицинска радиология – само за 15000-00 и 90764-01;
- специалист по медицинска физика – само за кодове 15000-00 и 90764-01;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При лица под 18 години, е задължителна консултацията с лекар със специалност по Педиатрия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към клинична онкологична комисия или клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“) на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план и задължително след уточнени хистологично, хормонално, HER 2 и Ki- 67 карцином на млечната жлеза

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Единствено след уточнени имунохистохимично, хормонално, HER 2 и Ki- 67 карцином на млечната жлеза и решение на Онкологична комисия за оперативно лечение.

Диагностика и оперативно лечение при пациенти със:

1. Доказани имунохистохимично, хормонално и HER 2 и Ki- 67 карцином на млечната жлеза;
2. Болни с онкологично новообразувание на млечната жлеза в 0 - IV стадий (при всички тези стадии има индикации за радикална или палиативна хирургична намеса);
3. Болни с онкологично новообразувание на млечната жлеза след проведена неоадювантна терапия.
4. Запазващи гърдата операции и едновременно прилагане на интраоперативно лъчелечение на туморното ложе след кор биопсия с имунихистохимично изследване, и решение на общата клинична онкологична комисия:

- с постоянни апликатори за повърхностна рентгенотерапия.
- с индивидуални апликатори на уредба за електронна брахитерапия.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Съвременното лечение на онкологичното заболяване на млечната жлеза е комплексно – хирургично, лъчетерапия, химиотерапия и хормонотерапия.

Хирургичната намеса включва оперативни процедури с терапевтична цел (радикални и нерадикални операции).

Видове операции с терапевтична цел (радикални и палиативни операции):

А. Мастектомии:

1. Модифицирана радикална мастектомия по (Patey, Scanlon или Auchincloss) - операция **златен стандарт** (включва отстраняване на гърдата и всичките или част от аксиларните лимфни възли).
2. Радикална мастектомия по Halsted – много рядко.
3. Обикновена мастектомия – при болни с рецидив след органосъхраняваща операция с

дисекция на аксилата; при болни с авансирали тумори – отстраняване на млечната жлеза за "чистота"; при много възрастни болни в увредено състояние.

4. Субкутанна мастектомия (комбинира се със реконструктивна операция).

5. Съхраняваща кожата мастектомия (комбинира се със реконструктивна операция).

Отстраняването на лимфните възли може да бъде в следния обем:

- Системна лимфна дисекция:

- отстраняване на лимфни възли от 1 и 2 ниво (ограничена, стандартна дисекция);
- отстраняване на лимфни възли от 1, 2 и 3 ниво (пълна, по-рядко прилагана дисекция);

- Самплинг – отстраняване само на клинично съмнителни лимфни възли от 1 ниво;
- Селективна дисекция на сентинелни лимфни възли – отстраняване на 1 до 4 предварително маркирани с багрило или радионуклид лимфни възли (навлиза все по-широко като стандарт за дисекция при карцином по-малък от 30 мм, клинично негативна аксила и липса на метастази в сентинелните лимфни възли.

Б. Органосъхраняващи операции:

1. Квадрантектомия с лимфна дисекция на аксилата и задължителна адювантна лъчетерапия.

2. Туморектомия или лъмпектомия с лимфна дисекция на аксилата и задължителна адювантна лъчетерапия.

3. Широка локална ексцизия.

Широка локална ексцизия – отстраняване на малка (под 3 см) малигнена лезия с 2-3 см околна тъкан със задължително интраоперативно макроскопско оценяване на чистотата на резекционните линии и импринт цитология по възможност. Задължително микроскопско изследване на резекционни линии на траен препарат. Този термин може да замени термините квадрантектомия, сегментектомия, които от анатомична гледна точка не са напълно коректни. Широката локална ексцизия, е основна органосъхраняваща операция и се извършва при всички локализции (включително и централна) при условия, че тумора е по-малък или е равен на 30 мм., гърдата да не е много малка, да не е провеждана неоадювантна лъчетерапия, да няма колагеноза, да няма мултицентричен карцином и да няма бременност в 1и 2-ри триместър.

След органосъхраняваща операция може да се наложи извършване на пластично възстановяване (онкопластична операция) чрез приложение на някоя от следните техники:

Вътремамарни разместванията на ламба;

Техники на редукционната мамопластика;

Реконструкция с ламбо на краче от muskulus latissimus dorsi или други ламба.

Онкопластичната операция трябва да се приеме, като допълнение на радикалната операция (широка локална ексцизия). Пластиката се прилага, когато без извършването й гърдата се деформира и не се постигат естетичните цели на органосъхраняването. Онкопластичната операция в горепосочения обем може да се извършва от хирург с опит в хирургията на млечната жлеза и наличен за това сертификат.

Лимфната дисекция на аксиларните лимфни възли следва правилата на дисекцията при модифицираната радикална мастектомия.

Противопоказания за органосъхраняващи:

- големина на тумора над 3 см;
- мултицентричност на процеса (доказан мамографски или предполагаема висока вероятност, въз основа на хистологично изследване);
- малка по размери млечна жлеза;
- при мъже;
- проведена неоадювантна лъчетерапия;
- колагеноза;
- невъзможност за адекватна адювантна лъчетерапия.

Задължителни изисквания към оператора при провеждане на оперативно лечение при онкологично новообразувание на млечната жлеза:

Реконструкция на млечна жлеза след мастектомия може да бъде извършена чрез следните оперативни процедури:

- Поставяне на протеза;
- Отстраняване на протеза;
- Смяна на експандер или протеза;
- Оформяне на ламбо от musculus latissimus dorsi или други ламба;
- Комбиниране на имплантация на протеза с оформяне на ламбо.

Хистологично изследване на оперативния материал, изпращане на част от тумора в лаборатория за изследване на хормонални рецептори, HER 2 – свръхекспресия и Ki- 67**.**

Имунохистохимичното изследване на оперативния материал задължително се извършва, само ако такова не е извършено преди това, съгласно изискванията, отразени в т. 5А. „ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ“, подт. 1. „Доказани имуно-хистохимично, хормонално и HER 2 и Ki- 67 карцином на млечната жлеза“.

Свръхекспресията на HER 2 и Ki- 67 **с**е асоциира с агресивен растеж. Повишената им експресия на тези фактори са неблагоприятен прогностичен белег и повлияват чувствителността към стандартните терапии при карцинома на гърдата. Поради това изследването им трябва да се извършва:

1. още на биопсичния материал (ако е възможно) при всички жени с карцином на гърдата;

2. изследването се извършва непосредствено след операцията по повод на карцином на млечната жлеза върху материала от тумора взет по време на операцията за траен хистологичен препарат;

3. в случай, че не е извършена HER 2 и Ki- 67 диагностика лечението и решението на онкологичната комисия може да се забави. При случаите с бързо метастазиране, млади жени с наследственост за карцином на гърдата, HER 2 и Ki- 67 диагностиката се извършва ретроспективно върху налично парафиново блокче, стига препарата да бъде обработен с буфериран формалин.

Забележка. При неинвазивни карциноми може да не се изследват HER 2 и Ki 67.

Стадиране на заболяването (по TNM - класификация) при всеки пациент след получаване на окончателните резултати и представянето им на онкологичен комитет.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването и показателите получени от патоанатомичното изследване.

В. Органосъхраняващи операции и интраоперативно лъчелечение (ИОЛЛ):

При високоселектирана група болни с РМЖ в стадии **TIS, T 1-2 N 0-3A** с отстраняване на малка (под 30 мм) малигнена лезия с 1-2 см околна тъкан, отстояние на тумора на >7-10 mm от кожата на гърдата и очаквана кухина с диаметър ≤ 7-8 см. електронната брахитерапия се реализира с индивидуални апликатори, заемащи максимално обема на туморното ложе с размери от 3-4 см, 4-5 см, 5-6 см и елипсовиден 5-7 см. Повърхностната рентгентерапия с постоянни апликатори се извършва с постоянни апликатори и размер от 1,5 до 5 см.

Абсолютно противопоказание е установена бременност.

- ИОЛЛ се прилага самостоятелно, еднократно при високоселектирани болни доказани предоперативно с кор биопсия за инвазивни карциноми Т ≤1 см N0 без съпътстващ DCIS или DCIS ≤2,5 см N0, ER или PR позитивни, HER2 (-),и Ki- 67 **под 10%** без LVI, с възможност за постигане на негативна резекционна линия.
- ИОЛЛ може да бъде съчетана със следоперативно, стандартно перкутанно високотехнологично лъчелечение при болни с висок риск за локални рецидиви: възраст ≤50 г. и всяка възраст с инвазивни карциноми, съпътствани с DCIS.

ИНТРАОПЕРАТИВНОТО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ С ЕЛЕКТРОННА БРАХИТЕРАПИЯ и ПОВЪРХНОСТНА РЕНТГЕНТЕРАПИЯ СЕ ИЗВЪРШВА В НЯКОЛКО ФАЗИ В ЕКИП ОТ ХИРУРГ, АНЕСТЕЗИОЛОГ, ЛЪЧЕТЕРАПЕВТ И МЕДИЦИНСКИ ФИЗИК:

- **подходящо позициониране на болния** след екстирпиране на туморната формация при спазване на онкологичната сигурност (гранични отстояния от тумора) и оформяне на резекционната кухина;

- **клинико-биологично планиране** - определят се клиничният мишенен обем (КМО), еднократната доза и допустимите дози в критичните органи;

- **анатомо-топографско планиране** – избор на размер и обем на апликатора от хирург и лъчетерапевт за осигуряване на максимално близък контакт с контура на резекционната кухина. Позициониране и адаптиране на апликатора към съответното туморно ложе.Преценка за поставяне на алуминиева плака под облъчвания обем за допълнителна защита на подлежащата гръдна стена, белодробен паренхим и сърце.

- **дозиметрично планиране** – извършва се от медицински физик

- При електронната брахитерапия с компютърна система се изчислява времето за облъчване на различни позиции с определени стъпки на движение в избрания апликатор – на всяка позиция източникът престоява определено време за достигане на предписаната доза. Броят на позициите са зададени в таблици в зависимост от размера на апликатора. Апаратурата предварително се калибрира и настройва за облъчване. Физик и лекар обсъждат възможните варианти на терапевтичния план за оптимално дозно разпределение.

- **директно облъчване** в туморното ложе след временно напускане на операционната зала на хирурзи, анестезилози, лъчетерапевти и медицински физик. Пациентът се наблюдава посредством видео-контрол и/или оловно стъкло от анестезиолог, лъчетерапевт и мед физик. При необходимост зад лъчезащитен екран остава анестезиолог, при строго спазване правилата за лъчезащита на персонала;

- **изваждане на апликатора** и алуминиевата защитна плака и пристъпване към послойно възстановяване на тъканите.

- **контрол на лъчелечението** - осъществява се с ин виво-измервания с полупроводникови или термо-луминисцентни дозиметри на дозата в резекционната линия и критични органи. Облъчването на болните се извършва, отразява и контролира според стандартите на лъчелечение на болницата и Български лъчелечебни стандарти на Гилдията на лъчетерапевтите в България.

Наблюдение на болните след ИОЛЛ:

- контрол на общото състояние и общата поносимост на лъчелечението, като наблюденията се отразяват в ИЗ при промяна на състоянието му;
- проследяване на оплаквания, свързани с радиобиологичните реакции на тумора и съседните здрави тъкани;
- контрол на пълна кръвна картина и включване на обща и локална медикаментозна терапия - при необходимост.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза с определяне на степен на малигненост и стадий на тумора по TNM класификация, определяне на естрогенните и прогестеронови рецептори, HER 2 – свръхекспресията, и Ki- 67 доказана и изследвана от клинични патолози върху биопсичен или траен хистологичен препарат.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

- зараснала оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- при взети задължително Er R, Pr R, HER 2 и Ki- 67.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" по „Хирургия", а за ИОЛЛ с медицински стандарт за „Лъчелечение".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.4.Документиране на интраоперативно лъчелъчение - чрез индивидуален терапевтичен документ за лъчелечение. Схемата за дозиметрично планиране се прилага към терапевтичния документ с подпис от физик и лъчетерапевт, изготвили терапевтичния план.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

Допълнителен лист към ИЗ №.....

Локален (хирургичен) статус

Туморна формация

локализация по квадранти на млечната жлеза;

големина:.....

ангажиране на надлежаща кожа	да ☐	☐ не
подвижност: сраствane с околна тъкан:	да ☐	☐ не
сраствane с околна тъкан:	да ☐	☐ не
разязвяване:	да ☐	☐ не
кървене:	да ☐	☐ не

Регионален лимфен басейн:

увеличени лимфни възли.....

в аксилата:	да ☐	☐ не
единични:	да ☐	☐ не
пакет:	да ☐	☐ не

консистенция.....

болезненост:	да ☐	☐ не
супраклавикуларни лимфни възли:	да ☐	☐ не

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ №4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ГЪРДАТА

Ракът на млечната жлеза е най-често срещаното туморно заболявания при жените. Макар и много по-рядко, е възможно развитието му и в млечните жлези на мъжете. През последните години медицината постигна голям напредък при лечението, особено когато заболяването е открито навреме. При всяко съмнение изключително важно е веднага да бъде потърсена помощ от лекар – специалист. Губенето на време от страх, прилагане на самолечение, посещение при самозвани лечители и други, може да се окаже фатално.

Диагнозата се поставя чрез преглед от лекаря, образно изследване на млечните жлези (мамография и/или ехография) и малко тъкан от тумора чрез по-дебела игла. В някои случаи може да се наложи оперативно отстраняване на част тумора или на целия тумор, за да се установи точната диагноза.

Допълнително преди операцията се правят и други изследвания по преценка на лекуващия Ви лекар, за да бъде установено има ли други заболявания. Може да се наложи извършване на прегледи и от други специалисти.

При поставена вече диагноза лекуващият лекар представя документацията за разглеждане от онкологичен комитет, състоящ се от различни специалисти в областта на онкологията и според стадия на заболяването се съставя план за лечението. То най-често е комбинирано – хирургично, лекарствено (химиотерапия, хормонотерапия) и лъчелечение. **Може да се започне лекарствено лечение и да се продължи с хирургично и т.н.**

Хирургичното лечение на туморите на млечната жлеза се провежда в специализирани хирургични клиники или отделения от хирург - специалист.

При постъпването пациентът трябва да носи резултатите от всички направени преди това изследвания и консултации.

В хирургичното отделение или клиника се извършва непосредствената подготовка за операция, която включва хигиенна баня, избръсване на оперативното поле, стриктно провеждане на лекарствената подготовка, целяща да намали риска от някои усложнения по време или след операцията.

Хирургът провежда разговор с пациентът и близките за вида на планираната операция, нуждата от извършването ù и възможните рискове.

Хирургичното лечение може да бъде различно по обем в зависимост от разпространеността на заболяването и желанието на пациентката.

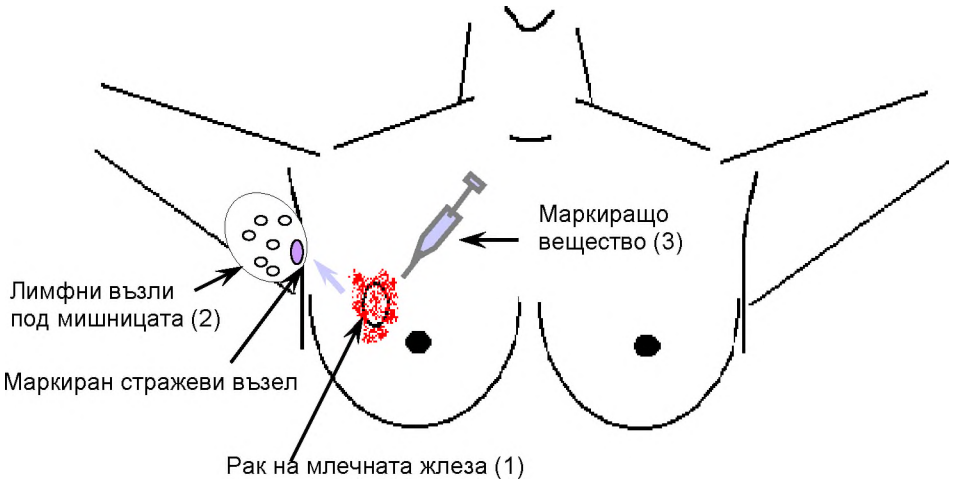
При малки тумори (по-малки от 30 мм) се извършва т. нар. органосъхраняваща операция – изрязва се тумора и само част от здравата жлеза на 1 – 3 см около тумора. Тази оперативна интеервенция може да ви бъде предложена, ако бъдат спазени изискванията за съотношение обем на гърдата/тумор. В тези случаи обаче се налага допълнително лъчелечение по време на или след операцията. Съхраняването на млечната жлеза в комбинация със следоперативно облъчване не намаляват сигурността на лечението в сравнение с отстраняването на цялата гърда. Ако Вие имате напреднал тумор е редно да започнете лечение с медикаменти, тъй като чрез предоперативна химиотерапия по-големите тумори могат да намалеят по обем и да стане възможно съхраняване на гърдата при операцията. Правилното лечение за тези случаи следва получени резултатите от изследването на материала изпратен за изследване на Er R, Pr R, HER 2 и и Ki-67.

При по-големи тумори (над 3 см) може да се наложи да да бъде отстранена млечната жлеза, но това се извършва след решение на онкологична комисия.

При рак на млечната жлеза, освен отстраняването на тумора с част от гърдата или цялата гърда, е необходимо да се отстранят всичките или част от лимфните възли под мишницата. Отстранените лимфни възли също се изследват хистологично и така се установява дали има разсейки в тях. Това дава възможност да се определи стадият на заболяването и да се предприеме най-правилното последващо лечение.

Доскоро стандартната операция за рак на млечната жлеза включваше (1) отстраняване на всички лимфни възли под мишницата (2) – аксиларна лимфна дисекция-това не е ясно формулирано. В последните години в медицината се внедри нов метод-сентинелна биопсия, който позволява при някои пациентки (тумор по-малък от 2 см, липса на опипващи се подмишнични възли) чрез откриване, отстраняване и изследване на един или два-три лимфни възела да се прецени състоянието на всички останали в областта.

Тези лимфни възли са първите по пътя на разпространението на тумора и затова се наричат стражеви. Можем да ги открием чрез инжектиране на оцветяващо или радиоактивно вещество (3) около тумора за да се оцветят, или да имат повишена радиоактивност. Всеки един от двата метода може да се приложи отделно или заедно. Маркирането с радиоактивно вещество дава повече информация, но е по-сложно. Тъй като маркираните стражеви възли са малко на брой (от 1 до 3), можем да ги отстраним и да им направим по-пълни и точни изследвания, каквито е невъзможно да се направят на всичките възли под мишницата (над 10). Тези изследвания са важни, защото установяват има или няма разсейки в стражевите възли, с което се преценява степента на разпространение на заболяването. Проучванията показват, че ако няма разсейки в първите възли, то няма и в останалите, което от своя страна означава, че можем да не ги отстраняваме без това да се отрази неблагоприятно върху успеха на Вашето лечението. Така в много случаи може да отпадне необходимостта от отстраняване на всички възли и да се предотвратят редица усложнения.



Изпълнението на описвания метод не крие допълнителни рискове. Много рядко могат да настъпят леки и бързопреходни алергични реакции. Ако бъде използвано радиоактивното вещество, то е с много ниска активност и не е вредно както за Вас, така и за околните. Отстраняването само на стражевия възел може да Ви спести редица усложнения, с които е свързано пълното отстраняване на всички подмишнични лимфни възли. От друга страна тази новост ни предоставя възможността да открием и изследваме само възлите, които показват имате или нямате разсейки, и по това да преценим колко голяма да бъде операцията Ви.

Търсенето и някои от изследванията на стражевите възли стават по време на операцията, когато сте под обща упойка. При тези обстоятелства не можем да обсъдим с Вас как да постъпим при един или друг резултат. Ето защо е необходимо предварително да изразите писмено потвърждение, че сте информирана за метода приложението на този метод при Вашето лечение, и че сте съгласна да запазим останалите лимфни възли, ако в стражевите няма разсейки.

Тъй като част от резултатите ще се получат след няколко дни, има *малка* вероятност тези допълнителни изследвания да покажат необходимост от отстраняване и на останалите лимфни възли под мишницата.

В световната практика вече е натрупан достатъчно голям опит, доказващ сигурността на описания съвременен подход. В нашата и много други страни той е приет за стандартен етап от хирургичното лечение. (Решения на националната консенсусна конференция 2005 г.)

Съвременната медицина предвижда след цялостното или частично отстраняване на гърдата различни възможности за възстановяване (реконструкция на областта) чрез съседни тъкани или изкуствени протези, така че до голяма степен да се постигне удовлетворителен естетичен резултат. Реконструкцията може да стане едномоментно (по време на операцията за тумора) или по-късно. С лекуващият лекар ще обсъдите този въпрос.

Необходимо е също да знаете, че при операцията, макар и рядко, могат да настъпят усложнения, свързани със самата операция или усложнения на други органи и системи (сърдечно съдова, дихателна и др.). Усложненията на раната могат да бъдат: кървене от раната, раневи сером (задържане на лимфа) и хематом (задържане на кръв); ранева инфекция, проявена с болка, оток, повишена температура, нагнояване и гангрена на раната, което довежда до продължително лечение и забавяне заравстването на раната или до обща гнойна инфекция (сепсис); възпаление на цялата млечна жлеза (мастит); в някои случаи раната може да не заздравее нормално и да се образува по-голям и груб болезнен белег, налагащ допълнително хирургично и/или медикаментозно лечение; поява на тръпнене в областта на гръдната стена и мишницата откъм страната на операцията, ограничаване на движенията на раменната става, поява на оток на ръката и др. Всички тези усложненията са много по-редки при по-щадящите операции (съхраняване на гърдата и част от лимфните възли под мишницата при спазвате на показанията за това).

Всички решения за хирургично лечение или биопсия и провеждане на предоперативна медикаментозна терапия се обсъждат от съответните специалисти (онкологичен комитет), които излизат с решение за нуждата от съответния вид лечение, в какви срокове и къде да бъде провеждано, при какви специалисти и кога да се извършват контролните прегледи - отразява се в епикризата при изписване.

ДЕКЛАРАЦИЯ

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА ДИАГНОСТИЧНА ОПЕРАЦИЯ

Долуподписаният .....

Живущ .....

ЕГН .....

С настоящето декларирам пред лекуващия ми лекар:

.....

съгласието си да ми бъде направена диагностична операция.

1. Хирургът потвърди, че имам следното болестно състояние налагащо извършването на диагностична операция

.....

2. Давам съгласието си за извършване на операция във връзка с това заболяване. Обяснено ми бе, че при операцията ще бъде извършено следното: ще се извърши биопсия или оперативно отстраняване на тумора или част от него. Ще бъде отсранен диагностично лимфен възел под мишницата или само тези, които са съмнителни за наличие на разсейки (т. нар. стражеви лимфни възли). За да се открие кои лимфни възли са съмнителни за разсейки може да изразите писменно Вашето съгласие да се приложи маркиране с багрило или радиофармацевтик по време на операцията. То ще бъде инжектирано около тумора.

Обяснени ми бяха възможните допълнителни варианти за операция..... .....

3. Обяснено ми бе, че обемът на диагностичната операция може да бъде променен при нейното извършване във връзка със стадия на заболяването или разпространението на тумора, което ще ми бъде разяснено след операцията.

4. По време на операцията може да се наложи преливането на кръв или кръвни продукти, за което давам съгласието си. Обяснено ми бе, че чрез тези кръвни продукти могат да се предават болести или те да предизвикват алергична реакция.

5. Обяснени ми бяха специфични рискове за моето индивидуално състояние (придружаващи заболявания), усложнения, които са: временни ограничения на движенията в раменната става откъм опериранатa гърда, изтръпване на мишницата и гръдната стена откъм опериранатa страна, загнояване на оперативната рана, кървене след операцията, изтичане на лимфа, деформиране на гърдата, оток на ръката откъм опериранатa страна, емболия на белия дроб, пневмония, сърдечно съдови усложнения и
.....
.....

6. Обяснени ми бяха възможните усложнения по време и след операцията, както и рискът, който могат да създадат за по - тежко протичане на следоперативния период или за живота ми и аз потвърждавам съгласието си.....

7. Уведомен/а съм, че по време на операцията могат да възникват непредвидени, животозастрашаващи състояния, които да наложат манипулации или друг вид операции, извън тази свързана с основното заболяване и аз давам съгласието си за извършване на тези животоспасяващи манипулации.

8. Уведомен/а съм, че хирургическата намеса може да не бъде извършена в планираният и желан предварително обем, както и че ще ми бъде подробно разяснено окончателното развитие и решение по операцията в ранния следоперативен период.

Дата: ____.____._____ Пациент или упълномощено лице: .....
(подпис)

В настоящето съгласие и след дискусия с лекаря Аз специфично **изключвам** следните диагностични и лечебни процедури.....

Дата: ____.____._____ Пациент или упълномощено лице: .....
(подпис)

Разбирам същността на заболяването и състоянието, в което се намирам, предложеното ми хирургично лечение и възможни варианти, диагностични и лечебни процедури.

Прочетох информацията и ми бе предоставена възможност да задавам въпроси. Беше проведено и обсъждане.

Съгласен съм да постъпя в болница за провеждане на представената ми програма за хирургично лечение

Дата: ____.____._____ Пациент или упълномощено лице: .....
(подпис)

Лекар :

Пациентът писмено заявява, че разбира същността на заболяването и състоянието си, налагащи необходимостта от операция. Запознат е с рисковете от операцията и нейните варианти, анестезията и необходимото лечение, възможните усложнения на операцията и другите манипулации. Съгласен е да постъпи в болница и да проведе посочената операция и свързаните с нея процедури, описани в програмата.

Дата: ____.____._____ Лекар: .....
(подпис)

Пациент: .....
(подпис)

КП № 194 ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ ВЪРХУ ГЪРДА С ЛОКАЛНА ЕКСЦИЗИЯ И БИОПСИЯ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Инцизионни процедури на гърда

31551-00 Инцизия и дренаж на гърда
Изследване на гърда

Биопсия на гърда

Включва: локализация (стереотактична) на гръдна лезия

31500-01 Отворена биопсия на гърда
Инцизионна }
Отворена хирургична } биопсия на гърда
Не включва: ексцизионна биопсия на гърда (31500-00 [1744])

Други процедури за ексцизия на гърда

31560-00 Ексцизия на допълнителна на гръдна тъкан
Ексцизия на ектопична гърда
Не включва: такава на допълнително зърно (31566-00 [1752])

31566-00 Ексцизия на допълнително зърно

31557-00 Ексцизия на канал (централно) на гърда

Ексцизия на лезия на гърда

Включва: локализация на мамарна лезия
с или без гефрир
Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на аксиларни лимфни възли (30300-00, 30332-00, 30335-00, 30336-00 [808])

31500-00 Ексцизия на лезия на гърда
Напреднала мамарна биопсия – инструментация [поведение – ABBI]
Цялостна локална ексцизия [CLE] }
Ексцизионна биопсия }
Локална ексцизия (широка) } на гръдна лезия
Лумпектомия
Частична мастектомия
Квадрантектомия
Сегментна резекция }
Сегментектомия } на гърда
Тилектомия = Лумпектомия
Не включва: ре-ексцизия на мамарна лезия (31515-00 [1744])

Редукционна мамопластика

45522-00 Редукционна мамопластика, едностранно

Редукционна мамопластика

45522-01 Редукционна мамопластика, двустранно

Подкожна мастектомия

Ексцизия на гръдна тъкан със запазване на кожа и зърно
Включва: такава с или без гефрир

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на аксиларни лимфни възли (30300-00, 30332-00, 30335-00, 30336-00 [808])
• имплантиране на протеза (45527 [1753])

31524-00 Подкожна мастектомия, едностранна

Подкожна мастектомия

Ексцизия на гръдна тъкан със запазване на кожа и зърно
Включва: такава с или без гефрир
Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на аксиларни лимфни възли (30300-00, 30332-00, 30335-00, 30336-00 [808])
• имплантиране на протеза (45527 [1753])

31524-01 Подкожна мастектомия, двустранна

МАСТЕКТОМИЯ

Обикновена мастектомия

Тотална мастектомия
Включва: такава с или без гефрир
Забележка: Обикновена мастектомия – включва ексцизия на цялата гръдна тъкан и надлежащата кожа със зърно и ареола
Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на аксиларни лимфни възли (30300-00, 30332-00, 30335-00, 30336-00 [808])

31518-00 Обикновена мастектомия, едностранна

Обикновена мастектомия

Тотална мастектомия
Включва: такава с или без гефрир
Забележка: Обикновена мастектомия – включва ексцизия на цялата гръдна тъкан и надлежащата кожа със зърно и ареола
Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на аксиларни лимфни възли (30300-00, 30332-00, 30335-00, 30336-00 [808])

31518-01 Обикновена мастектомия, двустранна

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Диагностичната процедура „хистологично изследване" е задължителна (с изкл. на острите възпалителни процеси).

Процедури "Отворена биопсия на гърда" (31500-01 Отворена биопсия на гърда) и „Мастотомия" (31551-00 Инцизия и дренаж на гърда) не могат да се използват самостоятелно за завършване на пътеката.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява за лица над 18 години: в структури от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на

компетентност, съгласно медицински стандарт "Хирургия“ и от обхвата на медицинска специалност „Гръдна хирургия " от трето ниво на компетентност;

- за лица под 18 години: в структури от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Детска хирургия".

При наличие на структура по онкохирургия на млечната жлеза от III ниво на компетентност в състава на Специализирана АГ болница, съгласно разрешението на министъра на здравеопазването, ЛЗБП може да сключи договор по тази КП.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия Или Клиника/отделение по гръдна хирургия или Клиника/отделение по онкохирургия на млечната жлеза
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия. За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по

хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография;

или

трима лекари със специалност гръдна хирургия

или

двама **лекари със специалност по хирургия** и трима със специалност по АГ – за САГБАЛ.

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции и операции за вродени малформации на деца до 9-годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

При пациенти на възраст от 9 до 18 г. оперативната процедура може да бъде извършвана от хирург или детски хирург.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение при пациенти с:

1. Доброкачествени туморни образувания:
   - фиброаденом и неговите варианти;
   - ювенилен фиброаденом;
   - филоиден тумор (цистосаркома филоидес) - бенигнен вариант;
   - интрадуктален папилом;
   - аденом на млечна жлеза: тубуларен аденом; лактиращ аденом; апокринен аденом; плеоморфен аденом; аденом на мамилата;
   - аденомиоепителиом;
   - липом, хондром, мезенхимом, леомиом, неврофиброматоза, хемангиом.

2. Възпалителни заболявания:

- мастит: остър пуерперален; остър непуерперален; хроничен субареоларен; грануломатозен мастит;
- галактоцеле;
- синдром на Мондор;
- гранулом тип "чуждо тяло";
- специфични възпаления - туберкулоза, серкоидоза, сифилис, ехинокок, актиномикоза, хистоплазмоза.

3. Фиброкистична болест - отделни форми:
   - кисти: макрокисти (по-големи от 3 мм) и микрокисти (по-малки от 3 мм);
   - фиброза на млечна жлеза;
   - аденоза: обикновена; склерозираща;
   - радиални склерозиращи лезии;
   - епителна хиперплазия: лекостепенна, средностепенна, атипична;
   - дуктална и лобуларна фиброкистична болест.
4. Аксесорна млечна жлеза.
5. Идиопатична гинекомастия (ювенилна и сенилна).
6. Травматични - хематом от травма, мастна некроза от травма.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Оперативното лечение на доброкачествените заболявания на млечната жлеза се провежда в хирургични клиники (отделения), отговарящи на съответните изисквания.

Операциите се извършват в спешен и планов ред.

В зависимост от вида на основното заболяване обемът на планираната оперативна интервенция, необходимостта от локална или обща анестезия, придружаващите заболявания и общото състояние на пациента, очакваният следоперативен период с възможните усложнения и други, хирургичното лечение може да бъде провеждано като:

- амбулаторно - предварително на пациентите са направени необходимите изследвания и е запланувaн ден и час за операция с локална анестезия;

- хоспитализация - при пациенти, нуждаещи се от предоперативни и/или следоперативни грижи в болнична обстановка.

Видове операции:

- Отворена биопсия, извършвана по един от следните начини:

  - инцизионна биопсия при големи тумори с негативен предхождащ ТАБ или ТАБ и щанцова биопсия;

  - щанцова (гилотинна) биопсия (Core-cutting needle biopsy) – при лезии над 2 см.

  - ексцизионна биопсия.

- Отстраняване на лезия без здрава околна тъкан – индицирана при малки лезии без клинични:

  - инцизия с дренаж;

  - екстирпация;

  - локална ексцизия на лезия включително в обем секторална резекция и квадрантектомия при по-големи лезии;

  - секторална резекция;

- субкутанна мастектомия;

- обикновена мастектомия (рядко).

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя на базата на оперативната диагноза, данните от лабораторните и инструменталните методи, както и след задължително хистологично изследване с патоморфологична диагноза, с изключение на острите възпалителни заболявания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

- първично (вторично) зарастваща оперативна рана, неизискваща ежедневно третиране в болнични условия;

- липса на фебрилитет през последните 24 часа;

- липса на значими субективни оплаквания.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни (в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ГЪРДАТА

Неонкологичните заболявания на млечната жлеза са много по-чести от онкологичните. Те включват вродени, травмени, възпалителни, туморни (доброкачествени) заболявания и редица промени, свързани с развитието на млечната жлеза. Лекуващият лекар ще Ви запознае подробно с вида на Вашето заболяване и неговото третиране.

Диагнозата се поставя чрез прегледа от лекаря, образното изследване на млечната жлеза (мамография и/или ехография) и вземане на клетки или малко тъкан от променения участък чрез пункция с тънка или по-дебела игла. Когато тези изследвания не могат да поставят точна диагноза се налага оперативно отстраняване на участъка, за да се извърши хистологично изследване. Това отстраняване най-често се явява и като лечебна операция, но в редки случаи може да се установи, че се касае за онкологично заболяване. Тогава лекуващият лекар ще Ви обясни по-нататъшната тактика.

Преди операцията се извършват и други изследвания и прегледи от други специалисти, по преценка на лекуващия лекар.

При постъпването в лечебното заведение пациентката трябва да носи резултатите от всички направени преди това изследвания и консултации.

В хирургичната клиника или отделение се извършва непосредствена подготовка за операция, която включва хигиенна баня, избръсване на оперативното поле, стриктно провеждане на лекарствената подготовка, целяща да намали риска от някои усложнения по време или след операцията.

Операцията се състои в икономично изрязване на променения участък. В редки случаи промените могат да бъдат големи по обем и да се наложи отстраняване на ¼ или по-голяма част от гърдата, а още по-рядко цялата гърда. При тези случаи се налага по-сложно пластично възстановяване на гърдата със съседни тъкани или с изкуствени протези.

Усложненията, които макар и рядко могат да настъпят, са: кървене след операцията и задръжка на кръв в раната (хематом); възпаление на раната с болка, оток, повишаване на температурата, нагнояване и гангрена, което може да доведе до продължително лечение, забавено зарастване на раната и до обща инфекция (сепсис); възпаление на цялата млечна жлеза; възможна е алергична реакция, включително и алергичен шок с риск за живота. В някои случаи раната може да не заздравее нормално и е възможно да се образува голям болезнен белег, който може да изисква допълнително хирургично или медикаментозно лечение.

След операцията пациентката бива информирана за получените резултати, необходимостта от друго лечение, при какви специалисти и кога да се извършват контролните прегледи – отразява се в епикризата при изписване.

КП № 195 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТЪР ПЕРИТОНИТ

1. Минимален болничен престой – 5 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на хранопровод

30560-00 Възстановяване на езофагеална перфорация

Други ексцизионни процедури на стомах

30520-00 Локална ексцизия на лезия на стомах

Не включва: такава с частична гастректомия (30518 [875])

Частична гастректомия

Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])

30518-02 Частична проксимална гастректомия с езофаго-гастрална анастомоза

Частична гастректомия

Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])

30518-00 Частична дистална гастректомия с гастродуоденална анастомоза

Частична гастректомия

Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])

30518-01 Частична дистална гастректомия с гастройеюнална анастомоза

Частична гастректомия след предишна процедура за язвена болест

Забележка: Изпълнена само при история за предишна гастректомия, ваготомия или подобни процедури за пептична язвена болест

Не включва: такава със селективна [стволова] ваготомия (30503 [878])

30503-00 Частична гастректомия с гастродуоденална анастомоза след предишна процедура за язвена болест

Пилоропластика

30375-13 Пилоропластика

Не включва: тази със селективна [стволова] ваготомия (30496-00 [872], 30496-01 [884])

Гастростомия или гастроентеростомия

Не включва: стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])

30515-00 Гастроентеростомия

Включва: гастродуоденостомия

Не включва: такава с:
- панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])
- селективна [стволова] ваготомия (30496-02 [884])

Други възстановителни процедури на стомах

30375-10 Шев на перфорирала язва

Надшиване на:
- дивертикул за перфорирала язва
- перфорирала язва (дуоденална) (стомашна)

Други ексцизионни процедури на тънко черво

30580-00 Ексцизия на лезия на дванадесетопръстник

Включва: такава с изследване

Не включва: такава чрез панендоскопия (30478 [1008])

Други процедури на тънки черва

90307-00 Други процедури на тънки черва

Възстановяване на тънки черва

Включва: скосяване на тънки черва

43810-01 Възстановяване на тънки черва с множество анастомози

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза
Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Колектомия

32003-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза
Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с анастомоза
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }
Включва: резекция на флексура лиеналис

Друго възстановяване на дебело черво

30375-25 Шев при разкъсване на дебело черво 43816-02 Друго възстановяване на дебело черво

Колектомия

32003-01 Дясна хемиколектомия с анастомоза
Резекция на колон асценденс, флексура хепатика и част от колон трансверзум (дясна хемиколектомия) с анастомоза

Колектомия

32005-00 Субтотална колектомия с анастомоза
Включва: резекция на:
- колон асценденс
- колон десценденс

• флексура хепатика
• лиеналис флексура
• колон трансверзум

Колектомия

32006-00 Лява хемиколектомия с анастомоза

Включва: резекция на:
• низходящ }
• сигма } колон

Колектомия

32003-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза

Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с анастомоза
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }

Включва: резекция на флексура лиеналис

Колектомия

32012-00 Тотална колектомия с илеоректална анастомоза

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза

Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза

Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Колектомия

32012-00 Тотална колектомия с илеоректална анастомоза

Стоми на тънки черва

30515-01 Ентероколостомия

Илео-коло анастомоза

Колектомия

32003-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза
Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с анастомоза
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }
Включва: резекция на флексура лиеналис

Стоми на тънки черва

30375-29 Временна илеостомия
Бримкова (loop) илеостомия
Не включва: такава с:
- колектомия, тотална (32009-00 [913])
- проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза
Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Затваряне стома на тънки черва

30562-00 Затваряне на бримкова илеостомия
Затваряне на временна илеостома

30562-01 Затваряне на илеостомия с възстановяване на чревна проходимост без резекция
Не включва: такава след операция на Hartmann (32033-00 [917])
такава при резекция и създаване на илеален резервоар (32060-00 [934])

30562-04 Затваряне стома на тънки черва

Други стоми на дебело черво

30375-28 Временна колостомия
Бримкова колостомия
Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Друго възстановяване на дебело черво

30562-02 Затваряне бримка на колостома
Затваряне на временна колостома

Други стоми на дебело черво

30375-28 Временна колостомия
Бримкова колостомия
Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Други стоми на дебело черво

30375-04 Друга колостомия
Перманентна колостома
Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Стоми на тънки черва

30375-29 Временна илеостомия
Бримкова (loop) илеостомия
Не включва: такава с:
- колектомия, тотална (32009-00 [913])
- проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])

Стоми на тънки черва

30375-01 Друга ентеростомия
Дуоденостомия
Постоянна
илеостома
Не включва: илеостомия с:
- колектомия, тотална (32009-00 [913])
- проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])

йеюностомия (31462-00, 90306-00 [892])

везикоентерална фистула - 57.83

Други възстановителни процедури на тънки черва

30375-24 Шев на тънки черва

Други възстановителни процедури на тънки черва

30375-24 Шев на тънки черва

Друго възстановяване на дебело черво

30375-25 Шев при разкъсване на дебело черво

Апендектомия

30571-00 Апендектомия
Инцидентна апендектомия
Други процедури

Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус

90341-00 Друга ексцизия на ректална лезия
Ексцизия на перириктална лезия или тъкан
Не включва: ендоскопска ректална полипектомия (32078-00, 32081-00 [910], 32087-00, 32093-
00 [911])
ексцизия:
• перианална субмукозна (32099-00 [933])
• транссфинктерна (32108-00 [933])

Възстановителни процедури на черен дроб

30422-00 Възстановяне на чернодробно травматично повърхностно разкъсване
Забележка: Изпълнено за малки или умерени травматични лезии на черен дроб [< 10 cm дължина или < 3 cm дълбочина]

Възстановителни процедури на черен дроб

30425-00 Възстановяване на чернодробни дълбоки, множествени, травматични разкъсвания
Включва: дебридман
Забележка: изпълнени при големи травматични лезии на черен дроб [≥ 10 cm дължина или ≥ 3 cm дълбочина] със значително увреждане на чернодробен паренхим

Холецистектомия

30443-00 Холецистектомия

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30454-00 Холедохотомия

Изследване на общ жлъчен канал

Включва: поставяне на тръба [стент]
изваждане на камък

Не включва: тези с:
- холецистектомия (30449-00, 30454-01, 30455-00 [965])
- инцизия на сфинктера на Оди (30458-01 [963])
- изваждане камък на билиарен канал през сфинктера на Оди (30458-03 [963])
- възстановяване на:
  - дуктус панкреатикус (30458-06 [981])
  - сфинктер на Оди (30458-04 [971])

Други ексцизионни порцедури на панкреас или панкреатичен канал

30578-00 Ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал

Включва: изследване

Други инцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум

30394-00 Дренаж на интраабдоминален абсцес, хематом или киста

Включва:
апендикула
рен фоса илиака
интраабдоминален
тазов
Дугласов
субхепатален
субфреничен
перитонит
} абсцес, хематома или киста

Кодирай също когато е направена:
- апендектомия (30571-00 [926])

Не включва: абсцес, хематом или киста на уточнени коремни или тазови локализации, класифицирани другаде (виж Азбучен индекс: Дренаж, абсцес, по локализация; Дренаж, хематом, по локализация; Дренаж, киста, по локализация)
дренаж на:
- интраабдоминален абсцес, хематом или киста:
  - лапароскопски (30394-01 [987])
  - перкутанен (30224-01 [987])
  - Дугласово пространство чрез колпотомия (35572-00 [1280]) хидатидни кисти на:
  - органи в коремната кухина (30434-02, 30436-02 [1002])
  - черен дроб (30434-00, 30436-00, 30438-00 [955])
  - перитонеум (30434-01, 30436-01 [1002])

ретроперитонеален абсцес (30402-00, 30224-02 [987])

Други ексцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум

Не включва: хистеректомия с ретроперитонеална дисекция (35667-00 [1268])

30396-00 **Дебридман и промивка на перитонеална кухина**

Промивка при интраперитонеален сепсис

Включва: отстраняване на:
- чревно съдържимо (например фекални материи)
- чужди материали

далак
матка

Освобождаване на абдоминални сраствания

∇ 0047

Отделяне на сраствания:
- тазови
- перитонеални

30378-00 **Разделяне на коремни сраствания**

Включва: поставяне на дълга чревна тръба

Салпингектомия

Салпингектомия при стерилизация

Не включва: такава:
- за:
  - отстраняване на тубарна бременност (35677-05, 35678-01 [1256])
  - възстановяване след стерилизация (35697-00 [1253], 35694 [1254])
  - с хистеректомия (виж блокове [1268] и [1269])

35638-09 **Лапароскопска салпингектомия,**

едностранна 35713-09 Салпингектомия, едностранна

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени най – малко две основни оперативни процедури: отстраняване на основния процес и лапаротомия– адхезиолиза (30378-00 Разделяне на коремни сраствания) – перитонеална промивка (лаваж) (30396-00 Дебридман и промивка на перитонеална кухина); - друга лапаротомия (дренаж – интраабдоминален, интраперитонеален)/ (30394-00 Дренаж на интраабдоминален абсцес, хематом или киста) и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение - за лица над 18 години: от
обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия";
- за лица под 18 години: от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия";

Дейностите по клиничната пътека могат да се изпълняват в обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия" само в условия на спешност. В тези случай дейностите по интензивно лечение следва да отговарят на първо ниво съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“. Договор при тези условия ЛЗБП може да сключи само в случай, че на територията на населеното място няма друго лечебно заведение, сключило договор по тази КП.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното

задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за ендоваксистема	НЗОК не заплаща посочените изделия

При диагнози по МКБ 10 рубрики: С15 - С26, С45, С48, С65, С66, С67, С68 и С79, НЗОК заплаща следните скъпоструващи медицински изделия:

- Механичен съшивател;
- Пълнител за механичен съшивател
- Ендоскопски съшивател
- Пълнител за ендоскопски съшивател

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- най-малко шест лекари, от които четирима с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

- **При спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.**

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична

алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Данни за остър хирургичен корем.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

3. Изчисляване на следните скоровите системи за ранна прогноза на тежест и краен изход се извършва:

- Acute Physiology, Age, Chronic Health Evaluation (APACHE) II score - предоперативно при приема на пациента в клиниката/отделението и двукратно следоперативно;
- Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score – предоперативно при приема на пациента в клиниката/отделението и двукратно следоперативно;
- Mannheim Peritonitis Index (MPI) score – в първите 24 часа след операцията на пациента;

Изчисляването на скоровите системи е препоръчително.

3.1. Преди всяко изчисляване на скоровите системи да се извършат следните диагностични процедури :

- ИЗМЕРВАНЕ НА АРТЕРИАЛНИ КРЪВНИ ГАЗОВЕ - (13842-01);
- ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ (включва задължително биохимични изследвания – креатинин (91910-13), урея (91910-14), кр. захар (91910-12), йонограма (91910-41), билирубин -общ и директен (91910-15 и 91910-16) , общ белтък (91910-17), албумин (91910-18), и хематологични изследвания – ПКК (91910-04) и левкограма (91910-05);

3.2.Налични електронни адреси за онлайн калкулация на съответните скорови системи: (не важи за пациенти под 18 г. възраст)

- APACHE II score - https://www.mdcalc.com/apache-ii-score ;
- SOFA score - https://www.mdcalc.com/sequential-organ-failure-assessment-sofa-score ;
- MPI score - https://www.soapnote.org/digestive-system/mannheim-peritonitis-index/ ;

Базира се на основните принципи за лечение на перитонита:

1. Ликвидиране на източника на перитонита.

2. Намаляване степента на бактериална контаминация и евакуиране на токсините, цитокините, адювантите и некротичните материи в перитонеалната кухина по време на операцията.

3. Регулиране на чревната дейност.

4. Лечение на резидуалната инфекция - чрез оперативни методи заедно с използването на антибиотични средства. Дренажна техника - поставяне на дренажи в непосредствена близост до източника на перитонита. При разпространен перитонит се

залагат дренажи и на декливните места. Затворен следоперативен перитонеален лаваж, представляващ въвеждане в горният етаж на перитонеалната кухина на промивна течност и евакуацията й от дренажи, разположени в тазовото дъно в продължение на 2 до 5 дни.

5. Поддържане на основните жизнени функции.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя след задължителна оперативна интервенция и микробиологично изследване(без задължителен растеж) и хистологична верификация при отстранен орган или част от него.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана/травматична рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на сериозни субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. **ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА** се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. **ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ** – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. **ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:**

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОСТЪР ПЕРИТОНИТ

Острият перитонит е възпалително заболяване на перитонеума (обвивките които покриват коремната кухина и лежащите в нея органи) В напредналите му стадии се характеризира с тежка интоксикация и дълбоки нарушения в микро-циркулацията и тъканния метаболизъм на организма които представляват сериозна опастност за живота на болния. Интраабдоминалния абсцес представлява локалната форма на острия перитонит.

Сред най-честите причини за възникване на остър перитонит са:

1. Остри възпалителни заболявания на коремните органи: остър апендицит, остър холецистит, остър дивертикулит, остър аднексит и др.

2. Перфорация на коремните органи при: язва или рак на стомаха, язва на дванадесетопръстника, перфорации на тънко и дебело черво, перфорации на възпалени апендикс, жлъчен мехур, маточни тръби и др.

3. Травматични наранявания на вътрекоремните органи причинени от закрити и открити травми.

4. Остра чревна непроходимост като: вътрешна или външна чревна странгулация, болестта на Crohn и др.

5. Заболявания на органите в ретроперитонеалното пространство: остър панкреатит, тежък гноен пиелонефрит, паранефрален абсцес и др.

6. Остра съдова недостатъчност на мезентериалното кръвообращение (мезентериална емболия или тромбоза).

7. Хематогенна инфекция предизвикваща стрептококов, пневмококов или туберкулозен перитонит.

8. Течностни контаминации на перитонеалната кухина от стомашно или чревно съдържимо, панкреатичен сок, жлъчка, урина, кръв.

КЛИНИЧНА КАРТИНА

Клиничната картина на острия перитонит е многообразна, разностепенна по изразеност и интензивност и динамична. Най-често срещаните симптоми са:

Болка. Най-ранният, най-честият и най-важният симптом. Установява се при почти всички болни. По локализация болката е в пряка зависимост от източника на перитонита. С обхващането на по-широки зони от перитонеума тя постепенно загубва връзка с източника. По характер в началните стадии болката се определя от първопричината за възникването на перитонита. Т. напр. при перфоративните и травматичните перитонити тя е с остро начало, а при възпалителните то е постепенно. С времето става постоянна, с обхващането на нови зони от перитонеума се отчита като тласъчна, стъпалообразна. По интензитет варира от умерено силна до много силна. С напредване на процеса се забелязва тенденция за отлабването й.

Жаждата е израз на задълбочаващата се дехидратация в организма.

Гаденето и повръщането са с рефлекторен характер а в последствие се включва и настъпващата интоксикация и пареза на стомашно-чревния тракт.

Липса на флатуленция и дефекация са късен симптом, независимо, че възпалението оказва паретично въздействие върху стомашно-чревния тракт още в самото начало.

Хълцане е последица на дразнене на диафрагмата от подлежащия възпалителен процес или от механично притискане на n. phrenicus от раздутите черва или стомах.

При прегледа най-често се установява:

Общото състояние е увредено при локалните перитонити и по-леките форми на разпространен перитонит и много тежко увредено с развитието на т.нар. перитонеален сепсис.

Принудително положение в леглото. Болният лежи на гръб, с присвити крака в колената, щади всяко движение и с неохота променя положението на тялото.

Кожата е бледа, леко влажна а с напредване на процеса става студена, с лепкава пот.

Езикът е обложен, сух, понякога с наличие на кафеникаво мръсни налепи.

Подуване на корема. Променя се конфигурацията на корема поради съпътстващата пареза на стомашно-чревния тракт.

Щадене на корема при дишане е сравнително ранен симптом и е по-характерен за разпространения перитонит.

Положителен кашличен симптом - предизвикване на болка вследствие участието на коремната мускулатура в акта на кашлянето.

Положителен симптом на Mendel - наличие на болезненост при повърхностна щадяща перкусия с върховете на пръстите в различни области на коремната стена.

Палпаторна болезненост е симптомът с най-висок процент, установен при физикалното изследване. В редки случаи може да бъде съвсем слабо набелязана.

Наличие на мускулна резистентност - резултат на обхващане на перитонеума от възпалителният процес.

Положителен Blumberg е най-важният симптом за поставянето на диагнозата остър перитонит - еквивалент на индикация за спешна оперативна интервенция.

Смущение в перисталтиката започва още в началото, но клиничната изява се проявява по-късно когато тя се долавя чрез прослушване на чревната перисталтика.

Хемодинамика.

Пулс. Ускорението на пулсовата честота е пряка реакция на смущенията в микро-циркулацията и тъканния метаболизъм, както и на неврогенното дразнене на силно чувствителните перитонеални обвивки.

Артериалното налягане варира от нормално до хипотония достигащо в напредналите случаи до хиповолемичен шок.

Централно венозно налягане – в началните стадии то е непроменено, но с развитието на патологичния процес е с тенденция за повишаване.

Телесната температура е повишена а с развитието на септичен корем тя е със септичен характер.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Ликвидиране на източника на перитонита.

Оперативният достъп и техниките, използвани за ликвидиране на източника на перитонита, зависят предимно от локализацията и естеството на патологичния процес или травматичната лезия на вътрекоремните органи.

При локалните перитонити достъпа е съобразен с топиката на източника на перитонита, но при разпространен перитонит за предпочитане е срединната лапаротомия предоставяща най-големи удобства за цялостна ревизия на перитонеалната кухина.

Способите целящи ликвидиране източника на перитонита са различни (затварящи, изключващи, ексцизиращи, резекционни).

В редица случаи те са в пряка зависимост както от анатомичната особеност на засег- натия орган, техническата възможност за приложение на определения оперативен метод, така и от причината за възникване (възпаление, перфорация, травматична лезия, остра

съдова недостатъчност на мезентериалното кръвообращение, остра чревна непроходимост).

2. Намаляване степента на бактериална контаминация и извършване на т.н перитонеален тоалет по време на операцията се постига чрез:

- аспириране на свободната интраперитонеална течност и ексудата;
- провеждане на "перитонеален debridement";
- провеждане на интраоперативен перитонеален лаваж (при разпространения перитонит) чрез който се улеснява аспирирането на микроорганизмите и техните продукти, некротични фрагменти, жлъчка, малки кръвни съсирецииидр.

3. Регулиране на чревната дейност.

Целта на борбата с парезата на стомашно-чревния тракт е да се:

1) подобри циркулацията и трофиката на чревната стена, да се подобри или възобнови перисталтиката като се постигне декомпресия чрез евакуиране на стомашното и чревно токсично съдържимо;

2) разкъса т.нар. порочен кръг - перитонит-илеус, илеус-перитонит;

3) понижи вътрекоремното налягане и подпомогне дихателната, отделителната и сърдечносъдовата системи.

4. Борба с резидуалната инфекция се води чрез оперативни методи заедно с използването на мощни антибиотични средства.

Дренажна техника - **поставяне на дренажи в непосредствена близост до източника на перитонита. При разпространен перитонит се залагат дренажи и на декливните места.**

Затворен следоперативен перитонеален лаваж. Същността му се състои във въвеждането в горният етаж на перитонеалната кухина на промивна течност и евакуацията й от дренажи, разположени в тазовото дъно в продължение на 2 до 5 дни.

Отворен корем. Перитонеалната кухина се възприема като абсцес с множество джобове което налага тя да се остави отворена за да извършват периодични ревизии.

Планирана релапаротомия с етапен лаваж - метод твърде близък до отворен корем. Хирургичното лечение на този контингент болни е многократен акт, който изисква задължителни периодични, планирани (най-често на 24ч) интервенции и етапен лаваж.

5. Поддържане на основните жизнени функции.

- обемно заместване и регулиране на водно-електролитния баланс;
- корекция на алкално-киселинното равновесие;
- нормализиране на белтъчно-енергетичния баланс;
- корекция на азотния баланс;
- корекция на микроциркулаторните и хемореологични разстройства;
- укрепване на имунната система чрез въвеждане на редица имуннореактивни препарати;
- симптоматично лечение на органите от сърдечно-съдовата, дихателната, бъбречната, чернодробната системи и др., витаминотерапия, инхибитори на протеазите, на кининовата система и т.н.

КП № 196 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ИНТРААБДОМИНАЛНИ АБСЦЕСИ

1. Минимален болничен престой – 5 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на стомах

30375-10 Шев на перфорирала язва
Надшиване на:

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза
Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Колектомия

32000-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с формиране на стома
Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с формиране на стома
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }
Включва: резекция на флексура лиеналис

Стоми на тънки черва

30375-29 Временна илеостомия
Бримкова (loop) илеостомия
Не включва: такава с:
• колектомия, тотална (32009-00 [913])
• проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])

Затваряне стома на тънки черва

30562-00 Затваряне на бримкова илеостомия
Затваряне на временна илеостома

30562-01 Затваряне на илеостомия с възстановяване на чревна проходимост без резекция
Не включва: такава след операция на Hartmann (32033-00 [917])
такава при резекция и създаване на илеален резервоар (32060-00 [934])

30562-04 Затваряне стома на тънки черва

Други стоми на дебело черво

30375-28 Временна колостомия
Бримкова колостомия
Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Друго възстановяване на дебело черво

30562-02 Затваряне бримка на колостома
Затваряне на временна колостома

Други стоми на дебело черво

30375-04 Друга колостомия
Перманентна колостома
Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Стоми на тънки черва

30375-29 Временна илеостомия
Бримкова (loop) илеостомия
Не включва: такава с:
• колектомия, тотална (32009-00 [913])
• проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])

Стоми на тънки черва

30515-01 Ентероколостомия
Илео-коло анастомоза

Други процедури на тънки черва

90307-00 Други процедури на тънки черва

Ревизия на стома и илеостомен резервоар

30563-00 Ревизия на стома на тънки черва
Премоделиране на тънкочревна стома

32069-01 Ревизия на илеостомен разервоар

Колектомия

32003-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза
Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с анастомоза
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }
Включва: резекция на флексура лиеналис

Ревизионни процедури на дебело черво

32029-01 Ревизия резервоар на дебело черво

30563-01 Ревизия стома на дебело черво
Премоделиране стома на дебело черво

Други инцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум

30394-00 Дренаж на интраабдоминален абсцес, хематом или киста
Включва: апендикуларен
фоса илиака
интраабдоминален
тазов } абсцес, хематома или киста
Дугласов }
субхепатален }
субфреничен }
перитонит }
Кодирай също когато е направена:
• апендектомия (30571-00 [926])
Не включва: абсцес, хематом или киста на уточнени коремни или тазови локализации, класифицирани другаде (виж Азбучен индекс: Дренаж, абсцес, по локализация; Дренаж, хематом, по локализация; Дренаж, киста, по локализация)
дренаж на:
• интраабдоминален абсцес, хематом или киста:
  • лапароскопски (30394-01 [987])
  • перкутанен (30224-01 [987])
  • Дугласово пространство чрез колпотомия (35572-00 [1280])
хидатидни кисти на:
  • органи в коремната кухина (30434-02, 30436-02 [1002])

• черен дроб (30434-00, 30436-00, 30438-00 [955])
• перитонеум (30434-01, 30436-01 [1002])
ретроперитонеален абсцес (30402-00, 30224-02 [987]

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30454-00 Холедохотомия
Изследване на общ жлъчен канал
Включва: поставяне на тръба [стент]
изваждане на камък
Не включва: тези с:
• холецистектомия (30449-00, 30454-01, 30455-00 [965])
• инцизия на сфинктера на Оди (30458-01 [963])
• изваждане камък на билиарен канал през сфинктера на Оди (30458-03 [963])
• възстановяване на:
• дуктус панкреатикус (30458-06 [981])
• сфинктер на Оди (30458-04 [971])

Други ексцизионни порцедури на панкреас или панкреатичен канал

30578-00 Ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал
Включва: изследване

Инцизионни порцедури на панкреас

30375-27 Марсупиализация на панкреатична киста

Други инцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум

30394-00 Дренаж на интраабдоминален абсцес, хематом или киста
Включва: апендикуларен
фоса илиака
интраабдоминален
тазов } абсцес, хематома или киста
Дугласов }
субхепатален }
субфреничен }
перитонит }
Кодирай също когато е направена:
• апендектомия (30571-00 [926])
Не включва: абсцес, хематом или киста на уточнени коремни или тазови локализации, класифицирани другаде (виж Азбучен индекс: Дренаж, абсцес, по локализация; Дренаж, хематом, по локализация; Дренаж, киста, по локализация)
дренаж на:
• интраабдоминален абсцес, хематом или киста:
• лапароскопски (30394-01 [987])
• перкутанен (30224-01 [987])
• Дугласово пространство чрез колпотомия (35572-00 [1280])
хидатидни кисти на:
• органи в коремната кухина (30434-02, 30436-02 [1002])
• черен дроб (30434-00, 30436-00, 30438-00 [955])
• перитонеум (30434-01, 30436-01 [1002])
ретроперитонеален абсцес (30402-00, 30224-02 [987])

Други ексцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум

Не включва: хистеректомия с ретроперитонеална дисекция (35667-00 [1268])

30396-00 Дебридман и промивка на перитонеална кухина
Промивка при интраперитонеален сепсис
Включва: отстраняване на:
• чревно съдържимо (например фекални материи)
• чужди материали

Освобождаване на абдоминални сраствания	
∇ 0047	Отделяне на сраствания: • тазови • перитонеални
30378-00	Разделяне на коремни сраствания *Включва*: поставяне на дълга чревна тръба
Процедури за приложение, поставяне или премахване върху корем, перитонеум или оментум	
90347-02	Прилагане на терапевтичен агент в перитонеална кухина Инжектиране на локално действаща терапевтична субстанция в коремната кухина

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени най-малко две основни оперативни процедури: отстраняване на основния процес и лапаротомия – адхезиолиза (30378-00 Разделяне на коремни сраствания; 30378-00 Разделяне на коремни сраствания); перитонеална промивка (лаваж) (30396-00 Дебридман и промивка на перитонеална кухина); друга лапаротомия (дренаж – интраабдоминален, интраперитонеален) (30394-00 Дренаж на интраабдоминален абсцес, хематом или киста), и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява за лица над 18 години: от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия";

- за лица под 18 години: от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия";

- в обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия" оперативната дейност може да се изпълнява само в условия на спешност. В тези случай дейностите по интензивно лечение следва да отговарят на първо ниво съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“. Договор при тези условия ЛЗБП може да сключи само в случай, че на територията на населеното място няма друго лечебно заведение, сключило договор по тази КП.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за ендоваксистема	НЗОК не заплаща посочените изделия

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия

или

лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение при пациенти с:

- болки в корема;
- физикални данни за интраабдоминален възпалителен процес;
- биохимична констелация за възпалителен процес;
- ехографски и/или КТ данни за интраабдоминален абсцес (периапендикуларен, междугънъчен, субхепатален, субфреничен, малкотазов, ретроперитонеален абсцес и др.)

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Основен принцип за лечение на абсцеса - “ubi pus ibi evaqua”, при повишено внимание за предотвратяване разширяването на възпалителния процес.

1. Отваряне на абсцесната кухина.
2. Вземане на метериал за микробиологично изследване (аеробна и анаеробна флора) и антибиограма.
3. Евакуиране на гнойния ексудат.
4. Ликвидиране на източника на абсцеса (при възможност).
5. Антисептична обработка на абсцесната кухина.
6. Залагане на дренажи в абсцесната кухина.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя след задължителна оперативна интервенция и микробиологично удостоверяване на интраперитонеален възпалителен процес.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана/травматична рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на сериозни субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ИНТРААБДОМИНАЛНИ АБСЦЕСИ

Интраабдоминалните абсцеси са остро възпалително заболяване. Те представляват локалната форма на острия перитонит. В напредналите стадии се характеризират с тежка интоксикация, нарушения в тъканния метаболизъм на организма и на микроциркулацията, което ги прави сериозна опасност за живота на болния.

Сред **най-честите причини за възникване на интраабдоминални абсцеси** са:

1. *Остри възпалинелни заболявания на коремните органи:* остър апендицит, остър холецистит, остър аднексит, остър дивертукилет и др.
2. *Перфорация на коремните органи при:* язва или рак на стомаха, язва на дванадесетопръстника, тумори на тънкото и дебелото черво, перфорации на възпалително променени апендикс, жлъчен мехур, маточни тръби и др.
3. *Заболявания на органите на ретроперитонеалното пространство:* остър панкреатит, гноен пиелонефрит, паранефрален абсцес и др.
4. *Ограничени течностни контаминации на перитонеалната кухина* от стомашно или чревно съдържимо, панкреатичен сок, жлъчка, урина, кръв.
5. *Хематогенна инфекция,* предизвикваща абсцедиране в черния дроб или далака.
6. *Инфектирани паразитни кисти на черния дроб или далака.*

КЛИНИЧНА КАРТИНА

Клиничната картина на интраабдоминалните абсцеси е многообразна, разностепенна по изразеност, интензитет и динамика. Най-често срещаните симптоми са:

Температура. Повишена съобразно степента и характера на възпалителния процес, може да достигне до 39-40ºС с втрисане; пулсът е ускорен, съответно на температурата.

Болка. Най-честият и най-важният симптом. Установява се при почти всички болни. Локализацията на болката е в зависимост от локализацията на абсцеса. По интензитет варира от умерена до много силна; с времето става и постоянна. С напредването на процеса се забелязва тенденция за отслабването й. Придружава се от изразена тежест и дискомфорт.

Гаденето и повръщането са с рефлекторен характер, а в последствие се включва и настъпващата интоксикация и пареза на стомашно-чревния тракт. **Липса на флатуленция и дефекация** са по-рядък и късен симптом. При запуснати случаи и големи колекции може да се наблюдава **деформация на коремната стена**.

ЛЕЧЕНИЕ

Диагностицирането на интраабдоминалните абсцеси налага своевременна хоспитализация и най-често оперативно лечение. При възможност за това може да се извърши пункция на колекцията под ехографски контрол.

Оперативното лечение включва:

1. отваряне на абсцесната кухина;
2. вземане на материал за микробиологично изследване;
3. евакуиране на гнойната колекция;
4. асептична обработка на абсцесната кухина;
5. залагане на дренажи в абсцесната кухина.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период включва задължително антибиотици (според антибиограмата) и се определя от състоянието на пациента и характера на инфекцията.

КП № 197 КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРИ КОРЕМНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Паралитичен илеус и непроходимост на червана без херния

Не включва: вродена стриктура или стеноза на червата (Q41—Q42)
исхемична стриктура на червата (K55.1)
мекониум илеус (E84.1)
непроходимост на червата при новородено, класифицирана в рубриката P76.—
непроходимост на дванадесетопръстника (K31.5)
следоперативна непроходимост на червата (K91.3)
стеноза на ануса или ректума (K62.4)
с херния (K40—K46)

K56.0 Паралитичен илеус
Парализа на:
- червата
- колона
- тънкото черво

Не включва: илеус, предизвикан от жлъчни камъни (K56.3)
илеус БДУ (K56.7)
обструктивен илеус БДУ (K56.6)

K56.4 Друг вид запушване на червата
Ентеролит
Запушване:
- на колон
- от фекалии

K56.5 Чревни сраствания (бридове) с непроходимост
Перитонеални сраствания (бридове) с чревна непроходимост

K56.6 Друга и неуточнена чревна непроходимост
Ентеростеноза
Обструктивен илеус БДУ
Запушване, Стеноза, Стриктура } на колона или червата

Перитонит

Не включва: перитонит:
- асептичен (T81.6)
- доброкачествен пароксизмален (E85.0)
- химичен (T81.6)
- предизвикан от талк или друго чуждо вещество (T81.6)
- неонатален (P78.0—P78.1)
- тазов при жени (N73.3—N73.5)
- периодичен семеен (E85.0)
- послеродов (O85)
- със или след:
  - аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.0)
  - апендицит (K35.—)
- в съчетание с дивертикули на червата (K57.—)

K65.0 Остър перитонит
Включва състояния при лечение с перитонеална диализа

K85 Остър панкреатит

Абсцес на задстомашната жлеза
Некроза на задстомашната жлеза:
- остра
- инфекциозна

Панкреатит:
- хеморагичен
- гноен

K86.2 Киста на задстомашната жлеза
K86.3 Псевдокиста на задстомашната жлеза
K86.8 Други уточнени болести на задстомашната жлеза

Атрофия
Камъни
Цироза
Фиброза
} на задстомашната жлеза

На задстомашната жлеза:
- инфантилизъм
- некроза:
  - БДУ
  - асептична
  - мастна

Травма на далака

S36.00 Травма на далака – без открита рана в корема

Травма на черния дроб или на жлъчния мехур

S36.10 Травма на черния дроб или на жлъчния мехур – без открита рана в корема
Жлъчен канал

Травма на панкреаса

S36.20 Травма на панкреаса – без открита рана в корема

Травма на тънко черво

S36.40 Травма на тънко черво– без открита рана в корема

Травма на дебело черво

S36.50 Травма на дебело черво– без открита рана в корема

Травма на право черво

S36.60 Травма на право черво– без открита рана в корема

Травма на няколко интраабдоминални органа

S36.70 Травма на няколко интраабдоминални органа– без открита рана в корема

Травма на други интраабдоминални органи

S36.80 Травма на други интраабдоминални органи – без открита рана в корема
Перитонеум
Ретроперитонеум

2.2.ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лапароскопия

30390-00 Лапароскопия
Диагностична [експлоративна] лапароскопия

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и
  - мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
    - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем

Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах

Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

1943 Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01[1945],)

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите-по преценка на лекуващия лекар

91910-09 Изследване на протромбиново време

91910-11 Изследване на фибриноген

91913-01 Изследване на тромбоцити

91910-49 Други хематологични изследвания-по преценка на лекуващия лекар

1924 Биохимични изследвания

91910-03 Кръвно-захарен профил-по преценка на лекуващия лекар

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-15 Клинично-химични изследвания за билирубин – общ

91910-16 Клинично-химични изследвания за билирубин – директен

91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин

91910-45 Клинично-химични изследвания за глобулин-по преценка на лекуващия лекар

91904-13 Протеинограма (електрофореза на серумни белтъци) -по преценка на лекуващия лекар

91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин-по преценка на лекуващия лекар

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91904-00 Изследване на Лактатдехидрогеназа (LDH)

91910-31 Клинично-химични изследвания за алфа-амилаза

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

91904-19 Други биохимични изследвания-по преценка на лекуващия лекар

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв-по преценка на лекуващия лекар

1926 Микробиологични изследвания

91937-01 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура-по преценка на лекуващия лекар

91931-02 Микробиологично/микроскопско изследване на перитонеална и/или ретроперитонеална проба за култура и чувствителност-по преценка на лекуващия лекар

Включва: антибиограма

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30485-00 Ендоскопска сфинктеротомия

Включва: такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]

Кодирай също когато е направена:
- поставяне на стент (30491-00 [958])
- подмяна на стент (30451-02 [960])

Стентиране на жлъчни пътища

30491-00 Ендоскопско стентиране на други части на жлъчни пътища

Включва: дилатация
поставяне на назобилиарна сонда
такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]

Не включва: такова при замяна (30451-02 [960])

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30485-01 Ендоскопска сфинктеротомия с екстракция на камък от общия жлъчен канал

Включва: такава чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]

Кодирай също когато е направена:
- поставяне на стент (30491-00 [958])
- подмяна на стент (30451-02 [960])

Ендоскопско и перкутанно отстраняване на камък

30450-00 Екстракция на камък от жлъчни пътища чрез образни техники
Перкутанна екстракция на жлъчен камък
Включва: чрез:
• трансхепатална тръба
• трансйеюнална тръба
• Т-образна тръба

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху жлъчен мехур или жлъчни пътища

90348-00 Перкутанна аспирация на жлъчен мехур

Инцизионни порцедури на панкреас

30375-14 Инцизия и дренаж на панкреас

30375-27 Марсупиализация на панкреатична киста

Стентиране на жлъчни пътища

30492-00 Перкутанно стентиране на жлъчни пътища
Включва: дилатация
Не включва: такава при замяна (30492-01 [960])

90337-00 Друго стентиране на жлъчни пътища
Хепатохоледохостомия
Не включва: такава при замяна (30451-00 [960])
такава с отваряне на общия жлъчен проход (30454-00 [963])

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху панкреас

30491-02 Ендоскопско стентиране на панкреасен канал
Включва: дилатация
поставяне на назопанкреатична тръба
тази чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху панкреас

90349-00 Ендоскопско премахване на камъни от панкреаса

Стентиране на жлъчни пътища

30492-00 Перкутанно стентиране на жлъчни пътища
Включва: дилатация
Не включва: такава при замяна (30492-01 [960])

30491-00 Ендоскопско стентиране на други части на жлъчни пътища
Включва: дилатация
поставяне на назобилиарна сонда
такова чрез ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография [ERCP]
Не включва: такова при замяна (30451-02 [960])

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92096-00 Промивка на холецистостомия или друга жлъчна тръба

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92074-00 Промивка на панкреасна тръба

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92075-00 Гастроинтестинално вливане, изключващо хранене през стомашна сонда

Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath

• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени три основни терапевтични процедури и три основни диагностични процедури от различни блокове, посочени в таблица Кодове на основни процедури и насочени към основната диагноза.

Диагностична процедура „Изследване на кръв“ включва следните кодове: **91910-04, 91910-05, 91910-09, 91910-11, 91913-01, 91910-12, 91910-13, 91910-15, 91910-16, 91910-18, 91910-34, 91910-41, 91910-26, 91910-27, 91904-00, 91910-31. Кодове 91904-13, 91910-19, 13311-00; 91931-02; 91937-01 – се изпълняват по преценка на лекуващия лекар.**

Диагностични процедури с кодове: 13311-00 измерване газове на смесена венозна кръв; 91904-00 изследване на LDH; 91904-13 електрофореза на серумни белтъци; 91904-19 други биохимични изследвания; 91910-03 кръвно-захарен профил; 91910-05 диференциално броене на левкоцити , 91910-09 протромбиново време; 91910-11 фибриноген; 91910-34 калций; 91910-45 глобулин; 91910-49 други хематологични изследвания; 91937-01 хемокултура **за лица под 18 години - се изпълняват по преценка на лекуващия лекар**

Извършването на процедура – „Ендоскопска сфинктеротомия” (30485-00 Ендоскопска сфинктеротомия) е показано само при наличие на инклавиран в ампула фатери конкремент в първите 24 - 48 часа от началото на заболяването.

При диагноза К65.0 „Остър перитонит – при лечение с перитонеална диализа” клиничната пътека включва състояния при лечение на перитонеална диализа и се счита за завършена, ако са извършени три основни диагностични процедури - (91931-02), (изследвания, включени в блокове 1923, 1924, 1858 и 1926 – с изключение на тези по преценка на лекуващия лекар) **и** (55036-00) и една основна терапевтична процедура –или (96199-02; 96197-02), посочени в блок Кодове на основни процедури.

Пациентите на лечение с перитонеална диализа и остър перитонит, се отчитат само при доказана основна диагноза N18.0 „Терминален стадий на бъбречна болест” или **N18.8** „Други прояви на хронична бъбречна недостатъчност” или **N18.9** „Хронична бъбречна недостатъчност, неуточнена” или **N19** „Бъбречна недостатъчност, неуточнена”.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява:

- за лица над 18 години: от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Нефрология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нефрология" (само за МКБ код К65.0); дейности най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Диализно лечение" (само за МКБ код К65.0);

- за лица под 18 години: от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Детски болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия" (само за МКБ код К65.0); от обхвата на медицинската специалност "Детска нефрология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Педиатрия" (само за МКБ код К65.0).

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия **Само за диагноза К65.0:** Клиника/отделение по нефрология или детска нефрология или клиника/отделение по хемодиализа или клиника/отделение по детски болести
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ/разкрити легла за интензивно лечение
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Кабинет по ендоскопска диагностика

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКАИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести/неонатология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

За спешни състояния лечението може да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

Необходими специалисти за лечение на пациенти с диагноза К65.0:

- лекари със специалност по нефрология - минимум двама, от които поне един с призната специалност по нефрология

или

лекар със специалност по детска нефрология

или

лекар със специалност по детски болести/неонатология;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Диагностика и лечение при пациенти с:

1. всички форми на остър панкреатит при лица до 18 години;
2. остър панкреатит - некротична форма;
3. киста на задстомашната жлеза (с усложнения) и други болести на задстомашната жлеза, посочени в код К86.8;
4. паралитичен илеус;

5. чревна непроходимост;

6. травми на далак, черен дроб, панкреас, тънко и/или дебело черво - за консервативно лечение;

7. остър перитонит при лечение с перитонеална диализа.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Клинични симптоми:

- силна коремна болка;
- горно-диспептичен синдром.

1.1. Клинични симптоми при чревна непроходимост:

- спиране на дефекацията и отделянето на газове;
- подуване на корема;
- невъзможност за приемане на течности и храна;
- повръщане и/или гадене, хълцане;
- коремна болка;
- вяла до липсваща перисталтика или патологична перисталтика;
- стомашно или чревно плискане;
- чести позиви за дефекация, но с неефективно изхождане и чувство за недоизхождане

2. Основен параметър – входящ тест за поставяне на диагноза „Панкреатит":

- три - четирикратно повишение на алфа-амилазата в урината.

2.1. Основен параметър – входящ тест за поставяне на диагноза „Илеус": образно изследване с данни за непроходимост на гастро-интестиналния тракт (обзорна рентгенография на корем, КТ на корем, абдоминална ехография, др.)

3. Допълнителни параметри:

- при остър панкреатит (едемна форма) - абдоминална ехография или КТ;
- при остър панкреатит (некротична форма) - абдоминална ехография и/или задължително извършване на КТ (за диференциална диагноза);
- клинико-лабораторни изследвания - включват целия панел за изследване на кръв (изследванията, включени в блокове 1923, 1924, 1858 и 1926 – с изключение на тези по преценка на лекуващия лекар), включително и при чревна непроходимост.

4. Диагностично-лечебният алгоритъм при чревна непроходимост включва следните критерии:

4.1. клиничен преглед с ректално туше;

4.2. образно изследване с данни за хидро-аерични нива или непроходимост;

4.3. лабораторни изследвания за оценка на водно-електролитния баланс, йонограма, кръвна картина;

4.4. терапевтичен план:

- поставяне на назо-гастрична сонда за евакуация на стомашното съдържимо;
- стимулация на пасажа чрез клизма, медикаментозно, др.;
- вливания на водно-солеви разтвори или глюкозно-солеви разтвори или електролити;
- при спастични болки е уместно приложение на спазмолитици.

Чревна непроходимост

Чревна непроходимост може да се причини от обструкция по хода на гастро-интестиналния тракт или пареза на мускулите на чревната стена.

Най-честата причина за чревна непроходимост при възрастни са чревни стаствания след предходна оперативна интервенция или обтурация от малигнен процес. Други причини могат да бъдат херния на коремната стена, възпалителни заболявания на червата, Crohn, дивертикулит, волвулус, запушване от фекалии и др.

При деца, освен изброените, причина за чревна непроходимост може да бъде инвагинация, вродени малформации и др.

Поради възпрепятстване на пасажа се получава задръжка на чревното съдържимо и газове, невъзможност за приемане на течности и храна, дехидратация, диселектролитемия, интоксикация. Тези промени прогресират, като водят до влошаване на общото състояние и функциите на повечети жизнено важни органи и системи.

Ранната диагностика, идентифициране на причината и адекватно лечение могат да доведат до възстановяване на пасажа.

Консервативното лечение се прилага при липса на заклещване на черво или данни за нарушение на кръвоснабдяването. Лечението започва с Диета „0“. Поставя се назогастрична сонда (НГС) – при чревна непроходимост през НГС се евакуира застойно съдържимо до мизерере. Това отбременява напрежението в ГИТ и предотвратява повръщането. Вливат се електролити за възстановяване на водно-солевия баланс. Функцията на чревния тракт се подпомага чрез прилагането на медикаменти по преценка и клизми.

Оперативно лечение е показано при липса на ефект от консервативното лечение с прогресия на оплакванията и симптомите. При инкарцерация и исхемия на чревни участъци е показано оперативно лечение по спешност.

Паралитичен илеус

Клинично се представя с прояви на чревна непроходимост, но при него няма механична обструкция. При паралитичен илеус различни причини водят до нарушена мускулна контракция, коетонарушава координираната работа на стомашно-чревния тракт. Консервативното лечение обикновено дава добър резултат. Включва поставяне на назогастрична сонда, вливания на водно- и/или глюкозно-солеви разтвори, стимулация на чревната моторика чрез клизми, газова тръба, медикаментозно или др. При липса на ефект от консервативната терапия се прилага оперативно лечение след обсъждане.

5. Диагностично-лечебният алгоритъм при некротична форма на панкреатит, включва следните критерии (минимално 2):

- сигнификантно повишение на CRP и LDH, проследени най - малко двукратно през първите 3 дни от хоспитализацията;
- образна верификация на тежестта на заболяването посредством абдоминална ехография и/или компютърна томография;
- персистиращ фебрилен синдром повече от 3 дни;
- данни за органна недостатъчност, обусловена от основното заболяване.

Остър панкреатит – При около 80 % от болните с остър панкреатит се наблюдава леката форма на болестта – остър интерстициален (оточен) панкреатит (ОИП). Острият интерстициален панкреатит, наречен още “self-limiting disease”, търпи обратно спонтанно развитие в рамките на 3-5 дни. Болните с ОИП не се нуждаят от интензивно лечение и не подлежат на оперативна интервенция. При останалите 20 % от болните е налице тежката форма на болестта – некротичен панкреатит (НП). В хода на НП се разграничават две фази – *1) ранна (вазо-токсична) фаза* – до края на втората седмица на болестта, характеризираща се с освобождаването на множество медиатори на възпалението и развитието на SIRS и MODS; и *2) късна (септична) фаза* – след 14 ден от началото на болестта, при която е налице развитието на локални и системни септични усложнения и освобождаването на един нов медиатор – ендотоксин. Честотата на инфектиране на панкреасната и парапанкреасна некроза е в пряка зависимост от срока и големината на некрозата. Инфектираната панкреасна некроза (IPN) и свързаните с нея Sepsis и MODS са основната причина за смъртността при болните с НП (до 50 %). Множество контролирани рандомизирани студии доказаха ефективността на употребата на антибиотици за снижаване честотата на септичните усложнения. Профилактичната употреба на широкоспектърни антибиотици намалява честотата на инфектиране при CT-доказан некротичен панкреатит. На оперативно лечение подлежат само болните с некротичен панкреатит, при които има клинични и/или микробиологични белези за инфектиране на некрозата и болните, при които липсва положителен ефект от провежданото консервативно лечение. Болните със стерилна панкреасна некроза продължават да бъдат лекувани консервативно. При около 40 % от болните причина за болестта е холелитиазата. Временната или персистираща обструкция на ampulla Vateri от жлъчни камъни е един от патогенетичните механизми за развитие на остър панкреатит. Етиологичното доказване генезата на билиарния панкреатит е от изключително значение, тъй като ранната ERCP с папилосфинктеротомия и екстракция на камъните води до излекуване на болестта. При всички болни с билиарен панкреатит, с цел премахване риска от рецидив на болестта, е задължително извършването на холецистектомия (за предпочитане лапароскопска).

Хроничен панкреатит – лечението на хроничния панкреатит има две основни цели – борба с болката и субституиране на екзокринната панкреасна недостатъчност. Болни с хроничен панкреатит постъпват в хирургична клиника или отделение при наличието на болков пристъп. Консервативното лечение тогава е насочено единствено към облекчаване на болката. За тази цел се използват спазмолитици, панкреасни ензими, ненаркотични и наркотични аналгетици. Към оперативно лечение се пристъпва тогава, когато са изчерпани възможностите на консервативното, както и за лечение на усложненията (остър панкреатит, инфекция, кисти, панкреасна калкулоза, увреждания на панкреасния канал). Двете основни групи операции са дренажни и резекционни. Дренажните операции (Puestow, Partington-Rochelle) са индицирани при диаметър на панкреасния канал > 7 мм, докато резекционните (Kausch-Whipple, Traverso-Longmire, Beger, Frey) - при диаметър на панкреасния канал < 7мм. Болни с неразширен панкреасен канал и локални промени в опашката на панкреаса са показани за лява резекция.

Псевдокисти и кисти на панкреаса – лечебната тактика зависи от това дали кистата е истинска или се касае за псевдокиста и дали е паразитарна или непаразитарна. Използват се външни и вътрешни дренажни и резекционни техники, като към дренажните техники се включват и ендоскопски, лапароскопски и интервенционални радиологични такива.

Остър перитонит при лечение с перитонеална диализа

Перитонитът е често и сериозно усложнение при болни, лекувани с перитонеална диализа (както постоянна амбулаторна перитонеална диализа, така и апаратна перитонеална диализа). Той може да доведе до загуба на катетъра, адхезии, връщане към лечение с хемодиализа. Перитонитът е най-честата причина за прекратяване на лечението с перитонеална диализа, а в някои случаи може да доведе и до смърт. Всички епизоди на перитонит при перитонеална диализа са потенциално опасни, въпреки че тежестта зависи от причинителя, продължителността на инфекцията, коморбидността. Характерните симптоми на перитонит при перитонеална диализа са помътняване на перитониалния диализат, коремни болки с различен интензитет, фебрилитет, гадене. Най-чести причинители са Грам – позитивни коки от нормалната кожна флора на пациента. Най-честите Грам – негативни микроорганизми са Escherichia coli и Pseudomonas aeruginosa. Тежкият перитонит при перитонеална диализа може да бъде и полимикробен. Диагнозата се поставя въз основа на клинични данни, лабораторни и микробиологични изследвания. Антибиотичното лечение трябва да започне незабавно след вземане на материал от перитонеален диализат за микробиологично изследване. Антибиотиците се прилагат интраперитонеално, интравенозно.

При остър перитонит при лечение с перитонеална диализа се извършва задължително два пъти микробиологично изследване на перитониален диализен разтвор – при хоспитализацията и след лечението. При остър перитонит при лечение с перитонеална диализа ***курсът на антибиотичното лечение в болнични условия е минимум 7 дни.***

При диагноза неспецифичен мезентериален лимфаденит се определят следните критерии за диагноза **– възраст до 18 години, ехографски данни за мезентериален лимфаденит, ПКК и биохимия (промени CRP).**

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя на база данните от клиничните, лабораторните и инструменталните методи, както и от проведените диагностични и терапевтични ендоскопски методи.

Диагнозата при панкреатити се потвърждава, ако алфа-амилазата е повишена повече от 3-4-кратно от нормата при хоспитализацията.

При субилеус /илеус - след образно изследване (обзорна рентгенография на корем, КТ на корем, абдоминална ехография, др.)

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- сигурни клинични и/или инструментални признаци за стихване на възпалителния процес;
- липса на коремна болка;
- нормален чревен пасаж;

- липса на фебрилитет в последните 48 часа;

- липса на сериозни субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения.

При некротичен панкреатит е задължително изследването в динамика на CRP и LDH (най - малко две стойности) и абдоминална ехография или КАТ.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОСТЪР ПАНКРЕАТИТ

Острият панкреатит е внезапно настъпило заболяване, което се изразява в остро възпаление на панкреаса и околните тъкани от активираните ензими на жлезата и много често засяга целия организъм. Най-честите причини за острия панкреатит са злоупотребата с алкохол и жлъчнокаменната болест. В зависимост от промените в панкреаса и тежестта на болестта се различават две форми – *лек (интерстициален)* и *тежък (некротичен)* панкреатит. Първата форма на болестта не представлява особен лечебен проблем и обикновено в рамките на 7-10 дни се стига до излекуване, без трайни последици за организма. Операция при нея се налага, когато причина за болестта е жлъчнокаменната болест. Тогава се препоръчва оперативното отстраняване на жлъчния мехур с цел премахване риска от рецидив на панкреатита. Тежкият (некротичен) панкреатит е животозастрашаващо заболяване. То изисква задължително болнично лечение, най-често в отделение за интензивно лечение. Болните са подложени на високоспециализирано и сложно лечение, като цялостната терапевтична стратегия за всеки болен се изработва от екип от лекари от различни специалности. Когато независимо от провежданото лечение се появят някои специфични симптоми, говорещи за липса на ефект от консервативното лечение или за инфектиране на некрозата, се пристъпва към оперативно лечение. Операцията има за цел да отстрани мъртвите тъкани от и около панкреаса. Това е сложна операция, която е от компетенцията на високоспециализирани в панкреасната хирургия хирурзи. Не винаги е достатъчна само една оперативна намеса и много често се стига до 2, 3, 4 и повече повторни операции. Преболедувалите от некротичен панкреатит се нуждаят от дълъг възстановителен период, през който са подложени на строг диетичен и хигиенен режим. Нерядко усложнение на острия панкреатит е захарната болест.

ХРОНИЧЕН ПАНКРЕАТИТ

Хроничният панкреатит (цироза на панкреаса) представлява хронично (продължително) възпаление на панкреаса, което води до функционална недостатъчност (екзокринна и ендокринна) на жлезата. При хроничния панкреатит се наблюдават и някои специфични морфологични промени, изразяващи се във фиброзиране на отделни участъци

или на целия панкреас, уголемяване най-често на главата на панкреаса, образуване на кистозни формации, образуване на камъни и много рядко - злокачествено израждане. Основната причина за появата на хроничен панкреатит е злоупотребата с алкохол в комбинация с тютюнопушене. Основните клинични симптоми на болестта са болката и проявите на функционална недостатъчност на панкреаса - диария, загуба на тегло, захарен диабет. Диагнозата хроничен панкреатит се поставя от лекари-гастроентеролози след извършването на множество лабораторни и инструментални изследвания. Целта на лечението при болните с хроничен панкреатит е борбата с болката и корекция на панкреасната недостатъчност. В началото лечението винаги е консервативно – отказ от алкохол, диета, прием на панкреасни ензими, обезболяващи средства. Към оперативно лечение се пристъпва след изчерпване възможностите на консервативното или за лечение на усложненията на хроничния панкреатит. При операцията могат да бъдат премахнати различно големи участъци от панкреаса и осъществени нови връзки между панкреаса и някои от органите на стомашно-чревния тракт (стомах, тънко черво, жлъчни пътища). При съмнение за злокачествено израждане се прави експресно хистологично изследване и съобразно резултата от него се взема окончателно решение за вида и обема на оперативната намеса. След операции на панкреаса би могло да се стигне до трайна функционална недостатъчност на панкреаса, което да доведе до необходимостта от заместващо лечение с панкреасни ензими и/или инсулин.

ОСТЪР ПЕРИТОНИТ ВСЛЕДСТВИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ С ПЕРИТОНЕАЛНА ДИАЛИЗА

Перитонитът е възпаление на мембраната на коремната кухина. Той е най-честото усложнение на лечението с перитонеална диализа. Болните лекувани с перитонеална диализа имат средно един епизод на перитонит на 1,5 - 2 години. Обикновено причината е замърсяване на връзката между перитонеалния катетър и торбата с перитонеалния диализат. Най-честите причинители са бактерии, които се откриват нормално по кожата на пациента. Перитонитът може да доведе до необходимост от смяна на перитонеалния катетър и дори до невъзможност д се продължи лечението с перитонеална диализа. Основните белези на перитонит при перитонеална диализа са помътняване на перитонеалния разтвор и коремна болка с различна сила. Може да има също гадене, повръщане и висока температура. Лечението на перитонита при перитонеална диализа трябва да започне незабавно. То се извършва според резултатите от изследването за бактерии в перитонеалния разтвор. Прилагат се антибиотици в торбите с перитонеален разтвор или венозно. Лечението трябва да бъде с достатъчна продължителност за ликвидиране на инфекцията.

КП № 198 ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЖИВОТОЗАСТРАШАВАЩИ ИНФЕКЦИИ НА МЕКИТЕ И КОСТНИ ТЪКАНИ

1. Минимален болничен престой – 5 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Инцизия на фасция на други мускулно-скелетни точки	
30226-00	Фасциотомия, некласифицирана другаде Декомпресираща фасциотомия БДУ
Инцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки	
90568-02	Инцизия на мека тъкан, некласифицирана другаде Отделяне на меки тъкани БДУ
Други ексцизионни процедури на лакът	
44328-01	Ампутация през мишницата
Ексцизионни процедури на предмишница	
44328-00	Ампутация през предмишница
Други ексцизионни процедури на лакът	
90535-00	Дезартикулация на лакът
Други ексцизионни процедури на лакът	
44328-01	Ампутация през мишницата
Ампутация на рамо	
44331-00	Дезартикулация на рамо
Ампутация на рамо	
44334-00	Интерскапулоторакална ампутация Интерторакоскапуларна ампутация
Ампутация на глезен или стъпало	
44361-00	Дезартикулация през глезен
Ампутация на глезен или стъпало	
44361-01	Ампутация на глезен през малеоли на тибия и фибула
Други ексцизионни процедури на коляно или крак	
44367-02	Ампутация под коляното
Други ексцизионни процедури на коляно или крак	
44367-01	Дезартикулация през коляното
Ампутация на таз или тазобедрена става	
44367-00	Ампутация над коляното Ампутация над коляното
Ампутация на таз или тазобедрена става	
44370-00	Ампутация през тазобедрена става Тазобедрена дизартикулация
Ампутация на таз или тазобедрена става	
44373-00	Ампутация на задна част на таз Хемипелвектомия

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21 и насочени към основната диагноза.

Задължително е една от диагностичните процедури да е микробиологично изследване на оперативен материал и/или ранев ексудат, **което се кодира с код (**91936-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от оперативна рана за култура и чувствителност, 91936-07. Микробиологично/микроскопско изследване на проба от раневи секрет и/или гной).

Процедура „Друго разсичане на мека тъкан“ (90568-02 Инцизия на мека тъкан, некласифицирана другаде) не може да се използва самостоятелно за завършване на пътеката.

Лечебното заведение, изпълнител на тази клинична пътека, задължително сключва договор за изпълнение и на КП № 158.

Когато едно ЛЗ отчете брой случаи по КП № 198, които надвишават 20% от сбора на отчетените по КП № 158 и 198, случаите по КП № 198 над 20% се заплащат на цената на КП № 158.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява:

- за лица над 18 години: от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Ортопедия и травматология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ортопедия и травматология"; от обхвата на медицинската специалност Съдова хирургия», съгласно медицински стандарт “Съдова хирургия”.

- за лица под 18 години: от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Детска хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по обща хирургия или клиника/отделение по ортопедия и травматология или клиника/отделение по съдова хирургия – III ниво или клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия, респ. по ортопедия и травматология, съдова хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- шестима с придобита медицинска специалност по хирургия.

или

- четирима лекари със специалност по ортопедия и травматология -в клиника/отделение по ортопедия и травматология

или двама лекари със специалност по съдова хирургия

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- петима лекари със специалност по детска хирургия; от тях трябва да има специалисти, притежаващи сертификат за лапароскопия, торакоскопия, бронхоскопия и горна ендоскопия.
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички операции на деца до 9 годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

За спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение при пациенти с:

1. некротичен фасциит;

2. гангрена на Фурние;

3. флегмон, засягащ повече от две анатомични зони;

4. некротизиращи мекотъканни и костни инфекции;

5. газ гангрена или газообразуващи инфекции;

6. постоперативни некротични инфекции, засягащи повече от две анатомични зони;

7. хирургичен сепсис от костен или ставен произход;

8. влажна диабетна гангрена с прогресивен ход, застрашаваща живота на болния.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 48 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Препоръчителните оперативни техники са следните:

При заболявания в острата фаза:

• Оперативното лечение е по екстремна спешност, с изключение на случаите изискващи спешни, животоспасяващи реанимационни мероприятия за подготовка на болния с оглед намаляване риска от оперативната интервенция. Оперативното лечение включва експлоративни лампазни инцизии със значителни размери, както в дължината си, така и в дълбочина, както и първични ампутации.

• Има места от тялото, където разрезът следва да се съобразява единствено с изискването за безкомпромисно отваряне на некротичният /инфектен/ процес. Следва да се извърши максимално позволяващата некректомия на некротичните и хиповитални тъкани, независимо от размера и биологичната стойност на засегнатите тъкани. Съществува правилото, че при тези некректомии никога не следва да се мисли как ще се затваря оперативната рана. Това е втори проблем при преживелите вече болни, който винаги има начин да бъде решен.

• При определени случаи, след добре обосновано и записано в ИЗ решение се решава като единствена животоспасяваща мярка да се извърши ампутация на крайник още при първичната операция. Решаващо е и общото състояние на болния.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативният период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

- Оперативното лечение се провежда паралелно с провеждане на интензивно лечение за стабилизация и поддържане на жизнените функции на организма.
- В процеса на лечението при необходимост се извършват етапни некректомии в достатъчен обем.
- При определени случаи, след добре обосновано и записано в ИЗ решение се решава като единствена животоспасяваща мярка да се извърши ампутация на крайник още при първичната операция. Решаващо е и общото състояние на болния.
- Решаващо е и общото състояние на болния.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването. Задължително се провежда антибиотичното лечение парентерално за поне пет денонощия.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Поставянето на окончателната диагноза при всичките заболявания е постоперативно и след хистологично изследване, по преценка. При острите случай най-често се изолира само некроза, от която се взема материал за микробиологично и по преценка хистологично изследване. Интраоперативно се установява степента на засягане и разпространение на инфектния процес, защото често пъти при външен оглед и включително рентгенографии не може със сигурност да се установи широчината и дълбочината на заангажираните в инфектния процес тъкани и степента на тяхната жизнеспособност.

Интраоперативно се взема материал за микробиологично изследване (аеробно и анаеробно). Хемокултури се вземат при положителен SIRS. В хода на лечението е задължително взимането най-малко на две хемокултури.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- липса на значими субективни оплаквания;
- изчезване на симптомите на интоксикацията;
- липса на активен хирургически проблем;
- коригирани стойности на кръвната захар на диабетика;
- поява на свежи гранулации, позволяващи лечение на болния извън специализирано лечебно заведение за активно лечение;
- липса на системен инфламаторен отговор;
- стабилна имобилизация на засегнатият крайник, при необходимост;
- размер на тъканните дефекти, позволяващи лечение извън лечебни заведения за активно лечение;
- рана без некротични тъкани, които да изискват спешно оперативно отстраняване

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и медицински стандарти: Хирургия, Детска хирургия, Ортопедия и травматология и Съдова хирургия.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ФЛЕГМОН - ФЛЕГМОНОЗНА РАНЕВА ИНФЕКЦИЯ

Флегмонозният възпалителен процес се характеризира с нагнояване. Той може да бъде първично остро гнойно хирургично заболяване (пиогенен флегмон) или да се развие при наличие на рана от различен характер като вторично заболяване (пиогенна ранева инфекция).

Флегмоните са по-тежка форма на гнойно-възпалителния процес. Характерно за тях е неограниченото разпространение на гнойната инфекция в междуклетъчното пространство.

Флегмонът може да се развие в различни тъкани и органи и съответно анатомичното му местонахождение носи наименованието си (субкутанен, субфасциален, интрамускулен, костномозъчен, парапроктален и др.). Особено динамично се развиват флегмоните в междутъканните и междуорганните пространства с рехава клетъчна тъкан. Затова особено опасни са медиастиналните, ретроперитонеалните флегмони и флегмоните на тазовата тъкан. Флегмонът може да засегне едновременно различни видове тъкани, свързани анатомично помежду си. Такива са флегмоните на коремната и гръдната стена, флегмонозният артрит и др.

Разпространението, динамиката на развитие на флегмона и тъканните поражения се обуславят от вирулентността на микробите, съпротивителните сили на организма и анатомичната структура и морфология.

Флегмонът е застрашаващо живота гнойно възпаление, особено когато се развива бурно в участъци, където не съществуват условия за ограничение (ретроперитонеален, тазов, медиастинален, субпекторален флегмон, флегмон на антебрахиума). Отначало клетъчно-тъканната ексудация е серозна и по-късно според причинителят придобива серозно-гноен и гноен характер, например при стафилококите.

Освен стафилококовия и стрептококовия флегмон редица особености притежават и флегмоните, причинени от Грам-негативни микропричинители, по-специално от E. coli и Bacteroides.

За тях е характерно нерядкото образуване на газ - "газообразуващ флегмон", който трябва да се разграничава от газовата гангрена. Газообразуването се среща и при путридната ранева инфекция.

Флегмонът е остро развиваща се гнойна инфекция, при която не винаги може да се установи веднага входната врата на инфекта. Но флегмоните са и форма на ранева инфекция, при която флегмонозното възпаление води началото си от раната (случайна, оперативна).

Известни са и флегмони, които протичат като първично хроничен възпалителен процес. Такъв е "дървеният" флегмон. Той започва без болка, без особена промяна на кожата. Манифестира се с един плътен инфилтрат, при който не се установява флуктуация. При инцизия се установява желеобразна промяна на тъканите при наличие на оскъдно количество мътен, беден на левкоцити ексудат. При този първично хроничен флегмон се касае за атенюирана, слабо вирулентна инфекция при добър имунен отговор. Нерядко "дървеният" флегмон е резултат на рано започнала интензивна ефикасна антибиотична терапия, която е спряла развитието на флегмона в инфилтративната му фаза и същевременно потиснала агресията на инфекта. Най-честата локализация на "дървения" флегмон е шийната област. Предполага се, че това са флегмони, които се причиняват от слабовирулентни микропричинители, изходящи от устната кухина и от фаринкса.

НЕКРОТИЗИРАЩ ФАСЦИИТ

Некротизиращият фасциит се характеризира с обширни некрози на повърхностни фасции с разпространение на процеса върху съседните тъкани под формата на целулит. Този остър процес първоначално не наподобава флегмона. Първично кожата е непроменена. Тя допълнително некротизира по пътя на тромбозиране на подкожната съдова система.

Целулитът се характеризира с оток и не рязко ограничено зачервяване на кожата. Причинява се от аеробни и по-рядко от анаеробни бактерии. Когато причинителят е хемолитичен стрептокок, целулитът почти се покрива с картината на стрептококовия флегмон.

Причинителите на некротизиращия фасциит са обикновено аеробни или факултативно анаеробни бактерии. Изолират се коли-бактерии, ентерококи стрептококи, стафилококи, протеус, псевдомонас аеругиноза, бактероидес, коринобактерии.

Некротизиращият фасциит най-често се среща като постоперативно усложнение на оперативните рани. Заболяването започва 2-ри - 4-ти ден след операцията, но кожните изменения се появяват между 5-ия и 12-ия ден.

Предпочитана локализация за спонтанно възникващия некротичен фасциит са перинеалната и парапрокталната области.

Първоначално в областта на раната измененията са незначителни. Те по-рано се появяват като подуване и зачервяване странично от раната. По-късно настъпва синкаво оцветяване на кожата с образуване на места на епидермални мехури и поява на некрози. При отстраняване на некрозите изтича мътен воднист ексудат и се вижда сивкаво оцветена помътняла фасция. Участието на фасцията в процеса е на по-голяма площ, отколкото това на кожата.

Ранна диагноза може да бъде поставена само при навременна ревизия на оперативната рана.

Гангрена на Fournier - *(синергетична гангрена, идиопатична гангрена, стрептококов целулит, некротизиращ перианален флегмон, некротизиращ флегмон на скротума)*

Става дума за остра флегмонозна некротична инфекция, протичаща под формата на мекотъканна гангрена, която засяга кожата, подкожни, фасциални и съединително-тъканни структури, а понякога и мускулната тъкан. Когато се говори за гангрена на Fournier, обикновено се има предвид гангрената на скротума и пениса.

Заболяването се наблюдава и при жени с локализация на големите устни на влагалището. Гангрената на Fournier е обикновено една остра инфекция, която се манифестира под формата на некротизиращ фасциит, некротизиращ целулит и рядко неклостридиална мионекроза. Най-вероятно некрозите са резултат на бактериалните токсини и на тромбозите на перфориращите фасциални съдове. Освен скротума и пениса, гангрената на Fournier се разпространява и засяга първично и други локализации. Най-често това са: перинеалната област, перианалната област, вътрешната повърхност на бедрата, ингвиналната област, предната коремна стена и др.

Предразполагащи и утежняващи фактори са напредналата възраст, диабета, имунната слабост, сърдечните, чернодробните и бъбречните заболявания.

Най-чести етиологични фактори са:

- остри парапроктални флегмони и абсцеси;
- перианални фистули;
- операции по повод на хемороиди;
- сондиране на пикочния мехур;
- травма на скротума;
- идиопатични.

Характерно за гангрената на Fournier е острото начало, бързото развитие и тежката интоксикация.

Диагнозата не е трудна, но е необходимо разпознаване на заболяването в началото му. От ранната диагноза и навреме приложеното лечение зависи по-нататъшното развитие и изход на заболяването.

Лечението е комплексно. Приоритет има оперативното лечение. То се състои в ранни инцизии, ексцизии, некректомии. Не рядко се налагат реоперации (ренекректомии) и интензивно антибио-тично лечение, насочено емпирично към аероб-анаеробна инфекция

ГАЗООБРАЗУВАЩ ФЛЕГМОН, ВЛАЖНА ДИАБЕТНА ГАНГРЕНА С ПРОГРЕСИРАЩ ХОД, ГАЗОВА ГАНГРЕНА (остър малигнен едем, анаеробна гангрена, газов оток, анаеробна мионекроза, газов целулит, бронзов еризипел)

Тези заболявания са едни от ~~е~~ най-тежките инфекции в хирургията . Причиняват се от микробни асоциации, и протичат остро, с тъканна некроза, газообразуване и тежка интоксикация от бактериалните токсини и продуктите от разпада на тъканите.

Основните причинители на газовата анаеробна инфекция са Грам-положителни, спорообразуващи, анаеробни пръчици. Те продуцират хемотоксини, които предизвикват некроза на съединителната и мускулната тъкан, водят до тромбози, хемолиза, поражение на миокарда, черния дроб и бъбреците и до тежки разстройства на циркулацията.

Инфекция с чист анаероб на практика не се среща. Обикновено се касае за бактериални асоциации, в които нерядко освен анаеробните участвуват и пиогенни, и путридни микропричинители. Бактериологичните асоциации усилват патогенните свойства на отделните анаеробни и аеробни микроби. Участието на повече видове бактерии води до по-тежки инфекции.

Възникването на инфекциите се обуславя от съчетанието на различни фактори, като наличие на анаеробни микроби, нараняване, травматично увреждане на тъкани, захарен диабет с неговите усложнения, исхемия на тъканите, наличие на некротични участъци, условия за развитие на анаеробна инфекция при неправилна хирургична обработка и херметично зашиване на раната, и предразполагащи моменти от страна на макроорганизма.

Предразполагащи моменти за газова инфекция са дълбоките, предимно мускулни контузни рани и особено нараняванията с малки външни отвори, замърсяването с пръст, тор, части от облекло, недостатъчната имобилизация, нецелесъобразният транспорт, изстудяването и др.

Предразполагащи фактори от общ характер са захарен диабет с неговите усложнения, затлъстяване, травматичният шок, хиповолемията, кръвоизливната анемия, хипоксемията на тъканите, нервно-психичното изтощение, гладът и др. Газовата гангрена е предимно мускулна анаеробна инфекция. Развива се най-често в раните на бедрото, седалищния и раменния пояс и много рядко в раните на лицето.

Токсините на тези бактерии предизвикват хемолиза, некроза на мускулната и съединителната тъкан и срив на циркулацията.

Клиничната картина е резултат от локалните и общите симптоми. Те са различни в зависимост от характера на травмата, преобладаващия вид на анаеробната инфекция, вирулентността й, обширността на разпространението, придружаващите травмата състояния (шок, кръвозагуба и др.) и съпротивителните сили на организма.

В зависимост от вида на инфекцията и съответните комбинации на микробите в локалната находка преобладават газообразуване оток, некроза или гнилостен процес.

Общите симптоми са тежки и се развиват динамично и бързо И тук съобразно инфекцията и характера на травмата съществуват известни различия.

За началото на газовата инфекция е характерна внезапна поява на остра, силна, разпъваща болка в областта на раната, която се разпространява паралелно с отока, настъпва рязко влошаване на общото състояние като израз на крайно тежката интоксикация. Температурата отначало е в рамките на нормата или субфебрилна, след което бързо се повишава до 38-39°С. Пулсът и дишането силно се ускоряват. Нерядко едно от първите оплаквания е усещането за стягане на превръзката. Често болните изпадат в състояние на септичен шок. Нелекувани в продължение на 1-2 дни, умират от явления на екстремна интоксикация и циркулаторен колапс.

Решаващо значение за клостридиалната анаеробна инфекция има профилактиката. Тя включва комплекс от мероприятия, отнасящи се до навременна първична хирургична обработка, борбата с травматичния шок и кръвозагубата, задължителната имоболизация и др.

Първичната хирургична обработка трябва да бъде радикална, като при показание раната се оставя отворена. Огнестрелни наранявания и замърсени транспортни травми налагат извършване на хирургичната обработка на раната без поставяне на първичен шев. На раната трябва да се осигури добра аерация чрез характерна за тази цел превръзка.

Лечение.

То е комплексно:

Хирургично - оперативна санация на раната и на засегнатите от газовата инфекция тъкани.

Антибактериална терапия.

Корекция на настъпилите изменения във функциите на жизнено важни системи и органи.

Оперативните намеси се извършват по спешни показания.

При изписването Ви лекуващия екип ще издаде заключителна епикриза, която обхваща всички диагностични и лечебни процедури през време на престоя Ви, както и мнение за последващия хигиенно-диетичен режим и медикаментозно лечение при необходимост.

Информация за Вашето състояние ще бъде давана само на Ваши близки и роднини по пряка линия, освен ако Вие изрично не пожелаете друго.

Благодарим Ви за внимателното прочитане на тази информация!

КП № 199.1 ЛЕЧЕНИЕ НА ТУМОРИ НА КОЖА И ЛИГАВИЦИ - ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ НОВООБРАЗУВАНИЯ

1. Минимален болничен престой 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за ексцизия на лимфен възел от аксила

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на лезия на гърда (31500-00, 31515-00 [1744])
• мастектомия (виж блокове [1747] и [1748])

30336-00 Радикална ексцизия на лимфни възли на аксила
Цялостно изчистване на всички аксиларни възли
Ниво II или III ексцизия на аксиларни лимфни възли
Средна или висока аксиларна дисекция или инцизия
Забележка: Ниво II включва аксиларното съдържание до горната граница на пекторалис минор
Ниво III включва аксиларно съдържание, достигащо до върха на аксилата
Не включва: сентинелна лимфна биопсия или ексцизия (30300-00 [808])

Ексцизионни процедури на лимфни възли в слабините

Ексцизия на ингвинални лимфни възли

30329-00 Ексцизия на лимфни възли на слабините
Тотална (обикновена) ексцизия на лимфни възли на слабините

30329-01 Регионална ексцизия на лимфните възли на слабините
Ограничена ексцизия на лимфни възли на слабините
Регионална лимфна ексцизия с ексцизия на лимфо-дренажна зона, включваща кожа, подкожни тъкани и мастна тъкан

30330-00 Радикална ексцизия на лимфни възли в слабините
Цялостно изчистване на всички слабинни възли
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускули и фасция

Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места

Не включва: хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])

90282-00 Ексцизия на лимфен възел на друго място
Тотална (обикновена) ексцизия на лимфни възли на друго място БДУ
Не включва: при стадиране на малигнизиране:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфом (30384-00 [985])
• БДУ (35726-01 [985])

90282-01 Регионална ексцизия на лимфен възел на друго място
Ограничена ексцизия на лимфни възли на друго място БДУ
Регионална лимфна ексцизия с ексцизия на лимфо-дренажната зона включваща кожа, подкожни тъкани и мастна тъкан
Не включва: при стадиране на малигнизиране:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфома (30384-00 [985])
• БДУ (35726-01 [985])

90282-02 Радикална ексцизия на лимфен възел на друго място
Цялостно изчистване на всички възли на друго място
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускул и фасция

	Не включва: при стадиране на малигнизиране: • гинекологично (35723 [810]) • лимфом (30384-00 [985] • БДУ (35726-01 [985]) това на тазови лимфни възли при: • гинекологична неоплазма (35551 [810]) • хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269]) • радикална простатектомия и реконструкция на мехурна шиика (37211-00 [1167])
Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки	
31340-00	Ексцизия на мускул, кост или хрущял, ангажирани с кожна лезия *Кодирай първо:* • ексцизия на кожна лезия (31205, 31230, 31235 [1620])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум четири диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Задължителна диагностична процедура е хистологичното изследване от рубриките с код (91914-00 Хистобиопсично изследване на две или повече проби от лимфен възел**)** или (91914-11 Хистобиопсично изследване на две или повече проби от кожа и/или кожни лезии).

Съгласно Приложение към Наредбата към чл. 45 от Закона за здравното осигуряване, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение), са:

Пакет **Кожно – венерически болести** (Отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“, „Диагностика и лечение на еритродермии“, „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“, комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания и клинични пътеки „Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен“, „Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем“, „Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити“, „Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин“, „Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания“ и „Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания“).

Договор за КП или АПр от пакет за комплексно лечение на Кожно – венерически болести могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Кожни и венерически болести", осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести" като при изпълнение на оперативни дейности се спазват специфичните изискванията на медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия" от обхвата на медицинската специалност „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по дерматология или Клиника/отделение по пластично-възстановителна и естетична хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия, респ. по дерматология.

Изискванията за структура ОАИЛ/КАИЛ са съгласно стандарта по Анестезиология и интензивно лечение.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия

или

шест лекари с призната специалност по кожни и венерически болести

и/или

минимум двама с призната специалност пластично-възстановителна и естетична хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия

или

- шест лекари със специалност по дерматология

или

минимум двама с призната специалност пластично-възстановителна и естетична хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по образна диагностика.

За деца до 9-годишна възраст с новообразувания на кожа и лигавици процедурите се извършват в условията на обща анестезия и изискват следоперативно проследяване и наблюдение.

Всички операции на деца до 9-годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на:

1. пациенти, подлежащи на хирургично лечение с решение на клинична онкологична комисия, класифицирани по TNM системата като T1-2, N0, M0, без наличие на регионални или отдалечени метастази, лекувани или не преди това с лъчелечение/химиотерапия или подлежащи на такова следоперативно;

2. пациенти с напреднали туморни процеси (T3 N0 M0, T4 N0 M0) и/или при наличие на метастази;

5Б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на пациента в лечебното заведение и определяне на клиничния му статус и стадиране на туморния процес, се извършва:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания в първите 24 часа от хоспитализацията.

2. Образни изследвания - за определяне обема и разпространението на онкологичното заболяване (рентген, ехография, магнитнорезонансна томография и други) - до 48 часа от началото на хоспитализацията.

Лечение

Провежда се ексцизия на тумора с достатъчна защитна зона от клинично здрави тъкани, чиито размер зависи от обема и вида на първичния тумор.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

При невъзможно първично затваряне на оперативната рана, е необходимо реконструктивно възстановяване на кожния дефект.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя след хистологично изследване и патоморфологична диагноза на тумора, с посочване степента на малигненост.

Определя се клиничният стадий на онкологичното заболяване по TNM системата, съгласно медицински стандарти по онкология.

При хистологичното потвърждаване на злокачественото заболяване се изпраща “Бързо известие” за онкологично болен в съответния диспансер за онкологични заболявания по постоянно местоживеене на пациента.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

1. първично (вторично) зарастваща оперативна рана, неизискваща ежедневно третиране в болнични условия;

2. липса на фебрилитет през последните 24 часа;

3. липса на значими субективни оплаквания.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Както във всички други органи, така и в кожата се развиват онкологични новообразувания. Те имат тенденция да нарастват. Злокачествените новообразувания могат да проникват в съседни органи като ги разрушават, а клетки от тумора могат да се разпространят (метастазират) по кръвните и лимфните съдове в други органи.

Онкологичното новообразувание най-често се развива под формата на подутина или незарастваща рана (язва). Когато при прегледа има съмнение за него, обикновено се налагат някои изследвания, необходими за поставяне на точната диагноза, от която зависи и методът на лечение.

Злокачествените онкологични новообразувания налагат незабавно и радикално хирургично лечение, когато това е възможно. Злокачественото новообразувание е заболяване, което крие реален риск от разсейки (метастази) в близките лимфни възли, а също и в някои органи, например бели дробове, кости, черен дроб и др. Лечението в такъв напреднал етап от болестта е много трудно. Затова оперативната намеса е по - сполучлива, когато се прави във възможно най - ранен стадий на болестта. При операцията (под обща или локална упойка) се налага да бъде изрязана заедно с тумора и част от съседната здрава тъкан, която огражда туморния процес. Полученият дефект след изрязване на тумора може да се коригира чрез пластична операция - или едномоментно или след изчакване на определен период от време. Понякога се прави и премахване на близките лимфни възли, засегнати от туморния процес. Понякога се налага и облъчване на оперативното поле (преди или след операцията). След оперативната намеса може да се развият козметични и функционални нарушения, но обикновено след няколко месеца дефектите се възстановяват до голяма степен в зависимост от обема на изрязаната тъкан. След изписването пациентите подлежат на контролен преглед или се насочват за провеждане на следоперативно лечение, след което се поемат за наблюдение в диспансера за онкологични заболявания по местоживеене.

Най-важно значение за поставяне на диагнозата има микроскопското изследване на туморната тъкан. За целта понякога се изрязва предварително част от тумора, която се изследва микроскопски. Тази манипулация се нарича вземане на биопсия.

След получаване на резултата от изследването се определят начинът на лечение и обемът на операцията.

Прогнозата и възможностите за лечение зависят от вида на тумора и степента на неговото разпространение, което е от особено значение.

Разпространеност на процеса – "стадиране"

Когато е открито (диагностицирано) онкологично новообразувание, е необходимо да се определи дали туморните клетки са се разпространили и в други части на тялото, т.е. да се определи стадият на заболяването, което ще позволи ефективно планиране на бъдещото лечение.

За рецидив говорим, когато имаме отново поява на тумор, след като вече е бил лекуван.

Преглед на възможностите за лечение

Целта на лечението е да се унищожат туморните клетки. Възможностите за това са няколко:

- ***хирургично лечение*** – "изрязване" на тумора;

- ***лъчева терапия*** – използват се рентгенови или други лъчи с висока енергия за унищожаване на туморните клетки;

- ***химиотерапия*** – използват се медикаменти за убиване на туморните клетки.

Хирургичното лечение е най-често използваното лечение при всички стадии на заболяването. То винаги трябва да бъде радикално, т.е., стремежът е да бъдат премахнати всички туморни клетки, защото тези които остават след операцията дават начало на развитие на нов тумор.

Туморът "просмуква" (инфилтрира) в здравата тъкан, като я разрушава и туморните клетки могат да се разпространят по лимфните или кръвоносните съдове в други органи, където дават начало на нови тумори. Затова е важно туморът да бъде открит още в началото на неговото появяване, за да може хирургичното лечение да е ефективно.

Облъчването може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото (тумора), посредством пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия).

Различните видове тумори имат различна чувствителност към радиоактивните лъчи. Лъчевата терапия може да бъде използвана самостоятелно или в комбинация с хирургично лечение. Ако е премахнат целия видим тумор по време на операцията, лекарят може да приложи лъчетерапия за да убие клетките, останали невидими след операцията.

Химиотерапията използва специални лекарства за убиване на туморните клетки. Тези лекарства (химиотерапевтици) могат да бъдат таблети или разтвори, които се прилагат венозно. Химиотерапевтиците, постъпвайки в кръвообращението, преминават през цялото тяло и могат да унищожат туморни клетки извън първичното огнище.

Химиотерапията рядко се използва като самостоятелно лечение, а обикновено се прилага в комбинация с някои от другите методи.

Имунотерапията се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с тумора. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатория, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват тумора.

КП № 199.2 ЛЕЧЕНИЕ НА ТУМОРИ НА КОЖА И ЛИГАВИЦИ - ДОБРОКАЧЕСТВЕНИ НОВООБРАЗУВАНИЯ

1. Минимален болничен престой 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Процедури за ексцизия на лимфен възел от аксила

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на лезия на гърда (31500-00, 31515-00 [1744])
• мастектомия (виж блокове [1747] и [1748])

30336-00 Радикална ексцизия на лимфни възли на аксила
Цялостно изчистване на всички аксиларни възли
Ниво II или III ексцизия на аксиларни лимфни възли
Средна или висока аксиларна дисекция или инцизия
Забележка: Ниво II включва аксиларното съдържание до горната граница на пекторалис минор
Ниво III включва аксиларно съдържание, достигащо до върха на аксилата
Не включва: сентинелна лимфна биопсия или ексцизия (30300-00 [808])

Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места

Не включва: хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])

90282-02 Радикална ексцизия на лимфен възел на друго място
Цялостно изчистване на всички възли на друго място
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускул и фасция
Не включва: при стадиране на малигнизиране:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфом (30384-00 [985]
• БДУ (35726-01 [985])
това на тазови лимфни възли при:
• гинекологична неоплазма (35551 [810])
• хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269])
• радикална простатектомия и реконструкция на мехурна шиика (37211-00 [1167])

Ексцизионни процедури на лимфни възли в слабините

Ексцизия на ингвинални лимфни възли

30329-00 Ексцизия на лимфни възли на слабините
Тотална (обикновена) ексцизия на лимфни възли на слабините

30329-01 Регионална ексцизия на лимфните възли на слабините
Ограничена ексцизия на лимфни възли на слабините
Регионална лимфна ексцизия с ексцизия на лимфо-дренажна зона, включваща кожа, подкожни тъкани и мастна тъкан

30330-00 Радикална ексцизия на лимфни възли в слабините
Цялостно изчистване на всички слабинни възли
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускули и фасция

Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места

Не включва: хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])

90282-00 Ексцизия на лимфен възел на друго място
Тотална (обикновена) ексцизия на лимфни възли на друго място БДУ

Не включва: при стадиране на малигнизиране:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфом (30384-00 [985])
• БДУ (35726-01 [985])

90282-01 Регионална ексцизия на лимфен възел на друго място
Ограничена ексцизия на лимфни възли на друго място БДУ
Регионална лимфна ексцизия с ексцизия на лимфо-дренажната зона включваща кожа, подкожни тъкани и мастна тъкан

Не включва: при стадиране на малигнизиране:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфома (30384-00 [985])
• БДУ (35726-01 [985])

90282-02 Радикална ексцизия на лимфен възел на друго място
Цялостно изчистване на всички възли на друго място
Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускул и фасция

Не включва: при стадиране на малигнизиране:
• гинекологично (35723 [810])
• лимфом (30384-00 [985]
• БДУ (35726-01 [985])
това на тазови лимфни възли при:
• гинекологична неоплазма (35551 [810])
• хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269])
• радикална простатектомия и реконструкция на мехурна шиика (37211-00 [1167])

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

31340-00 Ексцизия на мускул, кост или хрущял, ангажирани с кожна лезия
Кодирай първо:
• ексцизия на кожна лезия (31205, 31230, 31235 [1620])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум четири диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21** и насочени към основната диагноза.

Задължителна диагностична процедура е хистологичното изследване от рубриките с код (91914-00 Хистобиопсично изследване на две или повече проби от лимфен възел**)** или (91914-11 Хистобиопсично изследване на две или повече проби от кожа и/или кожни лезии).

При пациенти над 18 год. възраст се изисква резултат от хистологично изследване и размер на новообразуването не по-малък от 4 см.

Съгласно Приложение към Наредбата към чл. 45 от Закона за здравното осигуряване, заболявания, за които се осигурява комплексно лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) са:

Пакет **Кожно – венерически болести** (Отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Лечение на тежкопротичащи форми на псориазис“, „Диагностика и лечение на еритродермии“, „Амбулаторно лечение и контрол на гноен хидраденит“, комплексното диспансерно (амбулаторно) наблюдение на лица с кожно-венерически заболявания и клинични пътеки „Диагностика и лечение на тежкопротичащи булозни дерматози“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи бактериални инфекции на кожата“, „Диагностика и лечение на тежкопротичащи форми на псориазис – обикновен, артропатичен, пустулозен и еритродермичен“, „Диагностика и лечение на островъзникнали и тежкопротичащи еритродермии с генерализиран екзантем“, „Лечение на кожни прояви при съединителнотъканни заболявания и васкулити“, „Лечение на сифилис при бременни жени и при малигнени форми (на вторичен и третичен сифилис) с кристален пеницилин“, „Лечение на тумори на кожа и лигавици – злокачествени новообразувания“ и „Лечение на тумори на кожа и лигавици – доброкачествени новообразувания“).

Договор за КП или АПр от пакет за комплексно лечение на Кожно – венерически болести могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Кожни и венерически болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кожни и венерически болести" като при изпълнение на оперативни дейности се спазват специфичните изисквания изискванията на медицински стандарт "Хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Детска хирургия"; от обхвата на медицинската специалност „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“ .

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура

1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по дерматология или Клиника/отделение по пластично-възстановителна и естетична хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия, респ. по дерматология.

Изискванията за структура ОАИЛ/КАИЛ са съгласно стандарта по Анестезиология и интензивно лечение.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия

или

минимум двама с призната специалност по кожни и венерически болести

и/или

минимум двама с призната специалност пластично-възстановителна и естетична хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия

или

- лекари със специалност по дерматология

или

минимум двама с призната специалност пластично-възстановителна и естетична хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по образна диагностика.

За деца до 9-годишна възраст с новообразувания на кожа и лигавици процедурите се извършват в условията на обща анестезия и изискват следоперативно проследяване и наблюдение.

Всички операции на деца до 9-годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на:

1.1. пациенти над 18 години с доброкачествени новообразувания - хемангиом, лимфангиом, атером, фибром, липом, хигром с размер на новообразуването не по-малък от 4 см.;

1.2. деца до 18 години с доброкачествени новообразувания - хемангиом, лимфангиом, атером, фибром, липом, хигром;

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на пациента в лечебното заведение се извършва:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания в първите 24 часа от хоспитализацията.

2. Образни изследвания (рентген, ехография, магнитнорезонансна томография и други) - до 48 часа от началото на хоспитализацията.

Лечение

Оперативно.

При необходимост се прилагат локални хемостатици.

При невъзможно първично затваряне на оперативната рана, е необходимо реконструктивно възстановяване на кожния дефект.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя след хистологично изследване и патоморфологична диагноза на новообразуването

При пациенти над 18 год. възраст за доброкачествените новообразувания се изисква резултат от хистологично изследване, доказващ следните диагнози: хемангиом, лимфангиом, атером, фибром, липом, хигром с размер на новообразуването не по-малък от 4 см.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

1. първично (вторично) зарастваща оперативна рана, неизискваща ежедневно третиране в болнични условия;

2. липса на фебрилитет през последните 24 часа;

3. липса на значими субективни оплаквания.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ) .

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Доброкачествените новообразувания са ограничени от околната тъкан, понякога с капсула. Обикновено в началото са малки, но с течение на времето могат да достигнат значителни размери. При нарастване притискат съседни органи, нерви и кръвоносни съдове, с което предизвикват болка, нарушение във функцията, податливи са на възпалителни усложнения, наранявания и кръвотечения.

КП № 200 РЕКОНСТРУКТИВНИ ОПЕРАЦИИ НА ГЪРДАТА ПО МЕДИЦИНСКИ ПОКАЗАНИЯ СЛЕД ДОБРОКАЧЕСТВЕНИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ, ВРОДЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И ПОСЛЕДИЦИ ОТ ТРАВМИ И ИЗГАРЯНИЯ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Редукционна мамопластика

45522-00 Редукционна мамопластика, едностранно

Редукционна мамопластика

45522-01 Редукционна мамопластика, двустранно

Подкожна мастектомия

Ексцизия на гръдна тъкан със запазване на кожа и зърно
Включва: такава с или без гефрир
Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на аксиларни лимфни възли (30300-00, 30332-00, 30335-00, 30336-00 [808])
• имплантиране на протеза (45527 [1753])

31524-00 Подкожна мастектомия, едностранна

Увеличаваща мамопластика

Включва: поставяне на протеза
Не включва: такава чрез инжектиране (90723 [1741])

45524-00 Уголемяваща мамопластика, едностранно

45527-00 Уголемяваща мамопластика след мастектомия, едностранно

Подкожна мастектомия

Ексцизия на гръдна тъкан със запазване на кожа и зърно
Включва: такава с или без гефрир
Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на аксиларни лимфни възли (30300-00, 30332-00, 30335-00, 30336-00 [808])
• имплантиране на протеза (45527 [1753])

31524-01 Подкожна мастектомия, двустранна

Увеличаваща мамопластика

Включва: поставяне на протеза
Не включва: такава чрез инжектиране (90723 [1741])

45528-00 Уголемяваща мамопластика, двустранна

45527-01 Уголемяваща мамопластика след мастектомия, двустранно

Увеличаваща мамопластика

Включва: поставяне на протеза
Не включва: такава чрез инжектиране (90723 [1741])

45524-00 Уголемяваща мамопластика, едностранно

Други възстановителни процедури на гърда

45556-00 Мастопексия
Изпълнена за корекция при птоза на гърда

Реконструктивни процедури на гърда

45530-02 Реконструкция на гърда с ламбо

Включва: дълбока долна епигастрална:
- артерия [DIEA] }
- перфоратор [DIEP] }

свободно транс ректус абдоминис миокутанно [TRAM] }
долна глутеална артерия }
миокутанно } ламбо
оментално }
педикуларно }
подкожни тъкани и мазнина }
горна глутеална артерия }
възстановяване на вторичен кожен дефект с шев

Кодирай също когато е направено:
- поставяне на протеза (45527 [1753])
- микрохирургична анастомоза на кръвоносни съдове (виж блок [1695])
- възстановяване на нерв (39300-00, 39306-00, 39315-00, 39318-00 [83])
- реконструкция на ареола и зърно (45545 [1757])
- възстановяване на вторичен дефект:
- коремна стена (мускули) (30403-05 [1000])
- чрез графт (виж азбучен индекс: Графт, по локализация или вид)
- мускул, с ламбо (45009-01 [1672])
- некожна, чрез шев (виж азбучен индекс: Шев, по локализация)

Реконструктивни процедури на гърда

45539-00 Реконструкция на гърда с поставяне на тъканен експандер

45533-00 Реконструкция на гърда с използване на разделяща гръдна техника, първи етап

Включва: намаляване на гърда
отделяне на кожен графт към краче на ламбо
тъканно ламбо
трансфер на комплекс кожа и гърда

45536-00 Реконструкция на гърда с използване на разделяща гръдна техника, втори етап

Включва: затваряне на донорско място
отделяне на краче
вместване на гръдно ламбо

Реконструктивни процедури на гърда, зърно и ареола

Включва: ламбо
графт

Не включва: такава с редукционна мамопластика (45520-02, 45520-03 [1754])

45545-00 Реконструкция на зърно

Включва: възстановяване
транспозиция

Увеличаваща мамопластика

Включва: поставяне на протеза

Не включва: такава чрез инжектиране (90723 [1741])

45527-00 Уголемяваща мамопластика след мастектомия, едностранно

Реконструктивни процедури на гърда

45530-02 Реконструкция на гърда с ламбо

Реконструктивни процедури на гърда, зърно и ареола

Включва: ламбо
графт

Не включва: такава с редукционна мамопластика (45520-02, 45520-03 [1754])

45545-00 Реконструкция на зърно

Включва: възстановяване
транспозиция

45545-01 Реконструкция на ареола

45545-02 Реконструкция на зърно и ареола

Процедури включващи отстраняване или приспособяване на гръдна протеза или тъканен пълнител

45551-00 Премахване на гръдна протеза с ексцизия на фиброзна капсула

Процедури включващи отстраняване или приспособяване на гръдна протеза или тъканен пълнител

45548-00 Премахване на гръдна протеза

Реконструктивни процедури на гърда

45539-00 Реконструкция на гърда с поставяне на тъканен експандер

Процедури включващи отстраняване или приспособяване на гръдна протеза или тъканен пълнител

45542-00 Премахване на тъканен експандер от гърда и поставяне на постоянна протеза

Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45200-00 Локално кожно ламбо на друго място
Локално кожно ламбо БДУ

Миокутанно платно

Ламбо от смесена тъкан (кожа и подкожна тъкан/мускул /фасция), със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място в близост до дефекта и трансферирано на реципиентно място

Включва: фасциомиокутанно ламбо

Не включва: миокутанно ламбо:
• свободно (виж блок [1674])
• остров (виж блок [1673])
това при реконструкция на гърда (45530-02 [1756])

45015-01 Отложено миокутанно ламбо

Ламбо, частично повдигнато на донорското място, с отложен трансфер за по-късен оперативен епизод, за подобряване на кръвоснабдяването на ламбото

45003-01 Миокутанно ламбо

Островно ламбо

Ламбо, използващо трансферирана тъкан, напълно отделена от околните тъкани и основата, с изключение на краче, съдържащо артерии и вени. Тъканта е тунелирана под кожата и прехвърлена на реципиентното място (с краче оставащо под кожата и прикрепено към донорското място)

Включва: фасциокутанно
фасциомиокутанно } островно ламбо
мускулно }
миокутанно }

Не включва: свободно ламбо (виж блок [1674])
това при реконструкция на гърда (45530-02 [1756])

45563-00 Островно ламбо на съдово краче
Неинервирано островно ламбо

Не включва: такава за транспозиция пръст на ръка (46507-00 [1467])

Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45206-05 Локално кожно ламбо на ръка

Включва: китка

Не включва: такова при контрактура на Дюпюитрен (46384-00 [1467])
такова на:
• само пръст (45206-07 [1651])
• само палец (45206-06 [1651])

Ревизия на кожно ламбо

Включва: такава чрез липосукция

45239-00 Ревизия на локално кожно ламбо

Не включва: ревизия на ламбо при възстановяване на назална фистула (45714 [1680])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени една основна оперативна процедура и три основни диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21 и насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Пластично-възстановителна и естетична хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пластично-възстановителна и естетична хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия" и специфичните изисквания на медицински стандарт "Пластично-възстановителна и естетична хирургия" при лечение на пациенти с цикатрикси, предизвикващи деформации следствие на прекарани травми, изгаряния и оперативни намеси в миналото.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по пластична и естетична хирургия или Клиника/отделение по хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Образна диагностика
5. Клинична лаборатория II ниво

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по пластична и естетична хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория на територията на областта

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари със специалност по пластична хирургия
  или
  четирима лекари със специалност хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари със специалност по пластична хирургия
  и/или детска хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение на пациенти с:

1. вродени малформации - липсата на зърно; липсата на гърда; тежка асиметрия на двете млечни жлези със или без липсата на мускул пекторалис майор; със или без деформация на гръдната стена; тубуларна гърда;

2. състояние след туморектомия, квадрантектомия;

3. състояние след модифицирана или радикална или skin - sparing мастектомия;

4. деформация на ареоло-мамиларния комплекс или на млечните жлези след травми, изгаряния или предшествуващи оперативни интервенции на гръдната стена, извършвани в детска възраст;

5. мекотъканни дефекти на гръдната стена след лъчетерапия;

6. симетризация на гърдите след реконструкция;

7. цикатрикси, предизвикващи деформации следствие на прекарани травми, изгаряния и оперативни намеси в миналото.

8. едноетапна мамектомия с реконструктивна операция на една или две млечни жлези при пациенти:

- с хистологично доказани злокачествени новообразувания на гърдата и решение на клинична онкологична комисия за провеждане на едноетапна мамектомия с реконструктивна операция;

- при които в хода на оперативната интервенция е установено злокачествено новообразувание на гърдата, доказано с хистологично изследване;

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. В случай, че ЛЗ назначава образни изследвания те се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

При вродените малформации лечението е многоетапно и би могло да включва: местна пластика, свободна кожна пластика, използуване на педикулизирани миокутанни ламба или свободни такива, редукционна или аугментационна мамапластика, липосукция, татуиране на ареоло-мамиларни комплекс.

Реконструкцията на гърдата се извършва многоетапно в зависимост от обема на деформацията или дефекта. Последователността на етапите е по преценка на пластичния хирург.

I етап - реконструкция на гърда (експандер техника, имплантанти с педикулизирани ламба, със свободни ламба – кожно – мускулни ламба, перфоративни ламба, с използване на техника на микросъдова основа;

II етап – реконструкция на ареоломамиларния комплекс;

III етап – симетризация;

IV етап - корекция на цикатрикси (при нужда).

При едномоментната реконструкция на гърдата лечението се състои в модифицирана, радикална или skin – sparing мастектомия, аксиларна дисекция и реконструкция на отстранената гърда или чрез експандер – протеза, или чрез педикулизирана ламба от мускул ректус абдоминис – TRAM или мускул латисимус дорзи; или пък свободни миокутанни или перфоративни ламба – SGPF, IGPF, ламбо на Рубенс – I етап. На II етап се постига симетризация на двете гърди и ареоло – мамилерна реконструкция.

Лечението при нужда включва: лъчетерапия, химиотерапия.

При отложените реконструкции принципите на лечение са аналогични на така описаните по горе, като отпадат мастектомията, аксиларната дисекция и адюватната химео- и лъчетерапия. Лечението е също многоетапно.

При всички реконструктивни интервенции се провежда антибиотично лечение – по преценка. Включват се аналгетици, вазодилататори, антикоагуланти и др.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя на базата на оперативната диагноза, данните от лабораторните и инструменталните методи – хистологично изследване, ехо- /мамография и други.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- за пациенти с доброкачествени тумори - след отзвучаване на болките и липса на данни за хематом в оперативната рана до 24-ия час;

- за пациенти с вродени малформации - след отзвучаване на острите болки, при липса на данни за хематом или съмнения за жизнеността на ламбата;

- за пациенти с отложени или едномоментни реконструкции - при данни за преживяло ламбо и снети редон дренажи;

- за пациенти с едноетапна мамектомия с реконструктивна операция на една или две млечни жлези – при положителен резултат от хистологично изследване, проведено преди или по време на оперативната интервенция, и насочване към клинична онкологична комисия в случаите, при които в хода на оперативната интервенция е установено злокачествено новообразувание на гърдата, доказано с хистологично изследване.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

РЕКОНСТРУКТИВНИ ОПЕРАЦИИ НА ЖЕНСКАТА ГЪРДА ПО МЕДИЦИНСКИ ПОКАЗАНИЯ СЛЕД ДОБРОКАЧЕСТВЕНИ И ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ И ВРОДЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Доброкачествените тумори са често заболяване на млечната жлеза. Те се установяват клинически както при профилактични прегледи, така и при самоизследване на гърдата. При клинични данни за тумор на млечната жлеза следва да се направи задължително ренгенологично изследване – мамография. Диагнозата доброкачествен тумор може да бъде обективизирана и посредством ехография и тънкоиглена аспирационна биопсия.

Като болестен процес те са благоприятни. Стуктурата на тъканта, която ги изгражда повтаря строежа на здравата тъкан, без прояви на злокачествен растеж. Доброкачествените тумори не инфилтрират околните тъкани, тяхната експанзия в съседство се проявява само като притискане и изместване на околните структури, те не метастазират и рядко рецидивират.

Лечението на доброкачествените тумори е хирургично, като се състои в отстраняване на тумора, възможно най-щадящо околните тъкани. Достатъчният обем на операция се определя с термина ***туморектомия*** или ***лъмпектомия***, с които понятия се означава отстраняването на тумора във видимите му граници. При някои форми на нодозна мастопатия е по-удачно да се увеличи обема на операция до ***секторална резекция*** или ***квадрантектомия***, което означава да се отстрани сектор или квадрант от млечната жлеза до гръдната фасция, най-вече поради множественост на промените в отстранявания сектор или квадрант на жлезата.

След отстраняване на тумора оперативният препарат незабавно се изпраща за срочно хистологично изследване, посредством което окончателно се установява, че наистина се касае за доброкачествен тумор на млечната жлеза, с което лечението е завършено.

Ако хистологичното изследване установи, че се касае за друг вид тумор на млечната жлеза, различен от доброкачествен, се преминава към по-голям обем операция по отношение на гърдата, в съчетание с отстраняване на лимфните възли на подмишничната ямка.

Корекцията на кожния разрез и покриването на оперативния дефект на мястото на отстранения доброкачествен тумор се извършва пластично, като се използват околни тъкани.

За реконструкция на цялата млечна жлеза след мастектомия се прилагат две групи методи. Първата група използва изкуствени имплантанти, докато втората група методи използва собствени тъкани на пациента за постигане на пластичния ефект.

В последните години при пациентки, при които ракът на гърдата налага, или самите те предпочитат, мастектомия с последваща реконструкция, предпочитание се отдава на подкожната мастектомия с едномоментна реконструкция. Операцията се състои в инцизия около ареолата и ексцизия на кожния цикатрикс от вероятно предшестваща биопсия. Обикновено през този оперативен разрез се извършва и аксиларната лимфна дисекция. Едномоментно се пристъпва към реконструктивния етап на операцията, като се поставя силиконова протеза на мястото на отстранената гърда, или се използват собствени тъкани, с които се запълва тъканния дефект. И в двата случая със съхранената кожа се покрива новооформената гърда.

Когато след мастектомията остане недостатъчно кожа, с която да се покрие импланта, се прилага двуетапен метод на реконструкция. На първия етап се поставя тъканен експандер под големия гръден мускул. Експандера представлява кух силиконов диск с тръбичка, която се поставя по време на операцията през кожата. На тази тръбичка има накрайник, през който със спринцовка се въвежда серум, като посредством него обема на експандера се увеличава. При постепенното увеличаване на експандера кожата се разтяга постепенно, до степен, така че да покрие новомоделирания обем на гърдата. При достигане на желаната големина на гърдата, следва поставяне на съответния номер силиконова протеза на мястото на експандера под големия гръден мускул.

Ако се използват собствени тъкани, се оформя ламбо от широкия гръбен мускул на страната на реконструираната гърда, или от правия коремен мускул от същата или противоположната страна. Тези ламба (т.нар. *педикулизирани миокутанни ламба)* се оформят със запазване на кръвоснабдяването им, което ги прави по-жизнени и позволява да са по-големи по обем.

Наред с метода на ламбата «на краче», се използват и *свободни кожно-мускулни ламба*, при които не се запазва кръвоснабдяването от мястото на вземане, което има предимството това ламбо да се взема при необходимост от по-далечно място.

При отложените реконструкции пластичното възстановяване на гърдата се извършва двуетапно или триетапно, в зависимост от естеството на дефекта, състоянието на тъканите предвиждани за пластика, прилагана ли е лъчетерапия след модифицирана или радикална мастектомия.

Тези типове пластично-реконструктивни операции се прилагат не само при възстановяване след операции на гърдата, но и при вродени малформации – липса на зърно, липса на гърда, тежка асиметрия на двете млечни жези с или без липсата на големия гръден мускул, с или без деформация на гръдната стена.

Деформации на ареоло-мамиралния комплекс или на млечните жлези след травми, изгаряния или предшестващи оперативни интервенции на гръдната стена, извършвани в детска възраст, също се коригират с прилагането на тези методи.

Реконструкцията на гърдата не е противопоказание за лъчетерапия и химиотерапия, в случаите когато те се налагат.

При всички реконструктивни интервенции се следват общохирургическите принципи за грижи в следоперативния период, с включване на антибиотици, аналгетици, антикоагуланти, там където има показания.

КП № 201 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ЩИТОВИДНА И ПАРАЩИТОВИДНИ ЖЛЕЗИ С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Тироидектомия

30296-01 Тироидектомия
Почти тотална тироидектомия
Тироидна лобектомия, двустранна
Не включва: такава след предишна операция на щитовидна жлеза (30297-02 [114])

Тироидектомия

90046-02 Тироидектомия с отстраняване на ретростернална струма
Субтотална тироидна (двустранна) (едностранна) лобектомия } с отстраняване на
Тотална (двустранна) (едностранна) тироидектомия } субстернален тироид
Включва: такава чрез:
- цервикален достъп
- медиастинотомия
- стернотомия
- торакотомия

Не включва: такава след предишна операция на щитовидна жлеза (30297-02 [114])

Паратироидектомия

Паратиреоидектомия при хиперпаратиреоидизъм

30315-01 Тотална паратироидектомия

Ексцизни процедури на лимфни възли на шията

Ексцизия на шийни лимфни възли

31423-00 Ексцизия на лимфни възли на шия
Тотална (обикновена) ексцизия на шийни лимфни възли

Ексцизни процедури на лимфни възли на шията

Ексцизия на шийни лимфни възли

31423-01 Регионална ексцизия на лимфни възли на шия
Ограничена ексцизия на шийни лимфни възли
Регионална лимфна ексцизия с ексцизия на лимфо-дренажната зона включваща кожа, подкожни тъкани и мастна тъкан

Ексцизни процедури на лимфни възли на шията

Ексцизия на шийни лимфни възли

31435-00 Радикална ексцизия на лимфни възли на шия
Цялостно изчистване на всички шийни възли
Радикална шийна дисекция
Резекция на шийни лимфни възли в дълбочина до мускули и фасция
Не включва: радикална ексцизия на вътреорална лезия (30275-00 [403])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21 и насочени към основната диагноза.

Оперативната процедура за тиреоидектомия – може да бъде изпълнена и с лазерна апаратура.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум III ниво от обхвата на медицинската специалност "Хирургия" или в ЛЗ да са извършени за предходната година 300 операции на щитовидна жлеза; клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение и от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност,

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия.

Когато клиника по ендокринна хирургия има структура/направление по анестезиология и интензивно лечение, в съответствие с разрешението за дейност на ЛЗ, издадено от министъра на здравеопазването, се допуска сключване на договор по тази КП.

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- шест лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от трето ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по детска хирургия:
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология.

Всички планови операции на деца до 9- годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия.

При пациенти на възраст от 9 до 18 години оперативната процедура може да бъде извършвана от хирург или детски хирург с 10 годишен стаж по специалността.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- лекар със специалност по хирургия, с тригодишен опит в областта на ендокринната хирургия;
- в клиниката/отделението по хирургия ниво III се извършват не по-малко от 150 оперативни интервенции в областта на ендокринната хирургия за последните три години.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

1. Спешна диагностика и лечение за пациенти със:

- остро настъпила хеморагия от щитовидната жлеза;
- напреднали тумори на щитовидната жлеза с метастази; компресия в шийната област;
- тумор на щитовидната жлеза със или без метастази;
- тумор на паращитовидната жлеза със или без метастази;
- тумори в стадии pT1-4 N0-1 M0 по TNM класификация.

2. Диагностика и лечение на пациенти със:

2.1.Хиперплазия или друго заболяване на щитовидната жлеза, съпроводено с:

- диспнея - цианоза, стридор, изпотяване, безпокойство, стягане в гръдната област;
- дисфагия - затруднения при преглъщане (в началото към твърди храни, а по-късно към течности);
- болки в областта на ларинкса, усещане за "чуждо тяло".

2.2.Хипертиреоидизъм с невровегетативна симптоматика - сърцебиене, тремор на крайниците, лесна уморяемост, неповлиян от прилаганото консервативно лечение.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Оперативно лечение на първичния карцином на щитовидната жлеза

Оперативното лечение на карцинома на щитовидната жлеза е в зависимост от големината на тумора, зоните на разпространение, стадия на заболяването, възрастта на пациента, хистологичната характеристика на процеса.

В зависимост от обема на оперативната интервенция при карцинома на щитовидната жлеза се извършват два основни типа оперативни намеси:

Частични резекции на щитовидната жлеза – към тях се прибягва при малки по обем онкологични тумори (T_1 No), които включват: субтотална резекция на щитовидната жлеза, лобектомия с истмектомия, лобектомия с парциална (субтотална) резекция на другия лоб.

Този тип оперативни намеси се прилагат при: болни с Базедова болест, при които интраоперативно се установява “микрокарцином”; болни, оперирани за полинодозна струма, при които се установява “микрокарцином“; млади болни, при които туморният процес е T1 No.

Тиреоидектомия

Показания:

Операцията е показана при наличие на тумор в щитовидната жлеза от T_2 No стадии и нагоре независимо от хистологичния вариант на тумора.

Противопоказания:

Местни противопоказания – онкологично заболяване инфилтриращо голяма част от трахеята, хранопровода, ерозиращ кръвоносните съдове и наличие на далечни метастази.

Оперативно лечение на метастазирал в регионалния шиен лимфен басейн карцином на щитовидната жлеза

1. ***<u>Едностранна шийна дисекция (селективна, систематична, функционална, радикална)</u>***

Тя е индицирана при пациенти с доказан /хистологично/ карцином на щитовидната жлеза и налична суспекция /от извършената локализационна диагностика/ за **едностранно** (ипсилатерално или контралатерално**)** локализирани шийни метастази в централен или латерален шиен лимфен басейн.

Следоперативно пациентът подлежи на Радиойод- или лъчетерапия, след преценка на Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт „Медицинска онкология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор

2. ***Двустранна шийна дисекция (селективна, систематична, функционална, радикална)***

Тя е индицирана при пациенти с доказан /хистологично/ карцином на щитовидната жлеза и налична суспекция /от извършената локализационна диагностика/ за **двустранно** (ипсилатерално или контралатерално**)** локализирани шийни метастази в централен или латерален шиен лимфен басейн.

Следоперативно пациентът подлежи на Радиойод- или лъчетерапия, след преценка на Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт „Медицинска онкология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

Оперативно лечение на първичния карцином на паращитовидната жлеза

Оперативното лечение на карцинома на паращитовидната жлеза е в зависимост от големината на тумора, зоните на разпространение, стадия на заболяването, възрастта на пациента, хистологичната характеристика на процеса. При първичен или вторичен хиперпаратиреоидизъм също се налага оперативно лечение след провеждане на съответна диагностика.

В зависимост от обема на оперативната интервенция при карцинома на паращитовидната жлеза се извършва паратиреоидектомия и лобектомия на прилежащия тиреоиден лоб. При наличие на лимфни метастази се извършва лимфаденомектомия.

Показания:

Операцията се провежда при наличие на тумор в паращитовидната жлеза от T_1N_0 стадии и нагоре, независимо от хистологичния вариант на тумора.

Противопоказания:

Местни противопоказания – онкологично заболяване, инфилтриращо голяма част от трахеята, хранопровода, ерозиращо кръвоносните съдове и наличие на далечни метастази.

Лъчелечение на карцинома на щитовидната жлеза и паращитовидните жлези

Провежда се като самостоятелна радикална терапия при пациенти с напреднал тиреоиден карцином (иноперабилен) или следоперативно в общо огнищна доза (ООД) 60-70 Gy.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозното лечение в пред – и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Интраоперативно и постоперативно, след задължително хистологично изследване и верифициране на тумора. При злокачествени заболявания се определя клиничният стадий на онкологичното заболяване по TNM системата.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет в последните 24 часа;
- липса на сериозни субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения;
- гладък следоперативен период и постигане на хирургичен туморен контрол;
- при напреднали тумори и противопоказания за оперативно лечение болните се насочват към диспансера за палиативна и симптоматична терапия.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Какво всъщност представлява щитовидната жлеза?

Тя е орган с пеперудоподобна форма, разположена пред трахеята, непосредствено под тиреоидния хрущял и гръкляна. Има два странични лоба и свързваща част – мост. Щитовидната жлеза е един от най - кръвоснабдените органи в човешкият организъм. Тя произвежда хормони, които са главният стимулиращ и регулиращ фактор на метаболизма в човешкия организъм.

Какво представляват паращитовидните жлези?

Те са хормоно-произвеждащи органи - на брой от два до осем, обикновено четири, разположени по задната повърхност на щитовидната жлеза. Те произвеждат паратхормон, който участва в калциево-фосфорната обмяна на организма.

ДОБРОКАЧЕСТВЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА И ПАРАЩИТОВИДНИТЕ ЖЛЕЗИ

Оперативното лечение зависи от функционалното състояние на щитовидната жлеза. При пациентите с хипертиреоидизъм (Базедова болест, токсичен аденом, базедофицирана струма) се извършва предварителна подготовка с тиреостатична терапия, която продължава в рамките на една-две години. Тази терапия цели да доведе пациента до еутиреоидно състояние (отзвучаване на оплакванията), след което да се извърши тиреоидната намеса. При пациентите с доброкачествена струма се оперират без предварителна подготовка.

Пациентите с аденом на паращитовидните жлези подлежат на срочна оперативна намеса след предварителна обща подготовка.

ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА И ПАРАЩИТОВИДНИТЕ ЖЛЕЗИ

Онкологичните тумори на щитовидната жлеза са относително чести заболявания, при които нормалните клетки на щитовидната жлеза се израждат в онкологични клетки, т.е. в такива, които се делят безконтролно и не носят никаква функционална или структурна полза за организма.

Карциномът на паращитовидните жлези е изключително рядко заболяване.

Как се лекува карцинома на щитовидната жлеза /паращитовидните жлези?

Развитието на съвременната медицина позволява да се осигури лечение за всички пациенти с карцином на щитовидната жлеза и паращитовидните жлези във всички стадии на заболяването. Естествено, колкото в по-ранен стадий се открие заболяването, толкова по-добри са резултатите от проведеното лечение, подобрява се прогнозата и се снижава смъртността.

Хирургично лечение

Хирургичното лечение има за цел премахване на туморното образувание.

При напредналите стадии се налага да се премахне цялата щитовидна жлеза, а при наличие на шийни метастази се премахват и шийните лимфни възли.

В следоперативния период е възможно да настъпят някои усложнения, свързани със самата оперативна намеса. Увреждането на паращитовидните жлези води до изтръпване по лицето и ръцете, изискващо бърза лекарска намеса.

При разширените оперативни намеси е възможно и увреждане на гласовите нерви (едностранно или двустранно), като при последното е възможно и поставянето на

трахеостомна канюла. Състоянието е неприятно, но в последствие при всички болни се постига трайно възстановяване чрез провеждане на гласова рехабилитация.

Йод 131 терапия и лъчетерапия

След уточняване на хистологичния вид на тумора и стадия на заболяването ние Ви представяме на съвместно обсъждане с лъчетерапевт и химиотерапевт и за постигане на туморен контрол може да се наложат допълнително лъчетерапия и химиотерапия.

Йод 131 терапията и лъчетерапията най-често се провежда след оперативното лечение.

Химиотерапията и имунотерапията се използват допълнително при някои от видовете тумори за постигане на добри резултати.

Какво е необходимо да се направи за ранното диагностициране на карцинома на щитовидната жлеза?

Ако имате възлова формация в областта на шията (щитовидната жлеза) трябва своевременно да се обърнете към вашият лекуващ лекар и да направите специфичните за това изследвания. Всички възлови образувания на щитовидната жлеза подлежат на оперативно лечение. Ако имате промяна в гласа, болки и стягане в шийната област следва да се обърнете към УНГ-специалист или ендокринолог.

Защо е необходимо да постъпите в болница?

Необходимостта за постъпване в болница се налага за доказване наличието на малигнен тумор на щитовидната жлеза или паращитовидните жлези и предприемане на съответно лечение.

Преглед на щитовидната жлеза.

Лекарят започва своя преглед на щитовидната жлеза или паращитовидните жлези чрез оглед и палпация на шийната област, която може да бъде извършена по няколко способа. В последствие се назначават хормонални изследвания (вземане на кръв) и инструментални изследвания (направа на ТСЦ, ехография, пункционна биопсия, туморни маркери).

Лечение и прогноза

Възможностите за лечение и прогноза зависят от клиничното и функционалното състояние на щитовидната жлеза/паращитовидните жлези. В случаите на повишено производство на хормони (хипертиреоидизъм) се налага медикаментозно лечение по схема за определен период.

В случаите на установени възлови образувания в щитовидната жлеза се препоръчва оперативно лечение.

След провеждане на лечението (медикаментозно, хирургично, лъчелечение, химиотерапия или комбинирано) пациентите подлежат на редовни контролни прегледи, при които се следи дали състоянието е овладяно.

КП № 202 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ ЩИТОВИДНА И ПАРАЩИТОВИДНИ ЖЛЕЗИ СЪС СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на щитовидна или паращитовидна жлеза	
30075-03	Биопсия на тироидна жлеза
Биопсия на щитовидна или паращитовидна жлеза	
30075-02	Биопсия на паратироидни жлези
Тироидектомия	
30306-01	Тотална тироидна лобектомия, едностранна Хемитироидектомия *Не включва*: такава след предишна операция на щитовидна жлеза (30297-02 [114])
Други ексцизионни процедури на щитовидна и паращитовидна жлеза	
30313-00	Ексцизия на тироглосална киста Процедура на Sistrunk
30314-00	Радикална ексцизия на тироглосална киста или фистула *Включва*: ексцизия на: • подезична кост • тиреоглосален канал
Тироидектомия	
30310-00	Субтотална тироидектомия, едностранна Ексцизия на лезия на щитовидна жлеза БДУ Частична тироидектомия, едностранна Тироидна истмусектомия *Не включва*: такава след предишна операция на щитовидна жлеза (30297-02 [114])
Други ексцизионни процедури на щитовидна и паращитовидна жлеза	
30313-00	Ексцизия на тироглосална киста Процедура на Sistrunk
30314-00	Радикална ексцизия на тироглосална киста или фистула *Включва*: ексцизия на: • подезична кост • тиреоглосален канал
Паратироидектомия	
	Паратиреоидектомия при хиперпаратиреоидизъм
30315-00	Субтотална паратироидектомия Частична паратироидектомия

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21 и насочени към основната диагноза.

Оперативната процедура за тиреоидектомия – може да бъде изпълнена и с лазерна апаратура.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посоченият медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Задължително звено/ Апаратура и оборудване
1. Клиника/отделение по хирургия или клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория
5. Образна диагностика
6. Лаборатория по клинична патология

В случаите, когато лечебното заведение за болнична помощ не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, определено с настоящия стандарт, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по анестезия и интензивно лечение.

Когато клиника по ендокринна хирургия има структура/направление по анестезиология и интензивно лечение, в съответствие с разрешението за дейност на ЛЗ, издадено от министъра на здравеопазването, се допуска сключване на договор по тази КП.

Лечебното заведение трябва да има структура по патоанатомия или да ползва по договор външна (намираща се на територията на населеното място).

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия за робот асистирана хирургия	**НЗОК не заплаща посочените изделия**

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия. За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага както и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография.
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по детска хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология.

Всички планови операции на деца до 9- годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия;

При пациенти на възраст от 9 до 18 години оперативната процедура може да бъде извършвана от хирург или детски хирург с 10 годишен стаж по специалността.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- лекар със специалност по хирургия и с едногодишен опит в областта на ендокринната хирургия.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Спешна диагностика и лечение за пациенти с:

1. остро настъпила хеморагия от щитовидната жлеза;
2. напреднали тумори на щитовидната жлеза с метастази; компресия в шийната област

Диагностика и лечение на пациенти със:

1. Хиперплазия или друго заболяване на щитовидната жлеза, съпроводено със:

- диспнея - цианоза, стридор, изпотяване, безпокойство, стягане в гръдната област;

- дисфагия - затруднения при преглъщане (в началото към твърди храни, а по-късно към течности);
- болки в областта на ларинкса, усещане за "чуждо тяло".

2. Хипертиреоидизъм с невровегетативна симптоматика - сърцебиене, тремор на крайниците, лесна уморяемост, неповлиян от прилаганото консервативно лечение.

3. Заболявания на паращитовидните жлези.

На оперативно лечение подлежат тумори в стадииT_{1-4} N_{0-3} M_0 по TNM класификация.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Оперативно лечение на пациенти с доброкачествени заболявания на щитовидната жлеза и паращитовидните жлези

Оперативното лечение на пациенти с хипертиреоидизъм включва:

- при Базедова болест - извършва се субтотална резекция на щитовидната жлеза;
- при токсичен аденом - извършва се субтотална или тотална резекция на поразения лоб;
- при базедофицирана струма - извършва се субтотална резекция на щитовидната жлеза;
- при нодозна струма - извършва се парциална или субтотална резекция на щитовидната жлеза.

При доброкачествени заболявания на паращитовидните жлези - извършва се екстирпация на наличния аденом, а при хиперплазия - екстирпация на три от тях и резекция на четвъртата жлеза.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Интраоперативно и постоперативно, след задължително хистологично изследване и верифициране на тумора. При злокачествени заболявания се определя клиничният стадий на онкологичното заболяване по TNM системата.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет в последните 48 часа;
- липса на сериозни субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*история на заболяването*" (из) и в част ii на *„направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. мз - нзок № 7)*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *предоперативна анестезиологична консултация* (документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно медицински стандарти "анестезия и интензивно лечение" и "общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ПРЕДОПЕРАТИВНИ ДНИ В "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО" (ИЗ).

3.2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ОПЕРАЦИЯТА – ИЗГОТВЯНЕ НА ОПЕРАТИВЕН ПРОТОКОЛ (СЪОБРАЗНО МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТИ "ОБЩИ МЕДИЦИНСКИ СТАНДАРТИ ПО ХИРУРГИЯ, НЕВРОХИРУРГИЯ, ГРЪДНА ХИРУРГИЯ, КАРДИОХИРУРГИЯ, СЪДОВА ХИРУРГИЯ, ДЕТСКА ХИРУРГИЯ И ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНА ХИРУРГИЯ".

3.3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА СЛЕДОПЕРАТИВНИТЕ ДНИ В "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО*";

- ЧАСТ III НА *„НАПРАВЛЕНИЕ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ/ЛЕЧЕНИЕ ПО АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ" (БЛ. МЗ - НЗОК № 7)*;

- ЕПИКРИЗА – ПОЛУЧАВА СЕ СРЕЩУ ПОДПИС НА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА), ОТРАЗЕН В ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Какво всъщност представлява щитовидната жлеза?

Тя е орган с пеперудоподобна форма, разположена пред трахеята, непосредствено под тиреоидния хрущял и гръкляна. Има два странични лоба и свързваща част – мост. Щитовидната жлеза е един от най - кръвоснабдените органи в човешкият организъм. Тя произвежда хормони, които са главният стимулиращ и регулиращ фактор на метаболизма в човешкия организъм.

Какво представляват паращитовидните жлези?

Те са хормоно-произвеждащи органи - на брой от два до осем, обикновено четири, разположени по задната повърхност на щитовидната жлеза. Те произвеждат паратхормон, който участва в калциево-фосфорната обмяна на организма.

ДОБРОКАЧЕСТВЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА И ПАРАЩИТОВИДНИТЕ ЖЛЕЗИ

Оперативното лечение зависи от функционалното състояние на щитовидната жлеза. При пациентите с хипертиреоидизъм (Базедова болест, токсичен аденом, базедофицирана струма) се извършва предварителна подготовка с тиреостатична терапия, която продължава в рамките на една-две години. Тази терапия цели да доведе пациента до еутиреоидно състояние (отзвучаване на оплакванията), след което да се извърши тиреоидната намеса. При пациентите с доброкачествена струма се оперират без предварителна подготовка.

Пациентите с аденом на паращитовидните жлези подлежат на срочна оперативна намеса след предварителна обща подготовка.

ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЩИТОВИДНАТА ЖЛЕЗА И ПАРАЩИТОВИДНИТЕ ЖЛЕЗИ

Онкологичните тумори на щитовидната жлеза са относително чести заболявания, при които нормалните клетки на щитовидната жлеза се израждат в онкологични клетки, т.е. в такива, които се делят безконтролно и не носят никаква функционална или структурна полза за организма.

Карциномът на паращитовидните жлези е изключително рядко заболяване.

Как се лекува карцинома на щитовидната жлеза/паращитовидните жлези?

Развитието на съвременната медицина позволява да се осигури лечение за всички пациенти с карцином на щитовидната жлеза и паращитовидните жлези във всички стадии на заболяването. Естествено, колкото в по-ранен стадий се открие заболяването, толкова по-добри са резултатите от проведеното лечение, подобрява се прогнозата и се снижава смъртността.

Хирургично лечение

Хирургичното лечение има за цел премахване на туморното образувание.

При напредналите стадии се налага да се премахне цялата щитовидна жлеза, а при наличие на шийни метастази се премахват и шийните лимфни възли.

В следоперативния период е възможно да настъпят някои усложнения, свързани със самата оперативна намеса. Увреждането на паращитовидните жлези води до изтръпване по лицето и ръцете, изискващо бърза лекарска намеса.

При разширените оперативни намеси е възможно и увреждане на гласовите нерви (едностранно или двустранно), като при последното е възможно и поставянето на трахеостомна канюла. Състоянието е неприятно, но в последствие при всички болни се постига трайно възстановяване чрез провеждане на гласова рехабилитация.

Йод 131 терапия и лъчетерапия

След уточняване на хистологичния вид на тумора и стадия на заболяването ние Ви представяме на съвместно обсъждане с лъчетерапевт и химиотерапевт и за постигане на туморен контрол може да се наложат допълнително лъчетерапия и химиотерапия.

Йод 131 терапията и лъчетерапията най - често се провежда след оперативното лечение.

Химиотерапията и имунотерапията се използват допълнително при някои от видовете тумори за постигане на добри резултати.

Какво е необходимо да се направи за ранното диагностициране на карцинома на щитовидната жлеза?

Ако имате възлова формация в областта на шията (щитовидната жлеза) трябва своевременно да се обърнете към вашият лекуващ лекар и да направите специфичните за това изследвания. Всички възлови образувания на щитовидната жлеза подлежат на оперативно лечение. Ако имате промяна в гласа, болки и стягане в шийната област следва да се обърнете към УНГ-специалист или ендокринолог.

Защо е необходимо да постъпите в болница?

Необходимостта за постъпване в болница се налага за доказване наличието на малигнен тумор на щитовидната жлеза или паращитовидните жлези и предприемане на съответно лечение.

Преглед на щитовидната жлеза.

Лекарят започва своя преглед на щитовидната жлеза или паращитовидните жлези чрез оглед и палпация на шийната област, която може да бъде извършена по няколко способа. В последствие се назначават хормонални изследвания (вземане на кръв) и инструментални изследвания (направа на ТСЦ, ехография, пункционна биопсия, туморни маркери).

Лечение и прогноза

Възможностите за лечение и прогноза зависят от клиничното и функционалното състояние на щитовидната жлеза/паращитовидните жлези. В случаите на повишено производство на хормони (хипертиреоидизъм) се налага медикаментозно лечение по схема за определен период.

В случаите на установени възлови образувания в щитовидната жлеза се препоръчва оперативно лечение.

След провеждане на лечението (медикаментозно, хирургично, лъчелечение, химиотерапия или комбинирано) пациентите подлежат на редовни контролни прегледи, при които се следи дали състоянието е овладяно.

КП № 203 ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НАДБЪБРЕЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

1. Минимален болничен престой – 5 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури на надбъбречна жлеза	
90042-00	Адреналектомия Изследване на надбъбречна област
Биопсия на надбъбречна жлеза	
30075-04	Биопсия на надбъбречна жлеза
Адреналектомия	
	Включва: такава за лезия на надбъбречна жлеза
36500-00	Частична резекция на надбъбречна жлеза
Адреналектомия	
	Включва: такава за лезия на надбъбречна жлеза
36500-01	Тотална адреналектомия, едностранно Адреналектомия БДУ
Адреналектомия	
	Включва: такава за лезия на надбъбречна жлеза
36500-02	Тотална адреналектомия, двустранна
Други процедури на надбъбречна жлеза	
90042-00	Адреналектомия Изследване на надбъбречна област

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21 и насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*, с възможност за извършване пълния набор от хормонални изследвания
5. Образна диагностика
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия.

Когато клиника по ендокринна хирургия има структура/направление по анестезиология и интензивно лечение, в съответствие с разрешението за дейност на ЛЗ, издадено от министъра на здравеопазването, се допуска сключване на договор по тази КП

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Имунологична лаборатория
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия

При диагнози по МКБ 10 рубрики: С15 - С26, С45, С48, С65, С66, С67, С68 и С79, НЗОК заплаща следните скъпоструващи медицински изделия:

- Механичен съшивател;
- Пълнител за механичен съшивател
- Ендоскопски съшивател
- Пълнител за ендоскопски съшивател

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография.

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по детска хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Всички планови операции на деца до 9- годишна възраст се извършват от хирург с придобита специалност по детска хирургия;

При пациенти на възраст от 9 до 18 години оперативната процедура може да бъде извършвана от хирург или детски хирург с 10 годишен стаж по специалността.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

- лекар с придобита специалност по хирургия с 10 годишен опит в областта на ендокринната хирургия;

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и лечение за пациенти с:

1. остро настъпила хеморагия в надбъбречната жлеза;

2. руптура на киста;

3. напреднали тумори на надбъбречната жлеза с метастази; компресия върху v. cava inf. и други коремни органи;

4. тумор на надбъбречната жлеза със или без метастази;

5. доброкачествени тумори, нодулерна и дифузна хиперплазия на надбъбречната жлеза.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

- при болест на Cushing - извършва се едноетапна или двуетапна субтотална резекция на надбъбречните жлези;
- при кортикостером - извършва се супрареналектомия или субтотална резекция на засегнатата жлеза;
- при феохромоцитом - извършва се субтотална резекция на съответната надбъбречна жлеза или супрареналектомия;
- при синдрома на Conn - извършва се парциална или субтотална резекция на съответната надбъбречна жлеза;
- при доброкачествени хормонално неактивни аденоми, кисти и други редки тумори на надбъбречните жлези - извършва се субтотална резекция на съответната надбъбречна жлеза или супрареналектомия;
- при параганглиом – екстирпация на тумора в здраво;
- при адренокортикален карцином или злокачествен феохромоцитом без далечни метастази – супрареналектомия;

• при адренокортикален карцином или злокачествен феохромоцитом без далечни метастази с прорастване към съседни органи – супрареналектомия и тотална или парциална резекция на съответния орган (нефректомия, спленектомия, резекция опашката на панкреаса и др.);

• при адренокортикален карцином или злокачествен феохромоцитом с регионални метастази – супрареналектомия и екстирпация на метастазите – парааортална и/или паракавална лимфна дисекция и др;

• при адренокортикален карцином или злокачествен феохромоцитом с регионални метастази и прорастване към съседни органи – супрареналектомия и тотална или парциална резекция на съответния орган (нефректомия, спленектомия, резекция опашката на панкреаса и др.) и екстирпация на метастазите – парааортална и/или паракавална лимфна дисекция и др.;

• при метастаза в надбъбречна жлеза от карцином с друга локализация – супрареналектомия.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Интраоперативно и постоперативно, след задължително хистологично изследване и верифициране на тумора. При злокачествени заболявания се определя клиничният стадий на онкологичното заболяване по TNM системата.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- гладък следоперативен период;
- добре зарастваща оперативна рана без супурация;
- липса на фебрилитет в последните 48 часа;
- липса на сериозни субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения;
- постигане на хирургичен туморен контрол (при злокачествени тумори).

При напреднали тумори и противопоказания за оперативно лечение болните се насочват към диспансера за палиативна и симптоматична терапия.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия,**

гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/ НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Какво представляват надбъбречните жлези?

Те са двустранни органи с триъгълна форма разположени дълбоко зад коремните органи, над горните полюси на бъбреците и са в непосредствен контакт с черния дроб и долната празна вена вдясно, и опашката на панкреаса и слезката вляво. Всяка жлеза се състои от две части – кора и сърцевина, които имат различни ембрионален произход, строеж и функция. Кората произвежда три групи хормони: а) кортикостероиди, участващи в регулацията на обмяната на веществата; б) минералкортикоиди, регулиращи електролитния баланс на организма; в) полови хормони. Сърцевината произвежда хормоните адреналин и норадреналин, имащи отношение към регулацията на кръвното налягане, реакциите на стреса, метаболизма и др.

Заболявания на надбъбречните жлези

Надбъбречните жлези могат да бъдат засегнати от широк спектър патологични процеси. Според промяната във функцията се различават хиперфункциониращи – протичащи с повишено производство на един или няколко хормона, и хипофункциониращи, при които е занижена или липсваща секрецията на един или няколко хормона. Настъпилите морфологични промени в жлезите могат да бъдат хиперплазия – дифузно нарастване на обема и теглото на жлезите или се изразяват в появата на доброкачествен или злокачествен туморен процес. Обект на хирургично лечение са всички форми показващи повишена функционална активност и всички туморни форми, докато понижената функция на жлезите се лекува консервативно. В зависимост от вида на свръхпродуцирания хормон се различават няколко добре обособени заболявания: а) болест или синдром на Кушинг – при повишена продукция на кортизол; б) синдром на Кон или хипералдостеронизъм – при повишена продукция на алдостерон; в) адреногенитален синдром – при свръхпродукция на полови хормони; г) феохромоцитом – при свръхпроизводство на адреналин и норадреналин от тумор на надбъбречната сърцевина.

Хирургично лечение и резултати

Целта на хирургичната интервенция е да се отстранят хиперплазиралите или засегнати от туморен процес жлези/жлеза. Поради увреденото общо състояние на пациента и специфичното дълбоко разположение на надбъбречните жлези и непосредствения им контакт с други органи и магистрални кръвоносни съдове, операцията е трудна технически и е свързана с възможност за възникване на усложнения: а) по време на операцията – тежки до животозастрашаващи кръвоизливи, засягане на съседни органи (бъбреци, слезка, черва и др.), налагащо понякога отстраняването им, различни сърдечно-съдови и мозъчни усложнения от резките промени в кръвното налягане и др.; б) след операцията – възпалителни усложнения в раната или в ложето на премахнатата жлеза, кръвоизливи, сърдечно-съдови и мозъчни усложнения, белодробни усложнения и др.

Като цяло резултатите от хирургичното лечение са много добри и водят до почти пълно възстановяване при доброкачествените туморни форми. При злокачествени процеси се налага стриктен периодичен контрол и евентулно включване на допълнителни терапевтични мероприятия – химиотерапия, лъчетерапия и др.

КП № 204 ТЕЖКА ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНА ТРАВМА - ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ

1. Минимален болничен престой – 7 дни

2.2. и 3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Магнитно резонансен образ

∇ 0042

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Черепна трепанация или пункция

39009-00 Декомпресия на субдурален кръвоизлив
Източване през фонтанела
Не включва: Дренаж чрез трепанационно отвърстие (39600-00 [8])

39003-00 Цистернална пункция

39006-00 Вентрикуларна пункция
Вентрикуларна пункция чрез предварително имплантиран катетър

39703-03 Аспирация на киста на мозъка
Не включва: дренаж на инфектирана киста (39900-00 [8])

90000-00 Друга краниална пункция
Аспирация за:
- субарахноидално пространство
- събдурално пространство БДУ

Краниална аспирация БДУ

Реоперация на краниотомия или краниектомиран участък

39721-00 Реоперация на краниотомия или краниектомиран участък
∇ 0039, 0612

Декомпресия при оток
Дренаж на: } следоперативен
• хеморагия }
• инфекция }
Премахване на: }
• абцес }
• хематом }

Включва: премахване черепно ламбо
такава чрез остеопластично ламбо

Инцизионен оглед на менинги или мозък

39012-00 Трепанационно отвърстие
Трепанационно отвърстие за:
• брахитерапия
• с цел проверка
Интракраниален оглед

Не включва: тези като оперативен достъп – пропусни кода

Премахване на интракраниален хематом или абсцес

Не включва: дренаж чрез трепанационно отвърстие (39600, 39900 [8])
реоперация на краниотомия или краниектомиран участък (39721-00 [10])

39603-00 Премахване на интракраниален хематом чрез остеопластична краниотомия
Премахване на интракраниален хематом чрез остеопластично ламбо

39903-00 Премахване на интракраниален абцес

Премахване на интракраниален хематом или абсцес

Не включва: дренаж чрез трепанационно отвърстие (39600, 39900 [8])
реоперация на краниотомия или краниектомиран участък (39721-00 [10])

39603-01 Премахване на интракраниален хематом с краниектомия

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-01 Други процедури на череп
Краниектомия БДУ
Инцизия и дренаж на черепни синуси
Премахване на черепна пластина

Не включва: отстраняване на чуждо тяло от череп (90569-00 [1556])

Инцизия на менинги на очния нерв

42548-00 Инцизия на менингите на очния нерв
Инцизия на обвивката на зрителния нерв

Не включва: такава при хирургия на черепната основа (39646-00 [17])

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-02 Други процедури на мозък или мозъчни обвивки
Хориоидна плексектомия
Кюретаж на мозък или мозъчни обвивки
Дебридман на мозък или мозъчни обвивки
Декортикация на мозъчни менинги
Ексцизия на:
• мозък или мозъчни обвивки } БДУ
• лезия на мозък }

Инцизия на мозък БДУ
Лоботомия на мозък
Лизиране на корови сраствания
Възстановяване на мозък БДУ
Трактотомия на мозък

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40703-00 Кортицектомия на мозъка
Кортикална резекция на мозъка
Не включва: топектомия (40703-01 [16])

40703-02 Частична лобектомия на мозъка
Амигдалохипокампектомия
Хипокампектомия
Не включва: такава при тумор (39709-00 [15])

Биопсия на мозък или менинги

39706-00 Биопсия на мозък чрез остеопластична краниотомия
Отворена мозъчна биопсия
Включва: остеопластично ламбо

39706-02 Биопсия на мозъчни менинги чрез остеопластична краниотомия
Отворена биопсия на церебрални менинги
Включва: остеопластично ламбо

Премахване на вътречерепна лезия

Не включва: такава чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653, 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

39712-00 Премахване лезия на мозъчни обвивки

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40706-00 Хемисферектомия

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40703-02 Частична лобектомия на мозъка
Амигдалохипокампектомия
Хипокампектомия
Не включва: такава при тумор (39709-00 [15])

Премахване на вътречерепна лезия

Не включва: такава чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653, 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

39709-00 Премахване лезия на главния мозък
Частична лобектомия на мозъка при тумор

39709-01 Премахване лезия в мозъчния ствол

39709-02 Премахване на лезия в малкия мозък

41575-00 Премахване на лезия в церебело-понтинния ъгъл
Премахване на акустичен невром
Включва: такава чрез краниотомия

39712-04 Премахване на друга вътречерепна лезия
Отстраняване на интракраниален тумор БДУ
Не включва: краниофарингеом (39712-02 [125])
интракраниален невробластом (43987-02 [80])
такъв обхващащ инфратемпоралната ямка (41581-00 [17])
такъв в пинеално тяло (39712-01 [122])

Ексцизия на черепна лезия

Включва: такава при инфекция

39700-00 Ексцизия на черепна лезия
Кодирай също когато е направена:
• краниопластика (40600 [23])

39906-00 Краниектомия при инфекция на черепа
Краниектомия при остеомиелит
Дебридман на череп при инфекция
Отстраняване на инфектирано черепно ламбо
Секвестректомия на череп

Други процедури при краниостеноза

Включва: краниектомия:
• ламбдоидна
• линеарна
• парасагитална
• сагитална
• лента
преоформяне на челна кост чрез остеотомия и оттегляне назад
окципитална остеотомия и преместване напред
отваряне на краниална сутура
темпоропариетална остеотомия и увеличение
Забележка: Извършени също при краниосиностоза
Не включва: преместване напред на челна кост (45782, 45785 [1710])
тотална реконструкция на черепен свод (45785-03 [1717])

40115-00 Други процедури при краниостеноза, 1 шев

40118-00 Други процедури за краниостеноза, ≥ 2 шева

Процедури при фрактура на черепа

Краниопластика при черепна фрактура

39606-00 Повдигане на затворена черепна фрактура
Наместване на затворена компресивна фрактура на черепа

39606-01 Наместване на затворена черепна фрактура
Възстановяване на затворена раздробена фрактура на черепа
Включва: вътрешна фиксация

39609-00 Дебридмен на сложна черепна фрактура

39609-01 Повдигане на сложна черепна фрактура
Наместване на сложна компресивна черепна фрактура

39612-00 Повдигане на сложна черепна фрактура с възстановяване на твърда мозъчна обвивка и мозък
Наместване на сложна компресивна фрактура на черепа с възстановяване на твърда мозъчна обвивка и мозък

Не включва: отложено възстановяване на твърда мозъчна обвивка след черепна фрактура (39615 [20])

39609-02 Наместване на сложна черепна фрактура

Възстановяване на сложна раздробена фрактура на черепа

Включва: вътрешна фиксация

39612-01 Наместване на сложна черепна фрактура с възстановяване на твърда мозъчна обвивка и мозък

Възстановяване на сложна раздробена фрактура на черепа и твърда мозъчна обвивка и мозък

Включва: вътрешна фиксация

Не включва: отложено възстановяване на твърда мозъчна обвивка след черепна фрактура (39615 [20])

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:

• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])

• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-02 Краниопластика с черепно ламбо

Възстановяване на череп с кост

Смяна на черепно } ламбо

Ревизия на черепно }

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:

• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])

• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-01 Краниопластика с костен графт

Костен графт на череп

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:

• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])

• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-00 Краниопластика с поставяне на черепна пластина

Смяна на черепна пластина

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:

• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])

• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-03 Друга краниопластика
Краниална остеопластика
Краниопластика } БДУ
Възстановяване на череп }

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-01 Други процедури на череп
Краниектомия БДУ
Инцизия и дренаж на черепни синуси
Премахване на черепна пластина

Не включва: отстраняване на чуждо тяло от череп (90569-00 [1556])

Възстановяване на мозъчна дура

Дурален графт
Дурапластика
Възстановяване на мозъчни менинги

Не включва: такава с:
• интракраниална декомпресия (40106-00, 40106-01 [9])
• активиране на обекс (40339-00 [22])
• наместване на черепна фрактура (39612 [25])
• хирургия на черепната основа при лезия, обхващаща предна черепна ямка (39640-00, 39642-00, 39646-00 [17])

39615-00 Възстановяване на твърда мозъчна обвивка чрез краниотомия
Отложено възстановяване на дура след фрактура на черепа чрез краниотомия

Не включва: такава чрез краниопластика (39615-01 [20])

Вентрикулостомия

∇ 0634

Не включва: цереброспинален шънт (40003 [5])
П
оставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])

40000-00 Вентрикулоцистерностомия
Процедура на Torkildsen

40012-01 Трета вентрикулостомия
Включва: септум пелуцидотомия

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-03 Поставяне на вентрикуларен шънт до друго екстракраниално място

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-00 Поставяне на вентрикуло-атриален шънт

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-01 Поставяне на вентрикуло-плеврален шънт

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-02 Поставяне на вентрикуло-перитонеален шънт

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-03 Поставяне на вентрикуларен шънт до друго екстракраниално място

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-04 Поставяне на цистернален шънт
Поставяне на шънт:
• цистерно-атриален
• цистерноперитонеален
• цистерноплеврален

Поставяне на устройства в интракраниална цереброспинална течност

Замяна } на устройства за дренаж на гръбначно-мозъчната течност
Ревизия }

39015-00 Поставяне на външен вентрикуларен дрен
∇ 0634

Не включва: поставяне на вентрикуларен шънт за цереброспинална течност (40003-00, 40003-01, 40003-02 [5])

39015-01 Поставяне на вентрикуларен резервоар
Поставяне на резервоар на:
• Ommaya
• Rickham

39015-02 Поставяне на устройство за мониторинг на вътречерепно налягане с контрол

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:

• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

90002-00 Промивка на цереброспинален шънт

Ревизия на интракраниален цереброспинален шънт

∇ 0634

Включва: отстраняване и повторно поставяне на цереброспинален шънт
смяна на цереброспинален шънт

Не включва: ревизия на дистално място:
• предсърдно (90200-00 [605])
• перитонеално (90330-00 [1001])
• плеврално (90174-00 [557])

40009-00 Ревизия на вентрикулен шънт

40009-01 Ревизия на цистернален шънт

Премахване на устройства от интракраниална цереброспинална течност

Не включва: такава чрез смяна (39015 [3])

90001-00 Премахване на външен вентрикуларен дрен
∇ 0634

90001-01 Премахване на вентрикуларен резервоар
Отстраняване на резервоар на:
• Ommaya
• Rickham

90001-02 Премахване на устройство за мониторинг на интракраниално налягане [ICP]

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40009-03 Премахване на вентрикулен шънт
∇ 0634

Не включва: такава с подмяна (40009-00 [24])

40009-04 Премахване на цистернален шънт

Не включва: такава с подмяна (40009-01 [24])

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40703-00 Кортицектомия на мозъка
Кортикална резекция на мозъка

Не включва: топектомия (40703-01 [16])

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-02 Други процедури на мозък или мозъчни обвивки
Хориоидна плексектомия
Кюретаж на мозък или мозъчни обвивки
Дебридман на мозък или мозъчни обвивки
Декортикация на мозъчни менинги
Ексцизия на:

• мозък или мозъчни обвивки } БДУ
• лезия на мозък }
Инцизия на мозък БДУ
Лоботомия на мозък
Лизиране на корови сраствания
Възстановяване на мозък БДУ
Трактотомия на мозък

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-02 Други процедури на мозък или мозъчни обвивки
Хориоидна плексектомия
Кюретаж на мозък или мозъчни обвивки
Дебридман на мозък или мозъчни обвивки
Декортикация на мозъчни менинги
Ексцизия на:
• мозък или мозъчни обвивки } БДУ
• лезия на мозък }
Инцизия на мозък БДУ
Лоботомия на мозък
Лизиране на корови сраствания
Възстановяване на мозък БДУ
Трактотомия на мозък

Други процедури за апликация, поставяне или премахване върху череп, мозъчни обвивки или мозък

40709-00 Поставяне на интракраниален електрод чрез трепанационно отвърстие
Дълбока мозъчна стимулация
Имплантиране на вътречерепен електрод
Включва: поставяне на екстензионен проводник, свързващ електроди към невростимулатор
Забележка: Извършено при:
• епилепсия
• мултиплена склероза
• контрол на болката
• Паркисонова болест
Кодирай също когато е направена:
•интракраниална стереотактична локализация (40803-00 [1])
• подкожно имплантиране на невростимулатор (39134-01 [1604])

Деструкция на интракраниална аневризма или друга съдова лезия

39806-00 Клипинг на вътречерепна проксимална артерия
Забележка: Извършено при аневризма или артериовенозна малформация

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев
Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

33500-00 Каротидна ендартериектомия
Не включва: с резекция и реанастомоза (32703-00 [718])

90229-00 Друга ендартериектомия

Ендартериектомия за подготовка на място за анастомоза

33554-00 Ендартериектомия, свързана с артериален байпас за подготовка на място за

анастомоза

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последващ, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])

Не включва: отворена коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40009-03 Премахване на вентрикулен шънт
∇ 0634

Не включва: такава с подмяна (40009-00 [24])

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

33827-00 Възстановяване на каротидна артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-03 Възстановяване на друга артерия чрез интерпозиционен графт

Артериален байпас графт с използване на вена

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])
• патч графт (33548 [707])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт– пропусни кода

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32763-00 Друг артериален байпас с използване на вена

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура (**с изключение на - 39009-00; 39003-00; 39006-00; 39703-03; 90000-00**) и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21**. **Задължителна диагностична процедура (трета) —** /56001-00 Компютърна томография на мозък; 56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя/ **или** /90901-00/. Тази процедура може да бъде извършена и в системата на извънболничната помощ, не по-рано от **3 дни** преди хоспитализацията!

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Сет за ултразвукова аспирация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Бургия за трепанация с предпазна система /краниотом/	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Хемостатична матрица	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Невробалонкатетър	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Резорбируема краниопластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за външен ликворен дренаж	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Дуропластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Агресивен борер за високооборотна конзола	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Комплект електроди за невромониторинг	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена са в съответствие с изискванията на съответните медицински стандарти.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврохирургия или Клиника/отделение по хирургия/детска хирургия
2. КАИЛ/ОАИЛ
3. Операционен блок/зали – най-малко две зали за асептични и септични операции
4. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
5. Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на

населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Патоморфологична лаборатория
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама

или лекари със специалност по хирургия – минимум четири;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение ;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар/и със специалност по неврохирургия – минимум двама

или

двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност обща хирургия;

- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;
- лекар/и със специалност по детски болести или детска неврология.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Минимален обем дейност за клиника/отделение по неврохирургия от II-ро ниво на компетентност – 160 операции годишно, общо за всички неврохирургични пътеки.

Когато пациент с тежка черепно-мозъчна травма, изискваща спешна хирургична интервенция, се приеме в лечебно заведение, в което няма специалист неврохирург, се осъществява консултация с неврохирург до 24-ия час от хоспитализацията.

Извършва се насочване към клинична онкологична комисия или клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“) на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

По тази клинична пътека се лекуват пострадали с документирана от момента на травмата, наблюдавана от медицинско лице или съобщена от безпристрастен свидетел, загуба на съзнание (GCS ≤ 8), продължила над 6 часа, при проведени адекватни реанимационни мероприятия.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Спешна диагностика и лечение за пациенти с:

1. голяма, замърсена, тип "скалп", свързана с масивна кръвозагуба рана на главата;

2. вдадени счупвания на черепа;

3. интракраниални травматични обемни процеси - остри, подостри и хронични;

4. огнестрелни наранявания на главата;

5. декомпресивна краниотомия при интракраниална хипертенсия;

6. травматична компресия на черепно-мозъчни нерви;

7. посттравматична ликворна фистула;

8. посттравматични съдови аномалии - травматични тромбози, аневризми и артериовенозни фистули;

9. посттравматична ликворна фистула;

10. посттравматична хидроцефалия;

11. посттравматични възпалителни процеси - емпием, абсцес и други;

12. посттравматични адхезивни процеси - арахноидит и други;

13. посттравматични съдови аномалии - травматични тромбози, аневризми и артерио-венозни фистули;

14. посттравматични епилептогенни лезии;

15. посттравматично менингоцеле;

16. посттравматичен дефект на черепа.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Специфичното лечение при болните с травма на главата включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи. Цели на лечението, което започва от момента на травмата:

- да се диагностицират и лекуват в ранни стадии на развитието им всички животозастрашаващи травми и състояния, и не допусне или сведе до минимум ролята на вторичната увреда;

- да се поддържа адекватно на текущите нужди мозъчна перфузия.

Принципи на лечението:

- неврологичен мониторинг (GCS) с чест контрол на състоянието;
- мониторинг на ИКН с чест контрол на същото;
- мониторинг на съчетаната травма (ISS) с чест контрол на състоянието и;
- соматичен мониторинг с чест контрол на състоянието;
- КТ мониторинг.

Цели на лечението:

- контролиране на интракраниалната хипертенсия – оперативно и медикаментозно;
- цялостно или частично отстраняване на лезията;
- имплантиране на мозъчни клапи, дренажи;
- при коматозно болните се провежда интензивно лечение.

Оперативното лечение се състои във:

- спешна дефинитивна хемостаза;
- отстраняване с установяването на травматичен интракраниален обемен процес, вдадено счупване на черепа;
- хирургична обработка на огнестрелно нараняване;
- декомпресия на черепната кухина при интракраниална хипертенсия;
- вентрикулен дренаж при остра хидроцефалия;

- декомпресия на неврални и съдови структури;
- отстраняване на епилептогенни лезии;
- имплантиране на дренажни системи при хидроцефалия;
- закриване на черепен дефект след травма.

Консервативното лечение (специфично) включва съответен режим и медикаменти:

- **реанимационни мерки** (при първично тежките степени на травма и при настъпили усложнения):

- оротрахеална интубация;
- кислородолечение при SaO2 < 90%;
- поставяне на централен венозен път и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- поддържащи реологията на кръвта и антиагреганти;
- контрол на ИКН- седатива, невромускулна блокада, диуретици, антиконвулсанти;
- невротрофични средства;
- динамично неврологично проследяване и оценка чрез стойностите по скалата на GLASGOW;
- динамично проследяване, контрол и оценка на жизнените функции;
- свободни дихателни пътища;
- адекватно дишане;
- адекватна сърдечна дейност и циркулация- нормотенсия, еуволемия;
- следене на показателите на дишането и хемодинамиката
- контрол на външно и в телесните кухини кървене; нормализиране на кръвосъсирващата система;
- поддържане на адекватен на нуждите хранителен режим;
- избягване и борба с метаболитни разстройства;
- профилактика и лечение на тромботични процеси;
- симптоматично лечение;
- антибиотици - профилактично при счупване на черепната основа с кървене/ликворея, и при доказани възпалителни усложнения по показания на антибиограма;
- периоперативна антибиотична профилактика;
- лечение на съпътстващите заболявания и страдания;
- противооточно лечение;
- обезболяване - аналгетици;
- седация;
- хидратация с водно - солеви разтвори;
- антипиретици (при фебрилитет);
- профилактика и борба с гърчовата активност;
- кръвопреливане.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- зараснала оперативна рана;
- стабилизирано соматично и неврологично състояние.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни (в ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни (в ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Под черепно-мозъчна травма (ЧМТ) се разбира нарушаването на функциите на главния мозък, с или без морфологични промени, под въздействие на външен (най-често механичен) фактор. Увреди могат да получат и меките черепни обвивки, мозъчният дял на черепа, мозъчните обвивки, съдове и нерви. Нарушенията на функциите на мозъка могат да бъдат краткотрайни, временни или трайни, обратими или необратими, преодолими или фатални.

Мозъчното сътресение е най-леката степен на ЧМТ. С този термин се обозначава възвратима травматична парализа на нервните функции. Наблюдава се временна загуба или промяна на съзнанието и наличие на преходни нарушения на функциите на главния мозък. Пълното възстановяване при правилен режим и лечение настъпва след 2-3 седмици. Ако не се спазва правилен режим и при предварително увреден мозък, може да се наблюдава и забавено възстановяване, отбелязвано най-често като "посткомоционен синдром" или травмена церебрастения.

Контузията на мозъка е мозъчно увреждане, при което освен функционално-динамични прояви, срещащи се при сътресението на мозъка, се установяват и първични морфологични промени в главния мозък, които не подлежат на пълно възстановяване. Увреждането на мозъчното вещество се придружава с некрози, кръвоизливи, инфарциране

и оток на мозъка. Мозъчните контузии се разделят на три степени: лека, средна, тежка. Клиничната проява на увреждането зависи от разположението и броя на контузионните огнища, както и от ангажирането на подкоровите отдели на мозъка и на неговия ствол. Под въздействие на редица фактори, могат да настъпят и вторични нарушения в структурата на мозъчното вещество. Наблюдават се промени в съзнанието с различна продължителност, паметови разстройства и вегетативни нарушения. Възможно е засягане на волевите движения в различна степен от отслабването им (пареза) до пълната невъзможност за извършване на движения (парализа или плегия), нарушения в говора, зрението или слуха, психопатологични симптоми, епилептични припадъци. Мозъчна контузия може да съществува без симптоми, ако увредата е във функционално неактивни зони на мозъка.

Увреждането на мозъка при тежките ЧМТ е придружено с продължително безсъзнание, разстройства на дишането, промени на пулсовата честота, телесната температура и обмяната на веществата. Комата е състояние на пълно потискане на съзнанието и рефлексите и може да има различна продължителност.

Травмените вътречерепни обемни процеси (най-често кръвоизливи) са сериозно усложнение след травма на главата. Те причиняват притискане и увреждане на мозъчната тъкан в черепната кухина, поради което могат да са причина за тежко протичане, инвалидност или смърт.

Първоначалното изследване не позволява да се определи риска за развитие на усложнения. Наблюдението на пациенти с мозъчна увреда трябва да бъде в болнични условия, тъй като може да се развият вътречерепни кръвоизливи, мозъчен оток, инфекция.

Диагностиката на ЧМТ изисква редица процедури, някои от които инвазивни (лумбална пункция, ангиография). При някои от изследванията се използват рентгенови лъчи.

Лечението на ЧМТ може да изисква оперативна (неврохирургична) намеса.

Изходът от лечението зависи и от допълнителни рискови фактори, като напреднала възраст и/или придружаващи заболявания – високо кръвно налягане, атеросклероза, диабет, сърдечно-съдови, чернодробни, белодробни, бъбречни, онкологични, кръвни заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло; тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти; стресови състояния и др.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и коментирате информацията с ОПЛ, ЛЧХ, невролог/неврохирург от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и че сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

При деца или възрастни с дефекти (слепота, афазия, глухонемота и др.) информирано съгласие се подписва от родител (настойник) или отговорен роднина или член на семейството.

КП № 205 ТЕЖКА ЧЕРЕПНО - МОЗЪЧНА ТРАВМА - КОНСЕРВАТИВНО ПОВЕДЕНИЕ

1. Минимален болничен престой – 10 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Увреждания на нервната система след медицински процедури, некласифицирани другаде

G97.8 Други увреждания на нервната система след медицински процедури

Вътречерепно разкъсване и кръвоизлив, причинени от родова травма

Не включва: вътречерепен кръвоизлив на плода и новороденото:
- БДУ (P52.9)
- обусловен от аноксия или хипоксия (P52.—)

P10.0 Субдурален кръвоизлив при родова травма
Субдурален хематом (локализиран) при родова травма
Не включва: субдурален кръвоизлив при разкъсване на малкомозъчната обвивка (тенториум) (P10.4)

P10.1 Мозъчен кръвоизлив при родова травма

P10.2 Интравентрикуларен кръвоизлив при родова травма

P10.3 Субарахноидален кръвоизлив при родова травма

P10.4 Разкъсване на тенториума при родова травма

P10.8 Други вътречерепни разкъсвания и кръвоизливи при родова травма

Счупване на черепа и лицевите кости

S02.00 Счупване на свода на черепа – закрито
Челна кост
Париетална кост

S02.01 Счупване на свода на черепа - открито
Челна кост
Париетална кост

S02.10 Счупване на основата на черепа – закрито
Ямка:
- предна
- средна
- задна

Тилна кост
Горна стена на орбитата
Синус:
- етмоидален
- фронтален

Сфеноидална кост
Темпорална кост
Не включва: орбита БДУ (S02.8)
орбитално дъно (S02.3)

S02.11 Счупване на основата на черепа - открито
Ямка:
- предна
- средна
- задна

Тилна кост
Горна стена на орбитата
Синус:

• етмоидален
• фронтален
Сфеноидална кост
Темпорална кост
Не включва: орбита БДУ (S02.8)
орбитално дъно (S02.3)

Множествени счупвания на костите на черепа и лицевите кости

S02.70 Множествени счупвания на костите на черепа и лицевите кости – закрито

S02.71 Множествени счупвания на костите на черепа и лицевите кости - открито

Травма на черепномозъчните нерви

S04.0 Травма на зрителния нерв и зрителните пътища
Хиазма
Втори черепномозъчен нерв
Зрителна част от кората на главния мозък

S04.1 Травма на околомоторния нерв
Трети черепномозъчен нерв

S04.2 Травма на нервус трохлеарис
Четвърти черепномозъчен нерв

S04.3 Травма на нервус тригеминус
Пети черепномозъчен нерв

S04.4 Травма на нервус абдуценс
Шести черепномозъчен нерв

S04.5 Травма на лицевия нерв
Седми черепномозъчен нерв

S04.6 Травма на слуховия нерв
Осми черепномозъчен нерв

S04.7 Травма на нервус акцесориус
Единадесети черепномозъчен нерв

S04.8 Травма на други черепномозъчни нерви
Нервус глосо фарингикус [девети черепномозъчен нерв]
Нервус хипоглосус [дванадесети черепномозъчен нерв]
Нервус олфакториус [първи черепномозъчен нерв]
Нервус вагус [десети черепномозъчен нерв]

Дифузна травма на главния мозък
Главен мозък:
• контузия БДУ
• разкъсване БДУ
Травматична компресия на главния мозък БДУ

S06.20 Дифузна травма на главния мозък – без открита вътречерепна травма

S06.21 Дифузна травма на главния мозък - с открита вътречерепна травма

Епидурален кръвоизлив
Екстрадурален кръвоизлив (травматичен)

S06.40 Епидурален кръвоизлив – без открита вътречерепна травма
Екстрадурален кръвоизлив (травматичен)

S06.41 Епидурален кръвоизлив - с открита вътречерепна травма
Екстрадурален кръвоизлив (травматичен)

Травматичен субдурален кръвоизлив

S06.50 Травматичен субдурален кръвоизлив - без открита вътречерепна травма

S06.51 Травматичен субдурален кръвоизлив - с открита вътречерепна травма

Травматичен субарахноидален кръвоизлив

S06.60 Травматичен субарахноидален кръвоизлив – без открита вътречерепна травма

S06.61 Травматичен субарахноидален кръвоизлив - с открита вътречерепна травма

Други вътречерепни травми

Травматична хеморагия:
- цереберална
- интракраниална БДУ

S06.80 Други вътречерепни травми – без открита вътречерепна травма

S06.81 Други вътречерепни травми - с открита вътречерепна травма

Травма на кръвоносните съдове на ниво шия

S15.0 Травма на сънната артерия
A. Carotis (обща)(външна)(вътрешна)

S15.1 Травма на вертебралната артерия

S15.2 Травма на външна югуларна вена

S15.3 Травма на вътрешна югуларна вена

S15.7 Травма на няколко кръвоносни съда на ниво шия

S15.8 Травма на други кръвоносни съдове на ниво шия

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Черепна трепанация или пункция

39003-00 Цистернална пункция

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-00 Други диагностични процедури на череп, мозък или церебрални менинги
Забележка: За неоперативни диагностични интервенции виж Глава 19
Не включва: биопсия на череп(50200-00 [1560])

1825 Електроенцефалография [ЕЕГ]

∇ 0042

11000-00 Електроенцефалография

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

90900-00 Енцефалография

Цистернография
Пневмоцистернография
Пневмоенцефалография

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

Дентално радиологично изследване и интерпретация

97039-00 Томография на череп, или част от череп

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
• мастоидна кост (57906-00 [1967])
• околоносен синус (57903-00 [1967])
• петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])

такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

Магнитно резонансен образ

∇ 0042

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

∇ 1006

Не включва: самостоятелно обслужване на трахеостомия (90179-06 [568])

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ

Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Вентилаторно подпомагане

∇ 1006 Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

∇ 0042

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-01 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромболитичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
  • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  • имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  • перфузия (виж блок [1886])
  • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност

"Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена са в съответствие с изискванията на съответните медицински стандарти.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврохирургия или Клиника/отделение по хирургия/детска хирургия
2. КАИЛ/ОАИЛ
3. Операционен блок/зали – най-малко две зали за асептични и септични операции
4. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
5. Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама;

или

лекари със специалност по хирургия – минимум четирима;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама;

или

двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по детски болести.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Когато пациент с тежка черепно-мозъчна травма се приеме в лечебно заведение, в което няма специалист неврохирург, се осъществява консултация с неврохирург до 24-ия час от хоспитализацията или болният се транспортира до друго лечебно заведение, ако това е възможно.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Спешна диагностика и лечение за пациенти с:

Документирана от момента на травмата, наблюдавана от медицинско лице или съобщена от безпристрастен свидетел, загуба на съзнание (GCS ≤ 8), продължила над 6 часа, при проведени адекватни реанимационни мероприятия, при които е установено:

1. документирана загуба на съзнание от момента на травмата при проведени адекватни реанимационни мероприятия, наблюдавана от медицинско лице;

2. нарастващ хематом на клепачите на очите (без данни за локална травма), субконюнктивален кръвоизлив;

3. натичане на кръв (без данни за локална травма) или ликвор от носа и ушите;

4. травма на главата и повръщане, неповлияващо се от медикаменти и неводещо до облекчаване на състоянието;

5. епилептиформени припадъци;

6. огнищна неврологична симптоматика;

7. рентгенологични данни за счупване на черепа, чужди тела в него, въздух;

8. съдови процеси (флебит, тромбоза, същинска/лъжлива аневризма и др.).Решението за вида на отделението, където ще се настани пострадалият, се преценява според тежестта на общото и неврологично състояние и наличието/отсъствието на съчетана травма.

5б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лабораторни изследвания:

- пълна кръвна картина, кръвна захар;
- коагулограма;
- биохимични изследвания, в обем, изискван от тежестта и множествеността на травмата;
- кръвна група и Rh фактор;
- кръвно- газов анализ в случаите на интензивно и реанимационно лечение;
- токсикологичен анализ на кръв и урина, с насоченост според известни или подозирани екзогенни причини, както и при пострадали с променено съзнание, гърчова активност и неясна анамнеза за травмата;

- микробиологично изследване при открити и проникващи травми, особено при замърсени и с внедрени чужди тела в тях.

Образни изследвания:

- стандартни краниограми - фасова и профилна (отговаряща на локализацията на мекотъканната травма) проекции;
- при изразени мекотъканни промени- оток, контузии, подкожни кръвоизливи и др.;
- при проникващо нараняване на главата;
- при симптоми, говорещи за възможно счупване на базата на черепа;
- при пострадали с неясна анамнеза;
- при пострадали с променено съзнание и огнищна неврологична симптоматика;
- при пострадали от насилие, вкл. малтретирани деца;
- при налична или подозирана екзогенна интоксикация;
- шийни спондилограми - фасова и профилна проекция, с визуализиране и на сегмент C7-Th1- при болни с оплаквания и болезненост в тази област и при болни с изразени количествени промени в съзнанието;
- рентгенологични изследвания на гръден кош, бял дроб и сърце и на опорно-двигателния апарат по показания при съчетана травма;
- ултразвукова диагностика на глава при кърмачета;
- ултразвукова диагностика на корем - при съчетана травма;
- компютърна томография на глава (нативна или с контрастно усилване), по следната схема:

При постъпването:

При постъпването задължително се определя и вписва състоянието по GCS скала (Glasgow Coma Scale).

При промяна в неврологичното състояние (засилващи се и обогатяващи оплаквания от страна на ЦНС - особено внимание към нестихващо повръщане, снижаване на GCS с повече от 2 (без да се дължи на екстракраниални причини), появила се или задълбочила огнищна неврологична симптоматика, гърчова активност).

При нисък GCS, провеждано лечение в условията на медикаментозно повлияване на съзнанието и реакциите на пострадалия - на II, III, V, VII денонощие, както и по показания.

При възникнала коагулопатия.

В I-и следоперативен ден, както и при показания.

При ЕЕГ данни за промяна в биоелектричната активност на главен мозък от бавновълнов огнищен характер.

Компютърна томография на тяло - по показания при съчетана травма.

Мозъчна ангиография (в специализирани здравни заведения).

Доплерова сонография (ДС) – по показания и при възможност.

Магнитно-резонасна томография (при възможност). Приложима в подостър и хроничен стадий на травмата, при сътрудничещ и на спонтанно дишане болен, нямащ имплантирани в тялото си метални предмети (освен титаниеви такива). Дава ценна информация, подпомагаща прогнозата при пострадалия.

Позитронно-емисионната томография (при възможност) в хроничен стадий на травмата.

Други изследвания:

- рентегенологични изследвания на бял дроб и сърце;
- ЕКГ;

- очни дъна;
- УНГ статус;
- ЕЕГ.

Процедури

Лумбална пункция в острия период на черепно- мозъчна травма се извършва при строги показания и подозрения за невроинфекция;

Специфично лечение на черепно - мозъчните травми

Цели на лечението, което започва от момента на травмата:

- да се диагностицират и лекуват в ранни стадии на развитието им всички животозастрашаващи травми и състояния и недопусне или сведе до минимум ролята на вторичната увреда;

- да се поддържа адекватно на текущите нужди мозъчна перфузия;

- контролиране на интракраниалната хипертенсия – оперативно и медикаментозно.

Принципи на лечението

- неврологичен мониторинг (GCS);

- мониторинг на съчетаната травма (ISS - Injury Severity Score);

- соматичен мониторинг на състоянието;

- КТ мониторинг.

МЕТОДИ И СРЕДСТВА НА ТЕРАПИЯТА

Реанимационни мерки (при първично тежките степени на травма и при настъпили усложнения):

- оротрахеална интубация;
- кислородолечение при Sao2 < 90%;
- поставяне на централен венозен път и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- поддържащи реологията на кръвта и антиагреганти;
- контрол на ИКН - седатива, невромускулна блокада, диуретици, антиконвулсанти;
- невротрофични средства;
- динамично неврологично проследяване и оценка чрез стойностите по скалата на GLASGOW;
- динамично проследяване, контрол и оценка на жизнените функции;
- свободни дихателни пътища;
- адекватно дишане;
- адекватна сърдечна дейност и циркулация - нормотенсия, еуволемия;
- следене на показателите на дишането и хемодинамиката;
- контрол на външно и в телесните кухини кървене; нормализиране на кръвосъсирващата система;
- поддържане на адекватен на нуждите хранителен режим;
- избягване и борба с метаболитни разстройства;
- постелен режим, според тежестта на първичната травма;
- лекарствената терапия е насочена към:
- овладяване на психомоторна възбуда, фебрилитет;
- профилактика и борба с гърчовата активност;

- антибиотици - профилактично при счупване на черепната основа с кървене/ликворея и при показания по антибиограма;
- противооточно лечение;
- хидратация с водно - солеви разтвори;
- обезболяване - аналгетици;
- профилактика и лечение на тромботични процеси;
- лечение на съпътстващите заболявания и страдания;
- кръвопреливане;
- симптоматични средства.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- стабилизирано соматично и неврологично състояние.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Под черепномозъчна травма (ЧМТ) се разбира нарушаването на функциите на главния мозък, с или без морфологични промени, под въздействие на външен (най-често механичен) фактор. Увреди могат да получат и меките черепни обвивки, мозъчния дял на черепа, мозъчните обвивки, съдове и нерви. Нарушенията на функциите на мозъка могат да бъдат краткотрайни, временни или трайни; обратими или необратими, преодолими или фатални.

Мозъчното сътресение е най-леката степен на ЧМТ. С този термин се обозначава възвратима травматична парализа на нервните функции. Наблюдава се временна загуба или промяна на съзнанието и наличие на преходни нарушения на функциите на главния мозък. Пълното възстановяване при правилен режим и лечение настъпва след 2-3 седмици. Ако не се спазва правилен режим и при предварително увреден мозък, може да се наблюдава и забавено възстановяване, отбелязвано най-често като "посткомоционен синдром" или травмена церебрастения.

Контузията на мозъка е мозъчно увреждане, при което освен функционално-динамични прояви, срещащи се при сътресението на мозъка, се установяват и първични морфологични промени в главния мозък, които не подлежат на пълно възстановяване. Увреждането на мозъчното вещество се придружава с некрози, кръвоизливи, инфарциране и оток на мозъка.

Мозъчните контузии се разделят на три степени: лека, средна, тежка. Клиничната проява на увреждането зависи от разположението и броя на контузионните огнища, както и от ангажирането на подкоровите отдели на мозъка и на неговия ствол. Под въздействие на редица фактори, могат да настъпят и вторични нарушения в структурата на мозъчното вещество. Наблюдават се промени в съзнанието с различна продължителност, паметови разстройства и вегетативни нарушения. Възможно е засягане на волевите движения в различна степен от отслабването им (пареза) до пълната невъзможност за извършване на движения (парализа или плегия), нарушения в говора, зрението или слуха, психопатологични симптоми, епилептични припадъци. Мозъчна контузия може да съществува без симптоми, ако увредата е във функционално неактивни зони на мозъка.

Увреждането на мозъка при тежките ЧМТ е придружено с продължително безсъзнание, разстройства на дишането, промени на пулсовата честота, телесната температура и обмяната на веществата. Комата е състояние на пълно потискане на съзнанието и рефлексите и може да има различна продължителност.

Травмените вътречерепни обемни процеси (най-често кръвоизливи) са сериозно усложнение след травма на главата. Те причиняват притискане и увреждане на мозъчната тъкан в черепната кухина, поради което могат да са причина за тежко протичане, инвалидност или смърт.

Първоначалното изследване не позволява да се определи риска за развитие на усложнения. Наблюдението на пациенти с мозъчна увреда трябва да бъде в болнични условия, тъй като може да се развият вътречерепни кръвоизливи, мозъчен оток, инфекция.

Диагностиката на ЧМТ изисква редица процедури, някои от които инвазивни (лумбална пункция, ангиография). При някои от изследванията се използват рентгенови лъчи.

Лечението на ЧМТ може да изисква оперативна (неврохирургична) намеса.

Изходът от лечението зависи и от допълнителни рискови фактори, като напреднала възраст и/или придружаващи заболявания – високо кръвно налягане, атеросклероза, диабет, сърдечно-съдови, чернодробни, белодробни, бъбречни, онкологични, кръвни заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло; тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти; стресови състояния и др.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и коментирате информацията с ОПЛ, ЛЧХ, невролог/неврохирург от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни

процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и че сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

При деца или възрастни с дефекти (слепота, афазия, глухонемота и др.) информирано съгласие се подписва от родител (настойник) или отговорен роднина или член на семейството.

КП № 206.1 КРАНИОТОМИИ, НЕИНДИЦИРАНИ ОТ ТРАВМА, ЧРЕЗ СЪВРЕМЕННИ ТЕХНОЛОГИИИ (НЕВРОЕНДОСКОПИЯ И ИНТРАОПЕРАТИВЕН УЛТРАЗВУК)

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-01 Други процедури на череп
Краниектомия БДУ
Инцизия и дренаж на черепни синуси
Премахване на черепна пластина
Не включва: отстраняване на чуждо тяло от череп (90569-00 [1556])

Други процедури за апликация, поставяне или премахване върху череп, мозъчни обвивки или мозък

40709-01 Премахване на интракраниален електрод чрез трепанационно отвърстие
Включва: премахване на екстензионен проводник, свързващ електроди към невростимулатор
Не включва: такава с подмяна (40709-03 [6])

40712-01 Премахване на интракраниален електрод чрез краниотомия
Включва: премахване на екстензионен проводник, свързващ електроди към невростимулатор
Не включва: такава с подмяна (40712-03 [6])

Реоперация на краниотомия или краниектомиран участък

39721-00 Реоперация на краниотомия или краниектомиран участък
∇ 0039, 0612
Декомпресия при оток
Дренаж на: } следоперативен
• хеморагия }
• инфекция }
Премахване на: }
• абцес }
• хематом }
Включва: премахване черепно ламбо
такава чрез остеопластично ламбо

Инцизионен оглед на менинги или мозък

39012-00 Трепанационно отвърстие
Трепанационно отвърстие за:
• брахитерапия
• с цел проверка
Интракраниален оглед
Не включва: тези като оперативен достъп – пропусни кода

Премахване на интракраниален хематом или абсцес

Не включва: дренаж чрез трепанационно отвърстие (39600, 39900 [8])
реоперация на краниотомия или краниектомиран участък (39721-00 [10])

39603-00 Премахване на интракраниален хематом чрез остеопластична краниотомия
Премахване на интракраниален хематом чрез остеопластично ламбо

39903-00 Премахване на интракраниален абцес

Премахване на интракраниален хематом или абсцес

Не включва: дренаж чрез трепанационно отвърстие (39600, 39900 [8])
реоперация на краниотомия или краниектомиран участък (39721-00 [10])

39603-01 Премахване на интракраниален хематом с краниектомия

39903-00 Премахване на интракраниален абцес

Инцизия на менинги на очния нерв

42548-00 Инцизия на менингите на очния нерв
Инцизия на обвивката на зрителния нерв
Не включва: такава при хирургия на черепната основа (39646-00 [17])

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-02 Други процедури на мозък или мозъчни обвивки
Хориоидна плексектомия
Кюретаж на мозък или мозъчни обвивки
Дебридман на мозък или мозъчни обвивки
Декортикация на мозъчни менинги
Ексцизия на:
• мозък или мозъчни обвивки } БДУ
• лезия на мозък }
Инцизия на мозък БДУ
Лоботомия на мозък
Лизиране на корови сраствания
Възстановяване на мозък БДУ
Трактотомия на мозък

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40703-00 Кортицектомия на мозъка
Кортикална резекция на мозъка
Не включва: топектомия (40703-01 [16])

40703-02 Частична лобектомия на мозъка
Амигдалохипокампектомия
Хипокампектомия
Не включва: такава при тумор (39709-00 [15])

Функционална интракраниална стереотактична процедура

∇ 0633

40801-00 Функционална стереотактична интракраниална процедура
Стереотактична:
• цингулотомия
• палидотомия
• таламотомия
Включва: ангиография
поставяне шлем на главата

определяне на координати с помощта на компютър
компютърна томография [КТ]
разрушаване на лезия
магнитно резонансна томография [ЯМР]
физиологична локализация
представяне на лезията
планиране
вентрикулография

Биопсия на мозък или менинги

39706-00 Биопсия на мозък чрез остеопластична краниотомия
Отворена мозъчна биопсия
Включва: остеопластично ламбо

39706-02 Биопсия на мозъчни менинги чрез остеопластична краниотомия
Отворена биопсия на церебрални менинги
Включва: остеопластично ламбо

Премахване на вътречерепна лезия

Не включва: такава чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653, 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

39712-00 Премахване лезия на мозъчни обвивки

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40706-00 Хемисферектомия

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40703-02 Частична лобектомия на мозъка
Амигдалохипокампектомия
Хипокампектомия
Не включва: такава при тумор (39709-00 [15])

Премахване на вътречерепна лезия

Не включва: такава чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653, 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

39709-00 Премахване лезия на главния мозък
Частична лобектомия на мозъка при тумор

39709-01 Премахване лезия в мозъчния ствол

39709-02 Премахване на лезия в малкия мозък

41575-00 Премахване на лезия в церебело-понтинния ъгъл
Премахване на акустичен невром
Включва: такава чрез краниотомия

39712-04 Премахване на друга вътречерепна лезия
Отстраняване на интракраниален тумор БДУ

Не включва: краниофарингеом (39712-02 [125])
интракраниален невробластом (43987-02 [80])
такъв обхващащ инфратемпоралната ямка (41581-00 [17])
такъв в пинеално тяло (39712-01 [122])

Ексцизия на черепна лезия

Включва: такава при инфекция

39700-00 Ексцизия на черепна лезия

Кодирай също когато е направена:
• краниопластика (40600 [23])

Премахване на вътречерепна лезия

Не включва: такава чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653, 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

39712-00 Премахване лезия на мозъчни обвивки

Други процедури при краниостеноза

Включва: краниектомия:
• ламбдоидна
• линеарна
• парасагитална
• сагитална
• лента
преоформяне на челна кост чрез остеотомия и оттегляне назад
окципитална остеотомия и преместване напред
отваряне на краниална сутура
темпоропариетална остеотомия и увеличение

Забележка: Извършени също при краниосиностоза

Не включва: преместване напред на челна кост (45782, 45785 [1710])
тотална реконструкция на черепен свод (45785-03 [1717])

40115-00 Други процедури при краниостеноза, 1 шев
40118-00 Други процедури за краниостеноза, ≥ 2 шева

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])
• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-02 Краниопластика с черепно ламбо
Възстановяване на череп с кост
Смяна на черепно } ламбо
Ревизия на черепно }

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:

• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])
• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-01 Краниопластика с костен графт
Костен графт на череп

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])
• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-00 Краниопластика с поставяне на черепна пластина
Смяна на черепна пластина

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])
• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-03 Друга краниопластика
Краниална остеопластика
Краниопластика } БДУ
Възстановяване на череп }

Възстановяване на мозъчна дура

Дурален графт
Дурапластика
Възстановяване на мозъчни менинги

Не включва: такава с:
• интракраниална декомпресия (40106-00, 40106-01 [9])
• активиране на обекс (40339-00 [22])
• наместване на черепна фрактура (39612 [25])
• хирургия на черепната основа при лезия, обхващаща предна черепна ямка (39640-00, 39642-00, 39646-00 [17])

39615-00 Възстановяване на твърда мозъчна обвивка чрез краниотомия
Отложено възстановяване на дура след фрактура на черепа чрез краниотомия

Не включва: такава чрез краниопластика (39615-01 [20])

Възстановяване на мозъчна дура

Дурален графт
Дурапластика
Възстановяване на мозъчни менинги

Не включва: такава с:

• интракраниална декомпресия (40106-00, 40106-01 [9])
• активиране на обекс (40339-00 [22])
• наместване на черепна фрактура (39612 [25])
• хирургия на черепната основа при лезия, обхващаща предна черепна ямка (39640-00, 39642-00, 39646-00 [17])

39615-01 Възстановяване на твърда мозъчна обвивка чрез краниотомия с краниопластика
Отложено възстановяване на твърда мозъчна обвивка след фрактура на черепа чрез краниопластика

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-00 Поставяне на вентрикуло-атриален шънт
∇ 0634

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-02 Поставяне на вентрикуло-перитонеален шънт
∇ 0634

Поставяне на устройства в интракраниална цереброспинална течност

Замяна } на устройства за дренаж на гръбначно-мозъчната течност
Ревизия }

39015-00 Поставяне на външен вентрикуларен дрен
∇ 0634

Не включва: поставяне на вентрикуларен шънт за цереброспинална течност (40003-00, 40003-01, 40003-02 [5])

39015-01 Поставяне на вентрикуларен резервоар
Поставяне на резервоар на:
• Ommaya
• Rickham

39015-02 Поставяне на устройство за мониторинг на вътречерепно налягане с контрол

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-03 Поставяне на вентрикуларен шънт до друго екстракраниално място
∇ 0634

40003-04 Поставяне на цистернален шънт
Поставяне на шънт:
• цистерно-атриален
• цистерноперитонеален
• цистерноплеврален

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

90002-00 Промивка на цереброспинален шънт

Ревизия на интракраниален цереброспинален шънт

∇ 0634

Включва: отстраняване и повторно поставяне на цереброспинален шънт
смяна на цереброспинален шънт

Не включва: ревизия на дистално място:
• предсърдно (90200-00 [605])
• перитонеално (90330-00 [1001])
• плеврално (90174-00 [557])

40009-00 Ревизия на вентрикулен шънт

40009-01 Ревизия на цистернален шънт

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40703-00 Кортицектомия на мозъка
Кортикална резекция на мозъка

Не включва: топектомия (40703-01 [16])

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-02 Други процедури на мозък или мозъчни обвивки
Хориоидна плексектомия
Кюретаж на мозък или мозъчни обвивки
Дебридман на мозък или мозъчни обвивки
Декортикация на мозъчни менинги
Ексцизия на:
• мозък или мозъчни обвивки } БДУ
• лезия на мозък }
Инцизия на мозък БДУ
Лоботомия на мозък
Лизиране на корови сраствания
Възстановяване на мозък БДУ
Трактотомия на мозък

Други процедури за апликация, поставяне или премахване върху череп, мозъчни обвивки или мозък

40709-00 Поставяне на интракраниален електрод чрез трепанационно отвърстие
Дълбока мозъчна стимулация
Имплантиране на вътречерепен електрод

Включва: поставяне на екстензионен проводник, свързващ електроди към невростимулатор

Забележка: Извършено при:
• епилепсия

• мултиплена склероза
• контрол на болката
• Паркисонова болест

Кодирай също когато е направена:
•интракраниална стереотактична локализация (40803-00 [1])
• подкожно имплантиране на невростимулатор (39134-01 [1604])

Други процедури за апликация, поставяне или премахване върху череп, мозъчни обвивки или мозък

40709-00 Поставяне на интракраниален електрод чрез трепанационно отвърстие
Дълбока мозъчна стимулация
Имплантиране на вътречерепен електрод
Включва: поставяне на екстензионен проводник, свързващ електроди към невростимулатор
Забележка: Извършено при:
• епилепсия
• мултиплена склероза
• контрол на болката
• Паркисонова болест
Кодирай също когато е направена:
•интракраниална стереотактична локализация (40803-00 [1])
• подкожно имплантиране на невростимулатор (39134-01 [1604])

40712-00 Поставяне на интракраниален електрод чрез краниотомия
Дълбока мозъчна стимулация
Включва: поставяне на екстензионен проводник, свързващ електроди към невростимулатор
Забележка: Извършено при:
• епилепсия
• мултиплена склероза
• контрол на болката
• Паркисонова болест

Освобождаване на интракраниален нерв

39500-00 Интракраниално прерязване на вестибуларен нерв
Интракраниално разделяне на вестибуларния нерв
Включва: такава през задната черепна ямка
Не включва: такава през:
• ретролабиринтен достъп (41596-00, 41596-02 [331])
• транслабиринтен достъп (41593-00 [331])

Освобождаване на интракраниален нерв

39106-00 Освобождаване на вътречерепния тригеминален нерв
Тригеминална ганглионектомия
Интракраниална:
• невректомия при тригеминална невралгия
• тригеминална невротомия
Прерязване на интракраниален тригеминален нерв

Освобождаване на интракраниален нерв

39327-03 Освобождаване на друг вътречерепен нерв

Разделяне на периферен нерв

Не включва: такава на менинги на очния нерв(обвивка) (42548-00 [69])

39324-01 Отворена невротомия на повърхностен периферен нерв

39327-01 Отворена невротомия на дълбок периферен нерв
Отворена невротомия:
•екстракраниален нерв
• първични задни коренчета на спинален нерв
Не включва: разделяне на:
• интракраниален нерв (39327-03 [73])
• симпатиков нерв (35000, 35003, 35012, 90014-00 [81])

Освобождаване на интракраниален нерв

39106-00 Освобождаване на вътречерепния тригеминален нерв
Тригеминална ганглионектомия
Интракраниална:
• невректомия при тригеминална невралгия
• тригеминална невротомия
Прерязване на интракраниален тригеминален нерв

Друга невректомия

39327-00 Невректомия на дълбок периферен нерв
Не включва: интракраниална невректомия при тригеминална невралгия (39106-00 [73])

39327-04 Невректомия на вътречерепен нерв
Отстраняване на тумор от краниален нерв
Не включва: интракраниален невробластом (43987-02 [80])
отстраняване на тумор от церебело-понтинния ъгъл (41575-00 [15])

Биопсия на нерв

90013-00 Биопсия на нерв

Биопсия на мозък или менинги

39706-00 Биопсия на мозък чрез остеопластична краниотомия
Отворена мозъчна биопсия
Включва: остеопластично ламбо

Прилагане на невролитик в краниален нерв

Блокада на краниален нерв с невролитик
Забележка: извършвана за управление на болката

39100-00 Приложение на невролитик в първичен клон на тригеминалния нерв
Инжекция на:
• алкохол
• фенол

18290-00 Прилагане на невролитик в друг краниален нерв

Прилагане на невролитик в друг периферен нерв

Блокада на друг периферен нерв с невролитик
Включва: прилагане в спинални нерви:

• клон
• плексус
• корен

Не включва: това в:
• краниален нерв (виж блок [61])
• заден първичен клон на спинален нерв (39013-02 [62])
• симпатиков нерв (виж блок [66])

18292-00 Прилагане на невролитик в друг периферен нерв
Прилагане на невролитик в:
• дорзален коренов ганглий
• интервертебрален отвор

Друга невролиза на периферен нерв и нервен ствол

39312-00 Отворена невролиза на интерфасцикуларен периферен нервен ствол

39330-00 Отворена невролиза на периферен нерв, некласифицирана другаде
Декомпресия на периферен нерв БДУ
Не включва: такава с транспозиция на нерв (39321-00 [83])

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39300-00 Първично възстановяване на нерв
Анастомоза на нерв
Шев на нерв
Не включва: анастомоза на:
• лицево-аксесорен нерв (39503-01 [83])
• лицевохипоглосален нерв (39503-00 [83])

39306-00 Първично възстановяване на нервен ствол
Анастомоза на нервен ствол
Шев на нервен ствол

Декомпресия на вътречерепен нерв

39112-00 Интракраниална декомпресия на друг черепен нерв
Интракраниална декомпресия на тригеминален нерв

Декомпресия на вътречерепен нерв

41569-00 Интракраниална декомпресия на лицев нерв
Не включва: такава с частична резекция на слепоочната кост (41584-01 [324])

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39318-00 Графт на нерв
Включва: доставяне на графт за нерв

39315-00 Нервен графт на нервен ствол
Стволов графт към периферен нервен ствол
Включва: доставяне на нервен графт

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39321-00 Транспозиция на нерв

Включва: невролиза

Други процедури на нервите

90016-01 Други процедури на нерви
Невректазия

Поставяне, подмяна или отстраняване на електроди в периферните нерви

39136-02 Премахване на електроди в периферни нерви
Не включва: такава при смяна (39137-01 [67])

Други процедури на нервите

90016-01 Други процедури на нерви
Невректазия

Хирургична симпатектомия

Разделяне } на симпатиков нерв
Невректомия }
Не включва: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])

90014-00 Друга хирургична симпатектомия
Периатериална хирургична симпатектомия
Хирургична ганглионектомия:
• сфенопалатинен възел
• симпатиков БДУ

Други процедури на епифизна жлеза

90043-00 Други процедури на епифизна жлеза
Изследване на пинеална област

Ексцизионни процедури на епифизна жлеза

30075-08 Биопсия на епифизна жлеза

39712-01 Премахване на лезия от епифизното тяло
Отстраняване на пинеалом

Други ексцизионни процедури на хипофиза

39715-00 Частична ексцизия на хипофиза, транскраниален достъп
Отстраняване лезия на хипофизата чрез транскраниален достъп
Не включва: краниофарингеом (39712-02 [125])

Други ексцизионни процедури на хипофиза

39715-01 Частична ексцизия на хипофиза, транссфеноидален подход (достъп)
Отстраняване лезия на хипофизата чрез транссфеноидален достъп
Включва: трансетмоидален } достъп
трансназален }
Не включва: такава за отстраняване на краниофарингеом (39712-02 [125])

Други процедури на хипофиза

90044-00 Други процедури на хипофизна жлеза
Изследване на хипофизна ямка

Други ексцизионни процедури на хипофиза

39715-02 Тотална ексцизия на хипофиза, транскраниален достъп

Не включва: такава за отстраняване на краниофарингеом (39712-02 [125])

Други ексцизионни процедури на хипофиза

39715-03 Тотална ексцизия на хипофиза, транссфеноидален достъп

Не включва: такава за отстраняване на краниофарингеом (39712-02 [125])

Други процедури на хипофиза

90044-00 Други процедури на хипофизна жлеза

Изследване на хипофизна ямка

Ексцизионни процедури на слъзна система

42593-00 Ексцизия на слъзна жлеза

Ексцизия лезия на слъзна жлеза

Дакриоаденектомия

Включва: инцизия на клепачен лоб

Орбитотомия с отстраняване и подмяна на кост

Декомпресионна орбитотомия с отстраняване и замяна на кост

42530-00 Експлоративна орбитотомия, изискваща отстраняване и подмяна на кост

Екзентерация на орбита

Евисцерация на орбита

42536-04 Екзентерация на орбита с отстраняване на прилежащите структури

Вторични процедури след отстраняване на очната ябълка

Включва: процедури на анофталмична орбита или сак

Не включва: такава с:

- енуклеация на очна ябълка (42506-01, 42509-00, 42510-00 [161])
- евисцерация на очна ябълка (42515-00 [161])

42518-00 Поставяне на хрущялен орбитален имплантант към анофталмична орбита

Орбитотомия

42534-00 Орбитотомия с инсерция на орбитален имплантант

Орбитотомия

42533-00 Експлоративна орбитотомия

Орбитотомия БДУ

Включва: дренаж

Не включва: такава с:

- биопсия (42533-01 [224])
- ексцизия на лезия (42542-00 [224])
- отстраняване на чуждо тяло (42542-01 [224])

Ексцизионни процедури на очната ябълка

42512-00 Евисцерация на очна ябълка без имплант
Евисцерация на очна ябълка БДУ

Ексцизионни процедури на очната ябълка

42506-00 Енуклеация на очна ябълка без имплант
Енуклеация на очна ябълка БДУ

Екзентерация на орбита

Евисцерация на орбита

42536-04 Екзентерация на орбита с отстраняване на прилежащите структури

Екзентерация на орбита

Евисцерация на орбита

42536-05 Екзентерация на орбита с терапевтично отстраняване на орбитална кост

Екзентерация на орбита

Евисцерация на орбита

42536-00 Екзентерация на орбита

Орбитотомия с биопсия или ексцизия

Не включва: отстраняване и замяна на кост (виж блок [227])

42542-00 Експлоративна орбитотомия, преден аспект, с ексцизия на лезия

Други процедури върху очна ябълка

90061-00 Други процедури на очна ябълка

Други процедури на орбита

90083-00 Други процедури на орбита

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев
Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

90229-00 Друга ендартериектомия

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

32766-00 Възстановяване на друга артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

33827-00 Възстановяване на каротидна артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-03 Възстановяване на друга артерия чрез интерпозиционен графт

Артериален байпас графт с използване на вена

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])
• патч графт (33548 [707])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт– пропусни кода
Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32763-00 Друг артериален байпас с използване на вена

Екстракраниален към интракраниален байпас

39818-00 Екстракраниален към интракраниален байпас с графт от артерия темпоралис суперфациалис

Директно затваряне на артерия

Шев на артериална рана:
• директна
• латерална

90209-03 Директно затваряне на друга артерия

Директно затваряне на вена

Шев на венозно нараняване:
• директно
• латерално

90232-00 Директно затваряне на друга вена

Други процедури на артерии и вени

90223-01 Други съдови процедури

ранслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика
Корекция } стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Деструкция на интракраниална аневризма или друга съдова лезия

39800-00 Клипинг на черепна аневризма

Деструкция на интракраниална аневризма или друга съдова лезия

35412-00 Ендоваскуларна оклузия на мозъчна аневризма или артериовенозна малформация

Транскатетърна емболизация на мозъчна аневризма или артериовенозна малформация

Включва: поставяне на:
- спирали
- интракраниални:
  - балони
  - стентове

Катетеризация

39812-00 Лигиране на цервикален съд при интракраниална аневризма

39806-00 Клипинг на вътречерепна проксимална артерия

Забележка: Извършено при аневризма или артериовенозна малформация

Деструкция на интракраниална аневризма или друга съдова лезия

39815-00 Облитерация на каротидо-кавернозна фистула

Включва: комбинация от цервикална и вътречерепна процедура

Ексцизия на артериовенозна фистула на шия

Кодирай също когато е направена:
- прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])

34115-00 Ексцизия или лигиране на обикновена артериовенозна фистула на шия

34115-01 Ексцизия или лигиране на сложна артериовенозна фистула на шия

Възстановяване артериовенозна фистула на шията

Кодирай също когато е направено:
- прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])

34124-00 Възстановяване на обикновена артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта

34124-01 Възстановяване на сложна артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта

Патч графт на артерия

Кодирай също когато е направен:
- артериален байпас с използване на:
- смесен, последователен, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
- синтетичен материал (виж блок [712])
- вена (виж блок [711])

Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-00 Патч графт на артерия с използване на автоложен материал

Патч графт за артериален байпас графт с използване на автоложен материал

Патч графт от:
- артерия
- вена

Патч графт на артерия

Кодирай също когато е направен:
- артериален байпас с използване на:
- смесен, последователен, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
- синтетичен материал (виж блок [712])
- вена (виж блок [711])

Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-01 Патч графт на артерия с използване на синететичен материал
Патч графт за артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Патч графт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последвателен, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])

Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-00 Патч графт на артерия с използване на автоложен материал
Патч графт за артериален байпас графт с използване на автоложен материал
Патч графт от:
• артерия
• вена

Деструкция на интракраниална аневризма или друга съдова лезия

35412-00 Ендоваскуларна оклузия на мозъчна аневризма или артериовенозна малформация

Транскатетърна емболизация на мозъчна аневризма или артериовенозна малформация

Включва: поставяне на:
• спирали
• интракраниални:
  • балони
  • стентове
Катетеризация

Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
• балон
• спирали
• етанол
• желатинова гъба
• лепило
• пластмасови частици
катетеризация

35321-02 Транскатетърна емболизация на интракраниални артерии, некласифицирани другаде

Не включва: ендоваскуларно запушване на мозъчна аневризма или артериовенозна малформация (34512-00 [11])

Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове

Включва: прилагане на:
• балон
• спирали
• етанол
• желатинова гъба
• лепило
• пластмасови частици
катетеризация

35321-03 Транскатетърна емболизация на кръвоносни съдове, лице и шия

35321-10 Транскатетърна емболизация на други кръвоносни съдове
Транскатетерна емболизация на сперматични вени

Други процедури на артерии и вени

90223-01 Други съдови процедури

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35309-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, един стент
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-00 [754])

35309-07 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика, много стентове
Не включва: такава при каротидна артерия (35307-01 [754])

35307-00 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, един стент
Включва: използване на устройство за емболна протекция

35307-01 Перкутанна транслуменна ангиопластика на една каротидна артерия, много стентове
Включва: използване на устройство за емболна протекция

Друга мегаволтова лъчетерапия

∇ 0629

15600-01 Стереотактично лъчелечение, фракционирано
Стереотактична лъчетерапия, фракционирана

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21**.

Клиничната пътека не може да се завършва само с код 18292-00 Прилагане на невролитик в друг периферен нерв.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

По тази КП НЗОК не заплаща за ендоваскуларно лечение на мозъчен инфаркт (тромбаспирация или механична тромбектомия).

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Невростимулатори за спинална и вагусова стимулация	НЗОК не заплаща посочените изделия
Титаниева мрежа	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Костен цимент за краниопластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Краниофикс	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Дураген (изкуствена Дура)	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Фибриново лепило	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Диагностично-стимулационни електроди за еднократно приложение	НЗОК не заплаща посочените изделия
Електроди за инвазивна ЕЕГ при пациенти с фармакорезистентна епилепсия	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сет за ултразвукова аспирация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Бургия за трепанация с предпазна система /краниотом/	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Хемостатична матрица	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Невробалонкатетър	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Резорбируема краниопластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за външен ликворен дренаж	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Дуропластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Агресивен борер за високооборотна конзола	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Комплект електроди за невромониторинг	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Комплект маркери за невронавигация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия”.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени **на територията му** и имащи договор с НЗОК.

За структури (операционен блок/зали), изпълняващи ендоваскуларна неврохирургия, се изисква наличието на апаратура за видеоконтрол.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврохирургия
2. КАИЛ/ОАИЛ
3. Операционен блок/зали – най-малко две зали
4. Клинична лаборатория, с II или III ниво на компетентност, с възможности за извършване на ликворно изследване, КГА, хемостазеология, туморни маркери, хормони
5. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия, С-рамо за периоперативен образен контрол, ангиографски апарат
6. Апаратура за невроендоскопски операции
7. Доплерова сонография на кръвоносни съдове
8. ЕЕГ
9. ЕМГ
10. Кабинет за изследване на евокирани потенциали

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на **населеното място**, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Патоморфологична лаборатория
3. Имунологична лаборатория
4. Вирусологична лаборатория
5. Микробиологична лаборатория, включително за изследване на анаероби

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по неврохирургия - четирима със специалност по неврохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Непосредствено преди извършване на процедури с №№ (35412-00, 35321-02), (35321-03, 35321-10), (35309-06, 35309-07, 35307-00, 35307-01), (39800-00), (35412-00, 39812-00, 39806-00) и (39815-00, 34115-00, 34115-01, 34124-00, 34124-01) се изисква консилиум от неврохирург, невролог и лекар по образна диагностика. Решението на консилиума се отразява в медицинската документация на пациента - ИЗ. Процедурите се извършват от лекар със специалност по неврохирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация за ВСМД „Ендоваскуларна неврохирургия“ (издадено от Ректор на медицински университет).

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за клиника/отделение по неврохирургия - четирима със специалност по неврохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.
- лекар/и със специалност по детски болести.

Непосредствено преди извършване на процедури с №№ (35412-00, 35321-02), (35321-03, 35321-10), (35309-06, 35309-07, 35307-00, 35307-01), (39800-00), (35412-00, 39812-00, 39806-00) и (39815-00, 34115-00, 34115-01, 34124-00, 34124-01) се изисква консилиум от неврохирург, невролог и лекар по образна диагностика. Решението на консилиума се отразява в медицинската документация на пациента - ИЗ. Процедурите се извършват от лекар със специалност по неврохирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация за ВСМД „Ендоваскуларна неврохирургия“ (издадено от Ректор на медицински университет).

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Минимален обем дейност за клиника/отделение по неврохирургия от III-то ниво на компетентност – **450** операции годишно.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение за пациенти с:

1. мозъчно-съдова болест;
2. краниоцеребрални тумори;
3. възпалителни и паразитни заболявания;
4. малформации на ЦНС;
5. епилепсия;
6. болеви синдроми;
7. хиперкинезии.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Специфичното лечение при болните с краниоцеребрална лезия (КЦЛ) включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи:

- контролиране на интракраниалната хипертенсия – оперативно и медикаментозно;
- цялостно или частично отстраняване на лезията;
- имплантиране на мозъчни клапи, дренажи, стимулатори, електроди;
- при коматозно болните се провежда интензивно лечение.

Оперативното лечение се състои във:

- ранно клипсиране на аневризмата;
- късно клипсиране на аневризмата;
- ексцизия на тумор, съдова малформация, евакуация на интракраниален хематом, абсцес, паразитна или друга киста, друга лезия;
- поставяне на вентрикулен дренаж при остра хидроцефалия;
- лигиране на хранеща артерия;
- отстраняване на част от черепните кости и нежизнеспособни мозъчни участъци за облекчаване на повишеното вътречерепно налягане;
- прекъсване на нерви или проводящи системи;
- декомпресия на неврални и съдови структури.

Консервативното лечение (специфично) включва съответен режим и медикаменти:

- физичен и психичен покой и аналгоседация;
- редовна дефекация, осигурявана с подходящ хранителен режим;
- слабителни средства и очистителни клизми;
- системен контрол на артериалното налягане;
- при наличие на епилептични гърчове и след операция се използват съответно подходящи антиконвулсанти;
- противооточни средства;
- антибиотична профилактика;
- при извършване на болезнени манипулации (лумбална пункция, поставяне на ЦВП и др.) - допълнително обезболяване, за да се избегнат транзиторни покачвания на артериалното налягане;

- хиперволемична хемодилуция (с хемодекс, водно-солеви разтвори и др.) в съчетание с артериална хипертензия се прилага при болни с клипсирана аневризма, за да се увеличат мозъчният кръвоток и мозъчното перфузионно налягане и да се подобри хемореологията (да се поддържа хематокрит между 0,33 и 0,38);
- поддържане в норма на кръвната захар, електролитите и кислородната сатурация над 95%;
- при болни с клипсирана аневризма и клинични данни за мозъчна исхемия се препоръчва стойностите на систоличното налягане да са по-високи – до 200 mm Hg (или поддържане му с инотропни субстанции);
- да се следи ЦВН да не надвишава 120 mm, поради опасност от белодробен оток, сърдечна декомпенсация и мозъчен оток – по преценка;
- прилагане на калциеви антагонисти в непрекъсната венозна инфузия чрез перфузор или перорално - по преценка.

Ранното извършване на ангиография и оперативно лечение (клипсиране на аневризмата възможно най-рано) при болни в първа и трета степен от скалата на Hunt & Hess елиминира източника на кървене, а в комбинация с калциеви антагонисти, адекватна хемодилуция и артериална хипертензия се намалява и рискът от късен исхемичен дефицит. Това е единственият правилен подход в острия стадий на САК. При останалите КЦЛ ранното хирургично лечение в моносимптомен стадий и компенсирано състояние е основна предпоставка за благоприятен изход.

Неспецифично лечение на КЦЛ:

- корекция на артериалното налягане – при диастолично налягане над 120 mm Hg и/или систолично налягане над 220 mm Hg;
- корекция на аритмии, сърдечна недостатъчност;
- противооточно лечение;
- обезболяване - аналгетици;
- седация;
- хидратация с водно - солеви разтвори;
- кислородолечение при Sao2 < 90%;
- инсулин при кръвна захар >12 mmol/l;
- антипиретици (при фебрилитет);
- антибиотик при инфекция;
- реанимационни мерки при усложнения;
- оротрахеална интубация;
- поставяне на централен венозен път и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- определяне на кръвна група и кръвопреливане.

Катетеризационният протокол от извършените интервенционални процедури *35412-00; 35321-02; 35321-03; 35321-10; 35309-06; 35309-07; 35307-03; 5307-010 , се подписва от специалист по неврохирургия, притежаващ свидетелство за професионална квалификация за ВСМД „Ендоваскуларна неврохирургия“ (издадено от Ректор на медицински университет).

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи - след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- спокойна оперативна рана;

- стабилизирано соматично и неврологично състояние.

При ендоваскуларно лечение на контролния преглед задължително се извършва образно изследване – КТ или ЯМР.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни (в ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни (в ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

Адрес: гр.(с) ..... ул..... №. .....

ж.к. ....бл.....вх.....тел.....

...

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

....

име на лечебното заведение

....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... **№.** ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... **№.** ☐☐.☐

Клинична процедура ..... **№.** ☐☐.☐

Диагноза: .....МКБ10 ☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Пациент: .....

(подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: **Лекар, вложил МИ:**

подпис и печат на лечебното заведение фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Краниоцеребралните заболявания включват разнообразни групи:

- краниоцеребрални тумори;
- мозъчно-съдови заболявания;
- малформации;
- възпалителни и паразитни;
- епилепсия;
- функционални нарушения (болеви синдроми, хиперкинезии и др.).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност ***мозъчно - съдовите нарушения*** заемат основно място.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло; тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти; стресови състояния и др.

Болните със субарахноидни кръвоизливи са между 10-12% от всички мозъчни инсулти. В около 60% от случаите причина за тяхното възникване е разкъсване на патологично разширен мозъчен кръвоносен съд.

Субарахноидният кръвоизлив възниква остро с главоболие, гадене, повръщане със или без парализа на ръка и крак и др.

Онкологичните заболявания включват различни тумори, които се развиват в черепа и главния мозък, водещи до сериозни нарушения на нормалната дейност на главния мозък и съответните структури, при силно повишено вътречерепно налягане; с развитието на общомозъчен или огнищен неврологичен дефицит и свързаните с тях неврологични и други усложнения, мозъчни кръвоизливи в мозъчното вещество.

Рисковите фактори, които довеждат до онкологични заболявания, са: тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти; стресови състояния, вредни екзогенни влияния - повишен радиационен фон, бензпирени, тежки метали и др.

Болните с невроонкологични заболявания са между 10-12% от всички онкологични заболявания.

Мозъчният тумор възниква постепенно с главоболие, гадене, повръщане със или без парализа на ръка и крак и др.

Възпалителните и паразитните заболявания са усложнения на други първични локализации и могат да доведат до повишаване на вътречерепното налягане, неврологични разстройства, инвалидизация и т.н.

Епилепсията е хронично заболяване на главния мозък и при наличие на чести пристъпи с медикаментозна резистентност могат да настъпят сериозни нервно-психични смущения, вкл. и смърт. Оперативното лечение може да доведе до прекратяване на пристъпите или значителното им разреждане и облекчаване.

При различните ***заболявания с хронична болка или дисфункция на краниални нерви и други мозъчни центрове*** болните могат да получат определено и съществено подобрение в резултат на различни неврохирургични вътречерепни процедури.

Малформациите могат да се проявяват в по-късна възраст от детската и да предизвикат също разнообразни неврологични разстройства, често с прогресиращ характер.

Повечето черепно-мозъчни заболявания са спешно състояние, което изисква незабавен преглед от общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и при установяване на неврологично разстройство е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение, вкл. и хирургично.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и коментирате информацията с ОПЛ, невролог/неврохирург от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури.

Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

При деца или възрастни с дефекти (слепота, афазия, глухонемота и др.) информирано съгласие се подписва от родител (настойник) или отговорен роднина или член на семейството.

КП № 206.2 КРАНИОТОМИИ, НЕИНДИЦИРАНИ ОТ ТРАВМА, ЧРЕЗ СЪВРЕМЕННИ ТЕХНОЛОГИИИ (НЕВРОНАВИГАЦИЯ)

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Премахване на интракраниален хематом или абсцес

Не включва: дренаж чрез трепанационно отвърстие (39600, 39900 [8])
реоперация на краниотомия или краниектомиран участък (39721-00 [10])

39603-00 Премахване на интракраниален хематом чрез остеопластична краниотомия
Премахване на интракраниален хематом чрез остеопластично ламбо

39903-00 Премахване на интракраниален абцес

Премахване на интракраниален хематом или абсцес

Не включва: дренаж чрез трепанационно отвърстие (39600, 39900 [8])
реоперация на краниотомия или краниектомиран участък (39721-00 [10])

39603-01 Премахване на интракраниален хематом с краниектомия

Инцизия на менинги на очния нерв

42548-00 Инцизия на менингите на очния нерв
Инцизия на обвивката на зрителния нерв
Не включва: такава при хирургия на черепната основа (39646-00 [17])

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-02 Други процедури на мозък или мозъчни обвивки
Хориоидна плексектомия
Кюретаж на мозък или мозъчни обвивки
Дебридман на мозък или мозъчни обвивки
Декортикация на мозъчни менинги
Ексцизия на:
• мозък или мозъчни обвивки } БДУ
• лезия на мозък }
Инцизия на мозък БДУ
Лоботомия на мозък
Лизиране на корови сраствания
Възстановяване на мозък БДУ
Трактотомия на мозък

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40703-00 Кортицектомия на мозъка
Кортикална резекция на мозъка
Не включва: топектомия (40703-01 [16])

40703-02 Частична лобектомия на мозъка
Амигдалохипокампектомия
Хипокампектомия
Не включва: такава при тумор (39709-00 [15])

Функционална интракраниална стереотактична процедура

∇ 0633

40801-00 Функционална стереотактична интракраниална процедура
Стереотактична:
• цингулотомия
• палидотомия
• таламотомия

Включва: ангиография
поставяне шлем на главата
определяне на координати с помощта на компютър
компютърна томография [КТ]
разрушаване на лезия
магнитно резонансна томография [ЯМР]
физиологична локализация
представяне на лезията
планиране
вентрикулография

Биопсия на мозък или менинги

39706-00 Биопсия на мозък чрез остеопластична краниотомия
Отворена мозъчна биопсия

Включва: остеопластично ламбо

39706-02 Биопсия на мозъчни менинги чрез остеопластична краниотомия
Отворена биопсия на церебрални менинги

Включва: остеопластично ламбо

Премахване на вътречерепна лезия

Не включва: такава чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653, 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

39712-00 Премахване лезия на мозъчни обвивки

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40706-00 Хемисферектомия

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40703-02 Частична лобектомия на мозъка
Амигдалохипокампектомия
Хипокампектомия

Не включва: такава при тумор (39709-00 [15])

Премахване на вътречерепна лезия

Не включва: такава чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653, 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

39709-00 Премахване лезия на главния мозък
Частична лобектомия на мозъка при тумор

39709-01 Премахване лезия в мозъчния ствол

39709-02 Премахване на лезия в малкия мозък

41575-00 Премахване на лезия в церебело-понтинния ъгъл
Премахване на акустичен невром

Включва: такава чрез краниотомия

39712-04 Премахване на друга вътречерепна лезия
Отстраняване на интракраниален тумор БДУ
Не включва: краниофарингеом (39712-02 [125])
интракраниален невробластом (43987-02 [80])
такъв обхващащ инфратемпоралната ямка (41581-00 [17])
такъв в пинеално тяло (39712-01 [122])

Ексцизия на черепна лезия

Включва: такава при инфекция

39700-00 Ексцизия на черепна лезия
Кодирай също когато е направена:
• краниопластика (40600 [23])

Премахване на вътречерепна лезия

Не включва: такава чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653, 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

39712-00 Премахване лезия на мозъчни обвивки

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика
Включва: графт от мастна тъкан
Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])
• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])
Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-01 Други процедури на череп
Краниектомия БДУ
Инцизия и дренаж на черепни синуси
Премахване на черепна пластина
Не включва: отстраняване на чуждо тяло от череп (90569-00 [1556])

Възстановяване на мозъчна дура

Дурален графт
Дурапластика
Възстановяване на мозъчни менинги
Не включва: такава с:
• интракраниална декомпресия (40106-00, 40106-01 [9])
• активиране на обекс (40339-00 [22])
• наместване на черепна фрактура (39612 [25])
• хирургия на черепната основа при лезия, обхващаща предна черепна ямка (39640-00, 39642-00, 39646-00 [17])

39615-00 Възстановяване на твърда мозъчна обвивка чрез краниотомия
Отложено възстановяване на дура след фрактура на черепа чрез краниотомия
Не включва: такава чрез краниопластика (39615-01 [20])

Възстановяване на мозъчна дура

Дурален графт
Дурапластика
Възстановяване на мозъчни менинги
Не включва: такава с:

• интракраниална декомпресия (40106-00, 40106-01 [9])
• активиране на обекс (40339-00 [22])
• наместване на черепна фрактура (39612 [25])
• хирургия на черепната основа при лезия, обхващаща предна черепна ямка (39640-00, 39642-00, 39646-00 [17])

39615-01 Възстановяване на твърда мозъчна обвивка чрез краниотомия с краниопластика
Отложено възстановяване на твърда мозъчна обвивка след фрактура на черепа чрез краниопластика

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])
Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-00 Поставяне на вентрикуло-атриален шънт
∇ 0634

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])
Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-02 Поставяне на вентрикуло-перитонеален шънт
∇ 0634

Поставяне на устройства в интракраниална цереброспинална течност

Замяна } на устройства за дренаж на гръбначно-мозъчната течност
Ревизия }

39015-00 Поставяне на външен вентрикуларен дрен
∇ 0634

Не включва: поставяне на вентрикуларен шънт за цереброспинална течност (40003-00, 40003-01, 40003-02 [5])

39015-01 Поставяне на вентрикуларен резервоар
Поставяне на резервоар на:
• Ommaya
• Rickham

39015-02 Поставяне на устройство за мониторинг на вътречерепно налягане с контрол

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])
Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-03 Поставяне на вентрикуларен шънт до друго екстракраниално място
∇ 0634

40003-04 Поставяне на цистернален шънт
Поставяне на шънт:
• цистерно-атриален
• цистерноперитонеален
• цистерноплеврален

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])
Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

90002-00 Промивка на цереброспинален шънт

Ревизия на интракраниален цереброспинален шънт

∇ 0634

Включва: отстраняване и повторно поставяне на цереброспинален шънт
смяна на цереброспинален шънт

Не включва: ревизия на дистално място:
- предсърдно (90200-00 [605])
- перитонеално (90330-00 [1001])
- плеврално (90174-00 [557])

40009-00 Ревизия на вентрикулен шънт

40009-01 Ревизия на цистернален шънт

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40703-00 Кортицектомия на мозъка
Кортикална резекция на мозъка

Не включва: топектомия (40703-01 [16])

Други процедури за апликация, поставяне или премахване върху череп, мозъчни обвивки или мозък

40709-00 Поставяне на интракраниален електрод чрез трепанационно отвърстие
Дълбока мозъчна стимулация
Имплантиране на вътречерепен електрод

Включва: поставяне на екстензионен проводник, свързващ електроди към невростимулатор

Забележка: Извършено при:
- епилепсия
- мултиплена склероза
- контрол на болката
- Паркисонова болест

Кодирай също когато е направена:
- интракраниална стереотактична локализация (40803-00 [1])
- подкожно имплантиране на невростимулатор (39134-01 [1604])

40712-00 Поставяне на интракраниален електрод чрез краниотомия
Дълбока мозъчна стимулация

Включва: поставяне на екстензионен проводник, свързващ електроди към невростимулатор

Забележка: Извършено при:
- епилепсия
- мултиплена склероза
- контрол на болката
- Паркисонова болест

Освобождаване на интракраниален нерв

39500-00 Интракраниално прерязване на вестибуларен нерв
Интракраниално разделяне на вестибуларния нерв

Включва: такава през задната черепна ямка

Не включва: такава през:
- ретролабиринтен достъп (41596-00, 41596-02 [331])
- транслабиринтен достъп (41593-00 [331])

Освобождаване на интракраниален нерв

39106-00 Освобождаване на вътречерепния тригеминален нерв
Тригеминална ганглионектомия
Интракраниална:
• невректомия при тригеминална невралгия
• тригеминална невротомия
Прерязване на интракраниален тригеминален нерв

Освобождаване на интракраниален нерв

39327-03 Освобождаване на друг вътречерепен нерв

Разделяне на периферен нерв

Не включва: такава на менинги на очния нерв(обвивка) (42548-00 [69])

39324-01 Отворена невротомия на повърхностен периферен нерв

39327-01 Отворена невротомия на дълбок периферен нерв
Отворена невротомия:
•екстракраниален нерв
• първични задни коренчета на спинален нерв
Не включва: разделяне на:
• интракраниален нерв (39327-03 [73])
• симпатиков нерв (35000, 35003, 35012, 90014-00 [81])

Освобождаване на интракраниален нерв

39327-03 Освобождаване на друг вътречерепен нерв

Разделяне на периферен нерв

Не включва: такава на менинги на очния нерв(обвивка) (42548-00 [69])

39327-01 Отворена невротомия на дълбок периферен нерв
Отворена невротомия:
•екстракраниален нерв
• първични задни коренчета на спинален нерв
Не включва: разделяне на:
• интракраниален нерв (39327-03 [73])
• симпатиков нерв (35000, 35003, 35012, 90014-00 [81])

Освобождаване на интракраниален нерв

39106-00 Освобождаване на вътречерепния тригеминален нерв
Тригеминална ганглионектомия
Интракраниална:
• невректомия при тригеминална невралгия
• тригеминална невротомия
Прерязване на интракраниален тригеминален нерв

Друга невректомия

39327-00 Невректомия на дълбок периферен нерв
Не включва: интракраниална невректомия при тригеминална невралгия (39106-00 [73])

39327-04 Невректомия на вътречерепен нерв
Отстраняване на тумор от краниален нерв
Не включва: интракраниален невробластом (43987-02 [80])
отстраняване на тумор от церебело-понтинния ъгъл (41575-00 [15])

Биопсия на нерв

90013-00 Биопсия на нерв

Биопсия на мозък или менинги

39706-00 Биопсия на мозък чрез остеопластична краниотомия
Отворена мозъчна биопсия
Включва: остеопластично ламбо

Прилагане на невролитик в краниален нерв

Блокада на краниален нерв с невролитик
Забележка: извършвана за управление на болката

39100-00 Приложение на невролитик в първичен клон на тригеминалния нерв
Инжекция на:
• алкохол
• фенол

18290-00 Прилагане на невролитик в друг краниален нерв

Прилагане на невролитик в друг периферен нерв

Блокада на друг периферен нерв с невролитик
Включва: прилагане в спинални нерви:
• клон
• плексус
• корен
Не включва: това в:
• краниален нерв (виж блок [61])
• заден първичен клон на спинален нерв (39013-02 [62])
• симпатиков нерв (виж блок [66])

18292-00 Прилагане на невролитик в друг периферен нерв
Прилагане на невролитик в:
• дорзален коренов ганглий
• интервертебрален отвор

Друга невролиза на периферен нерв и нервен ствол

39312-00 Отворена невролиза на интерфасцикуларен периферен нервен ствол

39330-00 Отворена невролиза на периферен нерв, некласифицирана другаде
Декомпресия на периферен нерв БДУ
Не включва: такава с транспозиция на нерв (39321-00 [83])

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39300-00 Първично възстановяване на нерв
Анастомоза на нерв
Шев на нерв
Не включва: анастомоза на:
• лицево-аксесорен нерв (39503-01 [83])
• лицевохипоглосален нерв (39503-00 [83])

39306-00 Първично възстановяване на нервен ствол
Анастомоза на нервен ствол
Шев на нервен ствол

Декомпресия на вътречерепен нерв

39112-00 Интракраниална декомпресия на друг черепен нерв
Интракраниална декомпресия на тригеминален нерв

Декомпресия на вътречерепен нерв

41569-00 Интракраниална декомпресия на лицев нерв

Не включва: такава с частична резекция на слепоочната кост (41584-01 [324])

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39318-00 Графт на нерв

Включва: доставяне на графт за нерв

39315-00 Нервен графт на нервен ствол

Стволов графт към периферен нервен ствол

Включва: доставяне на нервен графт

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39321-00 Транспозиция на нерв

Включва: невролиза

Други процедури на нервите

90016-01 Други процедури на нерви

Невректазия

Поставяне, подмяна или отстраняване на електроди в периферните нерви

39136-02 Премахване на електроди в периферни нерви

Не включва: такава при смяна (39137-01 [67])

Хирургична симпатектомия

Разделяне } на симпатиков нерв
Невректомия }

Не включва: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])

90014-00 Друга хирургична симпатектомия

Периатериална хирургична симпатектомия

Хирургична ганглионектомия:

- сфенопалатинен възел
- симпатиков БДУ

Други процедури на епифизна жлеза

90043-00 Други процедури на епифизна жлеза

Изследване на пинеална област

Ексцизионни процедури на епифизна жлеза

30075-08 Биопсия на епифизна жлеза

39712-01 Премахване на лезия от епифизното тяло

Отстраняване на пинеалом

Други ексцизионни процедури на хипофиза

39715-00 Частична ексцизия на хипофиза, транскраниален достъп

Отстраняване лезия на хипофизата чрез транскраниален достъп

Не включва: краниофарингеом (39712-02 [125])

Други ексцизионни процедури на хипофиза

39715-01 Частична ексцизия на хипофиза, транссфеноидален подход (достъп)

Отстраняване лезия на хипофизата чрез транссфеноидален достъп

Включва: трансетмоидален } достъп
трансназален }

Не включва: такава за отстраняване на краниофарингеом (39712-02 [125])

Други процедури на хипофиза

90044-00 Други процедури на хипофизна жлеза
Изследване на хипофизна ямка

Други ексцизионни процедури на хипофиза

39715-02 Тотална ексцизия на хипофиза, транскраниален достъп
Не включва: такава за отстраняване на краниофарингеом (39712-02 [125])

Други ексцизионни процедури на хипофиза

39715-03 Тотална ексцизия на хипофиза, транссфеноидален достъп
Не включва: такава за отстраняване на краниофарингеом (39712-02 [125])

Ексцизионни процедури на слъзна система

42593-00 Ексцизия на слъзна жлеза
Ексцизия лезия на слъзна жлеза
Дакриоаденектомия
Включва: инцизия на клепачен лоб

Орбитотомия с отстраняване и подмяна на кост

Декомпресионна орбитотомия с отстраняване и замяна на кост

42530-00 Експлоративна орбитотомия, изискваща отстраняване и подмяна на кост

Екзентерация на орбита

Евисцерация на орбита

42536-04 Екзентерация на орбита с отстраняване на прилежащите структури

Вторични процедури след отстраняване на очната ябълка

Включва: процедури на анофталмична орбита или сак
Не включва: такава с:
- енуклеация на очна ябълка (42506-01, 42509-00, 42510-00 [161])
- евисцерация на очна ябълка (42515-00 [161])

42518-00 Поставяне на хрущялен орбитален имплантант към анофталмична орбита

Орбитотомия

42534-00 Орбитотомия с инсерция на орбитален имплантант

Орбитотомия

42533-00 Експлоративна орбитотомия
Орбитотомия БДУ
Включва: дренаж
Не включва: такава с:
- биопсия (42533-01 [224])
- ексцизия на лезия (42542-00 [224])
- отстраняване на чуждо тяло (42542-01 [224])

Ексцизионни процедури на очната ябълка

42512-00 Евисцерация на очна ябълка без имплант
Евисцерация на очна ябълка БДУ

Ексцизионни процедури на очната ябълка

42506-00 Енуклеация на очна ябълка без имплант
Енуклеация на очна ябълка БДУ

Екзентерация на орбита

Евисцерация на орбита

42536-04 Екзентерация на орбита с отстраняване на прилежащите структури

Екзентерация на орбита

Евисцерация на орбита

42536-05 Екзентерация на орбита с терапевтично отстраняване на орбитална кост

Екзентерация на орбита

Евисцерация на орбита

42536-00 Екзентерация на орбита

Орбитотомия с биопсия или ексцизия

Не включва: отстраняване и замяна на кост (виж блок [227])

42542-00 Експлоративна орбитотомия, преден аспект, с ексцизия на лезия

Други процедури върху очна ябълка

90061-00 Други процедури на очна ябълка

Други процедури на орбита

90083-00 Други процедури на орбита

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев
Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

90229-00 Друга ендартериектомия

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

32766-00 Възстановяване на друга артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

33827-00 Възстановяване на каротидна артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-03 Възстановяване на друга артерия чрез интерпозиционен графт

Артериален байпас графт с използване на вена

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])
• патч графт (33548 [707])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт– пропусни кода
Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32763-00 Друг артериален байпас с използване на вена

Екстракраниален към интракраниален байпас

39818-00 Екстракраниален към интракраниален байпас с графт от артерия темпоралис суперфациалис

Директно затваряне на артерия

Шев на артериална рана:
• директна
• латерална

90209-03 Директно затваряне на друга артерия

Директно затваряне на вена

Шев на венозно нараняване:
• директно
• латерално

90232-00 Директно затваряне на друга вена

Други процедури на артерии и вени

90223-01 Други съдови процедури

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика
Корекция } стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Деструкция на интракраниална аневризма или друга съдова лезия

39800-00 Клипинг на черепна аневризма

Деструкция на интракраниална аневризма или друга съдова лезия

39812-00 Лигиране на цервикален съд при интракраниална аневризма

39806-00 Клипинг на вътречерепна проксимална артерия
Забележка: Извършено при аневризма или артериовенозна малформация

Деструкция на интракраниална аневризма или друга съдова лезия

39815-00 Облитерация на каротидо-кавернозна фистула
Включва: комбинация от цервикална и вътречерепна процедура

Ексцизия на артериовенозна фистула на шия

Кодирай също когато е направена:
• прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])

34115-00 Ексцизия или лигиране на обикновена артериовенозна фистула на шия

34115-01 Ексцизия или лигиране на сложна артериовенозна фистула на шия

Възстановяване артериовенозна фистула на шията

Кодирай също когато е направено:
• прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])

34124-00 Възстановяване на обикновена артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта

34124-01 Възстановяване на сложна артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта

Патч графт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последвателен, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])

Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-00 Патч графт на артерия с използване на автоложен материал
Патч графт за артериален байпас графт с използване на автоложен материал
Патч графт от:
• артерия
• вена

Патч графт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последвателен, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])

Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-01 Патч графт на артерия с използване на синететичен материал
Патч графт за артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Патч графт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последвателен, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])

Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-00 Патч графт на артерия с използване на автоложен материал
Патч графт за артериален байпас графт с използване на автоложен материал
Патч графт от:
• артерия
• вена

Други процедури на артерии и вени

90223-01 Други съдови процедури

1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21**.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Задължително е изготвянето на копие от снимка на екрана на невронавигационната система по време на планирането и на осъществяването на интервенцията, която подлежи на контрол.

Задължително се прави постоперативна образна диагностика с КТ и/или ЯМР. Осъщественото постоперативно КТ изследване на глава трябва да бъде с постреконструкция на 1мм.

При надвишаване обемът над 25% на КП № 206.2 от сбора на случаите от КП № 206.1 и КП № 206.2 за предходния отчетен период, за дадено лечебно заведение, случаите над 25 % от КП № 206.2 се заплаща на цената на КП № 206.1.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Невростимулатори за спинална и вагусова стимулация	НЗОК не заплаща посочените изделия
Титаниева мрежа	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Костен цимент за краниопластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Краниофикс	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Дураген (изкуствена Дура)	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Фибриново лепило	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Диагностично-стимулационни електроди за еднократно приложение	НЗОК не заплаща посочените изделия
Електроди за инвазивна ЕЕГ при пациенти с фармакорезистентна епилепсия	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сет за ултразвукова аспирация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Бургия за трепанация с предпазна система /краниотом/	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Хемостатична матрица	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Невробалонкатетър	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Резорбируема краниопластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за външен ликворен дренаж	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Дуропластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Агресивен борер за високооборотна конзола	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Комплект електроди за невромониторинг	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Комплект маркери за невронавигация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия”.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени **на територията му** и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврохирургия
2. КАИЛ/ОАИЛ
3. Операционен блок/зали – най-малко две зали
4. Клинична лаборатория, с II или III ниво на компетентност, с възможности за извършване на ликворно изследване, КГА, хемостазеология, туморни маркери, хормони
5. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия, С-рамо за периоперативен образен контрол, ангиографски апарат
6. Апаратура за невроендоскопски операции
7. Доплерова сонография на кръвоносни съдове
8. ЕЕГ
9. ЕМГ
10. Кабинет за изследване на евокирани потенциали
11. Невронавигация с планираща система и софтуер

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на **населеното място**, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Патоморфологична лаборатория
3. Имунологична лаборатория
4. Вирусологична лаборатория
5. Микробиологична лаборатория, включително за изследване на анаероби

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по неврохирургия - четирима със специалност по неврохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за клиника/отделение по неврохирургия - четирима със специалност по неврохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.
- лекар/и със специалност по детски болести.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

В случай, когато отделни медицински процедури се извършват от лекари специалисти, които работят в други структури на ЛЗ, различни от клиника/отделение по неврохирургия, това се регламентира със заповед на управителя/директора на ЛЗ, като се уточнява трудовият дял на специалистите, извършващи дейности по КП.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Минимален обем дейност за клиника/отделение по неврохирургия от III-то ниво на компетентност – **450** операции годишно.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение за пациенти с:

1. мозъчно-съдова болест;
2. краниоцеребрални тумори;
3. възпалителни и паразитни заболявания;
4. малформации на ЦНС;
5. епилепсия;
6. болеви синдроми;
7. хиперкинезии.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Специфичното лечение при болните с краниоцеребрална лезия (КЦЛ) включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи:

- контролиране на интракраниалната хипертенсия – оперативно и медикаментозно;
- цялостно или частично отстраняване на лезията;
- имплантиране на мозъчни клапи, дренажи, стимулатори, електроди;
- при коматозно болните се провежда интензивно лечение.

Оперативното лечение се състои във:

- ранно клипсиране на аневризмата;
- късно клипсиране на аневризмата;
- ексцизия на тумор, съдова малформация, евакуация на интракраниален хематом, абсцес, паразитна или друга киста, друга лезия;
- поставяне на вентрикулен дренаж при остра хидроцефалия;
- лигиране на хранеща артерия;
- отстраняване на част от черепните кости и нежизнеспособни мозъчни участъци за облекчаване на повишеното вътречерепно налягане;
- прекъсване на нерви или проводящи системи;
- декомпресия на неврални и съдови структури.

Консервативното лечение (специфично) включва съответен режим и медикаменти:

- физичен и психичен покой и аналгоседация;
- редовна дефекация, осигурявана с подходящ хранителен режим;
- слабителни средства и очистителни клизми;
- системен контрол на артериалното налягане;
- при наличие на епилептични гърчове и след операция се използват съответно подходящи антиконвулсанти;
- противооточни средства;
- антибиотична профилактика;
- при извършване на болезнени манипулации (лумбална пункция, поставяне на ЦВП и др.) - допълнително обезболяване, за да се избегнат транзиторни покачвания на артериалното налягане;
- хиперволемична хемодилуция (с хемодекс, водно-солеви разтвори и др.) в съчетание с артериална хипертензия се прилага при болни с клипсирана аневризма, за да се увеличат мозъчният кръвоток и мозъчното перфузионно налягане и да се подобри хемореологията (да се поддържа хематокрит между 0,33 и 0,38);
- поддържане в норма на кръвната захар, електролитите и кислородната сатурация над 95%;
- при болни с клипсирана аневризма и клинични данни за мозъчна исхемия се препоръчва стойностите на систоличното налягане да са по-високи – до 200 mm Hg (или поддържане му с инотропни субстанции);
- да се следи ЦВН да не надвишава 120 mm, поради опасност от белодробен оток, сърдечна декомпенсация и мозъчен оток – по преценка;
- прилагане на калциеви антагонисти в непрекъсната венозна инфузия чрез перфузор или перорално - по преценка.

Ранното извършване на ангиография и оперативно лечение (клипсиране на аневризмата възможно най-рано) при болни в първа и трета степен от скалата на Hunt & Hess елиминира източника на кървене, а в комбинация с калциеви антагонисти, адекватна хемодилуция и артериална хипертензия се намалява и рискът от късен исхемичен дефицит. Това е единственият правилен подход в острия стадий на САК. При останалите КЦЛ ранното хирургично лечение в моносимптомен стадий и компенсирано състояние е основна предпоставка за благоприятен изход.

Неспецифично лечение на КЦЛ:

- корекция на артериалното налягане – при диастолично налягане над 120 mm Hg и/или систолично налягане над 220 mm Hg;
- корекция на аритмии, сърдечна недостатъчност;
- противооточно лечение;

- обезболяване - аналгетици;
- седация;
- хидратация с водно - солеви разтвори;
- кислородолечение при Sao2 < 90%;
- инсулин при кръвна захар >12 mmol/l;
- антипиретици (при фебрилитет);
- антибиотик при инфекция;
- реанимационни мерки при усложнения;
- оротрахеална интубация;
- поставяне на централен венозен път и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- определяне на кръвна група и кръвопреливане.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи - след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- спокойна оперативна рана;

- стабилизирано соматично и неврологично състояние.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни (в ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни (в ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..,..,.... код на държава

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул.....№. .....

ж.к.....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ..

Амбулаторна процедура ..... №. ..

Клинична процедура ..... №. ..

Диагноза: ..... МКБ10 ..,.. ...,..

дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година

Пациент: .....
(подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване:

ден месец година

Директор на лечебното заведение:
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Краниоцеребралните заболявания включват разнообразни групи:

- краниоцеребрални тумори;
- мозъчно-съдови заболявания;
- малформации;
- възпалителни и паразитни;
- епилепсия;
- функционални нарушения (болеви синдроми, хиперкинезии и др.).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност ***мозъчно - съдовите нарушения*** заемат основно място.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло; тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти; стресови състояния и др.

Онкологичните заболявания включват различни тумори, които се развиват в черепа и главния мозък, водещи до сериозни нарушения на нормалната дейност на главния мозък и съответните структури, при силно повишено вътречерепно налягане; с развитието на общомозъчен или огнищен неврологичен дефицит и свързаните с тях неврологични и други усложнения, мозъчни кръвоизливи в мозъчното вещество.

Рисковите фактори, които довеждат до онкологични заболявания, са: тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти; стресови състояния, вредни екзогенни влияния - повишен радиационен фон, бензпирени, тежки метали и др.

Болните с невроонкологични заболявания са между 10-12% от всички онкологични заболявания.

Мозъчният тумор възниква постепенно с главоболие, гадене, повръщане със или без парализа на ръка и крак и др.

Възпалителните и паразитните заболявания са усложнения на други първични локализации и могат да доведат до повишаване на вътречерепното налягане, неврологични разстройства, инвалидизация и т.н.

Епилепсията е хронично заболяване на главния мозък и при наличие на чести пристъпи с медикаментозна резистентност могат да настъпят сериозни нервно-психични смущения, вкл. и смърт. Оперативното лечение може да доведе до прекратяване на пристъпите или значителното им разреждане и облекчаване.

При различните ***заболявания с хронична болка или дисфункция на краниални нерви и други мозъчни центрове*** болните могат да получат определено и съществено подобрение в резултат на различни неврохирургични вътречерепни процедури.

Малформациите могат да се проявяват в по-късна възраст от детската и да предизвикат също разнообразни неврологични разстройства, често с прогресиращ характер.

Повечето черепно-мозъчни заболявания са спешно състояние, което изисква незабавен преглед от общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и при установяване на неврологично разстройство е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение, вкл. и хирургично.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и коментирате информацията с ОПЛ, невролог/неврохирург от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури.

Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

При деца или възрастни с дефекти (слепота, афазия, глухонемота и др.) информирано съгласие се подписва от родител (настойник) или отговорен роднина или член на семейството.

КП № 206.3 КРАНИОТОМИИ, НЕИНДИЦИРАНИ ОТ ТРАВМА, ЧРЕЗ СЪВРЕМЕННИ ТЕХНОЛОГИИИ (НЕВРОЕНДОСКОПИЯ И ИНТРАОПЕРАТИВЕН УЛТРАЗВУК)

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

1934	Други лабораторни изследвания
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: По тази КП се приемат пациенти за активно лечение след провеждане на КПр № 6 „Ендоваскуларно лечение на нетравматични мозъчни кръвоизливи, аневризми и артериовенозни малформации на мозъчните съдове“. В този случай за завършване на КП се отчитат задължително кодове по (96199-08 и/или 96199-09 и/или 96197-09).

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия”.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени **на територията му** и имащи договор с НЗОК.
За структури (операционен блок/зали), изпълняващи ендоваскуларна неврохирургия, се изисква наличието на апаратура за видеоконтрол.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврохирургия
2. КАИЛ/ОАИЛ
3. Операционен блок/зали – най-малко две зали
4. Клинична лаборатория, с II или III ниво на компетентност, с възможности за извършване на ликворно изследване, КГА, хемостазеология, туморни маркери, хормони
5. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия, С-рамо за периоперативен образен контрол, ангиографски апарат
6. Апаратура за невроендоскопски операции
7. Доплерова сонография на кръвоносни съдове
8. ЕЕГ
9. ЕМГ
10. Кабинет за изследване на евокирани потенциали

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на **населеното място**, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Патоморфологична лаборатория
3. Имунологична лаборатория
4. Вирусологична лаборатория
5. Микробиологична лаборатория, включително за изследване на анаероби

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по неврохирургия - четирима със специалност по неврохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;

- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- за клиника/отделение по неврохирургия - четирима със специалност по неврохирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.
- лекар/и със специалност по детски болести.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Минимален обем дейност за клиника/отделение по неврохирургия от III-то ниво на компетентност – **450** операции годишно.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Лечение на пациенти след проведена КПр № 6

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Специфичното лечение при болните включва консервативни терапевтични подходи:

- контролиране на интракраниалната хипертенсия – оперативно и медикаментозно;
- при коматозно болните се провежда интензивно лечение.

Консервативното лечение (специфично) включва съответен режим и медикаменти:

- физичен и психичен покой и аналгоседация;
- редовна дефекация, осигурявана с подходящ хранителен режим;
- слабителни средства и очистителни клизми;
- системен контрол на артериалното налягане;

- при наличие на епилептични гърчове и след операция се използват съответно подходящи антиконвулсанти;
- противооточни средства;
- антибиотична профилактика;
- при извършване на болезнени манипулации (лумбална пункция, поставяне на ЦВП и др.) - допълнително обезболяване, за да се избегнат транзиторни покачвания на артериалното налягане;
- хиперволемична хемодилуция (с хемодекс, водно-солеви разтвори и др.) в съчетание с артериална хипертензия се прилага при болни с клипсирана аневризма, за да се увеличат мозъчният кръвоток и мозъчното перфузионно налягане и да се подобри хемореологията (да се поддържа хематокрит между 0,33 и 0,38);
- поддържане в норма на кръвната захар, електролитите и кислородната сатурация над 95%;
- да се следи ЦВН да не надвишава 120 mm, поради опасност от белодробен оток, сърдечна декомпенсация и мозъчен оток – по преценка;
- прилагане на калциеви антагонисти в непрекъсната венозна инфузия чрез перфузор или перорално - по преценка.

Ранното извършване на ангиография при болни в първа и трета степен от скалата на Hunt & Hess елиминира източника на кървене, а в комбинация с калциеви антагонисти, адекватна хемодилуция и артериална хипертензия се намалява и рискът от късен исхемичен дефицит. Това е единственият правилен подход в острия стадий на САК.

Неспецифично лечение на КЦЛ:

- корекция на артериалното налягане – при диастолично налягане над 120 mm Hg и/или систолично налягане над 220 mm Hg;
- корекция на аритмии, сърдечна недостатъчност;
- противооточно лечение;
- обезболяване - аналгетици;
- седация;
- хидратация с водно - солеви разтвори;
- кислородолечение при Sao2 < 90%;
- инсулин при кръвна захар >12 mmol/l;
- антипиретици (при фебрилитет);
- антибиотик при инфекция;
- реанимационни мерки при усложнения;
- оротрахеална интубация;
- поставяне на централен венозен път и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- определяне на кръвна група и кръвопреливане.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

При онкологичните случаи - след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- спокойна оперативна рана;
- стабилизирано соматично и неврологично състояние.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

3. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Краниоцеребралните заболявания включват разнообразни групи:

- краниоцеребрални тумори;
- мозъчно-съдови заболявания;
- малформации;
- възпалителни и паразитни;
- епилепсия;
- функционални нарушения (болеви синдроми, хиперкинезии и др.).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност ***мозъчно - съдовите нарушения*** заемат основно място.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло; тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти; стресови състояния и др.

Болните със субарахноидни кръвоизливи са между 10-12% от всички мозъчни инсулти. В около 60% от случаите причина за тяхното възникване е разкъсване на патологично разширен мозъчен кръвоносен съд.

Субарахноидният кръвоизлив възниква остро с главоболие, гадене, повръщане със или без парализа на ръка и крак и др.

Малформациите могат да се проявяват в по-късна възраст от детската и да предизвикат също разнообразни неврологични разстройства, често с прогресиращ характер.

Повечето черепно-мозъчни заболявания са спешно състояние, което изисква незабавен преглед от общопрактикуващ лекар или от лекар – специалист, и при установяване на неврологично разстройство е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение, вкл. и хирургично.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и коментирате информацията с ОПЛ, невролог/неврохирург от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури.

Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

При деца или възрастни с дефекти (слепота, афазия, глухонемота и др.) информирано съгласие се подписва от родител (настойник) или отговорен роднина или член на семейството.

КП № 207 КРАНИОТОМИИ, НЕИНДИЦИРАНИ ОТ ТРАВМА, ПО КЛАСИЧЕСКИ НАЧИН

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-01 Други процедури на череп
Краниектомия БДУ
Инцизия и дренаж на черепни синуси
Премахване на черепна пластина
Не включва: отстраняване на чуждо тяло от череп (90569-00 [1556])

Други процедури за апликация, поставяне или премахване върху череп, мозъчни обвивки или мозък

40709-01 Премахване на интракраниален електрод чрез трепанационно отвърстие
Включва: премахване на екстензионен проводник, свързващ електроди към невростимулатор
Не включва: такава с подмяна (40709-03 [6])

40712-01 Премахване на интракраниален електрод чрез краниотомия
Включва: премахване на екстензионен проводник, свързващ електроди към невростимулатор
Не включва: такава с подмяна (40712-03 [6])

Реоперация на краниотомия или краниектомиран участък

39721-00 Реоперация на краниотомия или краниектомиран участък
□ 0039, 0612
Декомпресия при оток
Дренаж на: }
• хеморагия }
• инфекция }
Премахване на: } следоперативен
• абцес }
• хематом }
Включва: премахване черепно ламбо
такава чрез остеопластично ламбо

Премахване на интракраниален хематом или абсцес

Не включва: дренаж чрез трепанационно отвърстие (39600, 39900 [8])
реоперация на краниотомия или краниектомиран участък (39721-00 [10])

39603-00 Премахване на интракраниален хематом чрез остеопластична краниотомия
Премахване на интракраниален хематом чрез остеопластично ламбо

39903-00 Премахване на интракраниален абцес

Инцизионен оглед на менинги или мозък

39012-00 Трепанационно отвърстие
Трепанационно отвърстие за:
• брахитерапия
• с цел проверка
Интракраниален оглед
Не включва: тези като оперативен достъп – пропусни кода

Премахване на интракраниален хематом или абсцес

Не включва: дренаж чрез трепанационно отвърстие (39600, 39900 [8])
реоперация на краниотомия или краниектомиран участък (39721-00 [10])

39603-01 Премахване на интракраниален хематом с краниектомия

Инцизия на менинги на очния нерв

42548-00 Инцизия на менингите на очния нерв
Инцизия на обвивката на зрителния нерв
Не включва: такава при хирургия на черепната основа (39646-00 [17])

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-02 Други процедури на мозък или мозъчни обвивки
Хориоидна плексектомия
Кюретаж на мозък или мозъчни обвивки
Дебридман на мозък или мозъчни обвивки
Декортикация на мозъчни менинги
Ексцизия на:
• мозък или мозъчни обвивки } БДУ
• лезия на мозък }
Инцизия на мозък БДУ
Лоботомия на мозък
Лизиране на корови сраствания
Възстановяване на мозък БДУ
Трактотомия на мозък

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40703-00 Кортицектомия на мозъка
Кортикална резекция на мозъка
Не включва: топектомия (40703-01 [16])

40703-02 Частична лобектомия на мозъка
Амигдалохипокампектомия
Хипокампектомия
Не включва: такава при тумор (39709-00 [15])

Функционална интракраниална стереотактична процедура

□ 0633

40801-00 Функционална стереотактична интракраниална процедура
Стереотактична:
• цингулотомия
• палидотомия
• таламотомия
Включва: ангиография
поставяне шлем на главата
определяне на координати с помощта на компютър
компютърна томография [КТ]
разрушаване на лезия
магнитно резонансна томография [ЯМР]
физиологична локализация
представяне на лезията
планиране
вентрикулография

Биопсия на мозък или менинги

39706-00 Биопсия на мозък чрез остеопластична краниотомия
Отворена мозъчна биопсия
Включва: остеопластично ламбо

39703-02 Биопсия на мозъчни обвивки чрез трепанационно отвърстие
Затворена биопсия на церебрални менинги

Премахване на вътречерепна лезия

Не включва: такава чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653, 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

39712-00 Премахване лезия на мозъчни обвивки

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40706-00 Хемисферектомия

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40703-02 Частична лобектомия на мозъка
Амигдалохипокампектомия
Хипокампектомия
Не включва: такава при тумор (39709-00 [15])

Премахване на вътречерепна лезия

Не включва: такава чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653, 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

39709-00 Премахване лезия на главния мозък
Частична лобектомия на мозъка при тумор

39709-01 Премахване лезия в мозъчния ствол

39709-02 Премахване на лезия в малкия мозък

41575-00 Премахване на лезия в церебело-понтинния ъгъл
Премахване на акустичен невром
Включва: такава чрез краниотомия

39712-04 Премахване на друга вътречерепна лезия
Отстраняване на интракраниален тумор БДУ
Не включва: краниофарингеом (39712-02 [125])
интракраниален невробластом (43987-02 [80])
такъв обхващащ инфратемпоралната ямка (41581-00 [17])
такъв в пинеално тяло (39712-01 [122])

Премахване на вътречерепна лезия

Не включва: такава чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653, 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

39712-00 Премахване лезия на мозъчни обвивки

Ексцизия на черепна лезия

Включва: такава при инфекция

39700-00 Ексцизия на черепна лезия
Кодирай също когато е направена:
• краниопластика (40600 [23])

Други процедури при краниостеноза

Включва: краниектомия:
• ламбдоидна
• линеарна
• парасагитална
• сагитална
• лента
преоформяне на челна кост чрез остеотомия и оттегляне назад
окципитална остеотомия и преместване напред
отваряне на краниална сутура
темпоропариетална остеотомия и увеличение

Забележка: Извършени също при краниосиностоза

Не включва: преместване напред на челна кост (45782, 45785 [1710])
тотална реконструкция на черепен свод (45785-03 [1717])

40115-00 Други процедури при краниостеноза, 1 шев

40118-00 Други процедури за краниостеноза, ≥ 2 шева

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])
• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-02 Краниопластика с черепно ламбо
Възстановяване на череп с кост
Смяна на черепно } ламбо
Ревизия на черепно }

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])
• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-01 Краниопластика с костен графт
Костен графт на череп

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:

• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])

• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-00 Краниопластика с поставяне на черепна пластина
Смяна на черепна пластина

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:

• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])

• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-03 Друга краниопластика
Краниална остеопластика
Краниопластика } БДУ
Възстановяване на череп }

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-00 Други диагностични процедури на череп, мозък или церебрални менинги

Забележка: За неоперативни диагностични интервенции виж Глава 19

Не включва: биопсия на череп(50200-00 [1560])

Възстановяване на мозъчна дура

Дурален графт
Дурапластика
Възстановяване на мозъчни менинги

Не включва: такава с:

• интракраниална декомпресия (40106-00, 40106-01 [9])

• активиране на обекс (40339-00 [22])

• наместване на черепна фрактура (39612 [25])

• хирургия на черепната основа при лезия, обхващаща предна черепна ямка (39640-00, 39642-00, 39646-00 [17])

39615-00 Възстановяване на твърда мозъчна обвивка чрез краниотомия
Отложено възстановяване на дура след фрактура на черепа чрез краниотомия

Не включва: такава чрез краниопластика (39615-01 [20])

Възстановяване на мозъчна дура

Дурален графт
Дурапластика
Възстановяване на мозъчни менинги

Не включва: такава с:

• интракраниална декомпресия (40106-00, 40106-01 [9])

• активиране на обекс (40339-00 [22])

• наместване на черепна фрактура (39612 [25])

• хирургия на черепната основа при лезия, обхващаща предна черепна ямка (39640-00, 39642-00, 39646-00 [17])

39615-01 Възстановяване на твърда мозъчна обвивка чрез краниотомия с краниопластика
Отложено възстановяване на твърда мозъчна обвивка след фрактура на черепа чрез краниопластика

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-00 Поставяне на вентрикуло-атриален шънт
□ 0634

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-02 Поставяне на вентрикуло-перитонеален шънт
□ 0634

Вентрикулоперитонеостомия

Поставяне на устройства в интракраниална цереброспинална течност

Замяна } на устройства за дренаж на гръбначно-мозъчната течност
Ревизия }

39015-00 Поставяне на външен вентрикуларен дрен
□ 0634

Не включва: поставяне на вентрикуларен шънт за цереброспинална течност (40003-00, 40003-01, 40003-02 [5])

39015-01 Поставяне на вентрикуларен резервоар
Поставяне на резервоар на:
• Ommaya
• Rickham

39015-02 Поставяне на устройство за мониторинг на вътречерепно налягане с контрол

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40003-03 Поставяне на вентрикуларен шънт до друго екстракраниално място
□ 0634

40003-04 Поставяне на цистернален шънт
Поставяне на шънт:
• цистерно-атриален
• цистерноперитонеален
• цистерноплеврален

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
• невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])

ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

90002-00 Промивка на цереброспинален шънт

Ревизия на интракраниален цереброспинален шънт

□ 0634

Включва: отстраняване и повторно поставяне на цереброспинален шънт
смяна на цереброспинален шънт

Не включва: ревизия на дистално място:
- предсърдно (90200-00 [605])
- перитонеално (90330-00 [1001])
- плеврално (90174-00 [557])

40009-00 Ревизия на вентрикулен шънт

40009-01 Ревизия на цистернален шънт

Промивка, поставяне или премахване на вътречерепен цереброспинален шънт

Кодирай също когато е направена:
- невроендоскопия (40903-00 [1])

Не включва: поставяне на външен вентрикуларен дрен (39015-00 [3])
ревизия на шънт в цереброспиналната течност (40009-00, 40009-01 [24])

40009-03 Премахване на вентрикулен шънт
□ 0634

Не включва: такава с подмяна (40009-00 [24])

Друга вътречерепна ексцизия

Не включва: ексцизия чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

40703-00 Кортицектомия на мозъка
Кортикална резекция на мозъка

Не включва: топектомия (40703-01 [16])

Други процедури за апликация, поставяне или премахване върху череп, мозъчни обвивки или мозък

40709-00 Поставяне на интракраниален електрод чрез трепанационно отвърстие
Дълбока мозъчна стимулация
Имплантиране на вътречерепен електрод

Включва: поставяне на екстензионен проводник, свързващ електроди към невростимулатор

Забележка: Извършено при:
- епилепсия
- мултиплена склероза
- контрол на болката
- Паркисонова болест

Кодирай също когато е направена:
- интракраниална стереотактична локализация (40803-00 [1])
- подкожно имплантиране на невростимулатор (39134-01 [1604])

40712-00 Поставяне на интракраниален електрод чрез краниотомия
Дълбока мозъчна стимулация

Включва: поставяне на екстензионен проводник, свързващ електроди към невростимулатор

Забележка: Извършено при:

• епилепсия
• мултиплена склероза
• контрол на болката
• Паркисонова болест

Освобождаване на интракраниален нерв

39500-00 Интракраниално прерязване на вестибуларен нерв
Интракраниално разделяне на вестибуларния нерв
Включва: такава през задната черепна ямка
Не включва: такава през:
• ретролабиринтен достъп (41596-00, 41596-02 [331])
• транслабиринтен достъп (41593-00 [331])

Освобождаване на интракраниален нерв

39106-00 Освобождаване на вътречерепния тригеминален нерв
Тригеминална ганглионектомия
Интракраниална:
• невректомия при тригеминална невралгия
• тригеминална невротомия
Прерязване на интракраниален тригеминален нерв

Освобождаване на интракраниален нерв

39327-03 Освобождаване на друг вътречерепен нерв

Разделяне на периферен нерв

Не включва: такава на менинги на очния нерв(обвивка) (42548-00 [69])

39324-01 Отворена невротомия на повърхностен периферен нерв

39327-01 Отворена невротомия на дълбок периферен нерв
Отворена невротомия:
•екстракраниален нерв
• първични задни коренчета на спинален нерв
Не включва: разделяне на:
• интракраниален нерв (39327-03 [73])
• симпатиков нерв (35000, 35003, 35012, 90014-00 [81])

Освобождаване на интракраниален нерв

39327-03 Освобождаване на друг вътречерепен нерв

Освобождаване на интракраниален нерв

39106-00 Освобождаване на вътречерепния тригеминален нерв
Тригеминална ганглионектомия
Интракраниална:
• невректомия при тригеминална невралгия
• тригеминална невротомия
Прерязване на интракраниален тригеминален нерв

Друга невректомия

39324-00 Невректомия на повърхностен периферен нерв

39327-00 Невректомия на дълбок периферен нерв
Не включва: интракраниална невректомия при тригеминална невралгия (39106-

00 [73])

39327-04 Невректомия на вътречерепен нерв
Отстраняване на тумор от краниален нерв
Не включва: интракраниален невробластом (43987-02 [80])
отстраняване на тумор от церебело-понтинния ъгъл (41575-00 [15])

Биопсия на нерв

90013-00 Биопсия на нерв

Друга невролиза на периферен нерв и нервен ствол

39312-00 Отворена невролиза на интерфасцикуларен периферен нервен ствол

39330-00 Отворена невролиза на периферен нерв, некласифицирана другаде
Декомпресия на периферен нерв БДУ
Не включва: такава с транспозиция на нерв (39321-00 [83])

Прилагане на невролитик в краниален нерв

Блокада на краниален нерв с невролитик
Забележка: извършвана за управление на болката

39100-00 Приложение на невролитик в първичен клон на тригеминалния нерв
Инжекция на:
• алкохол
• фенол

18290-00 Прилагане на невролитик в друг краниален нерв

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39300-00 Първично възстановяване на нерв
Анастомоза на нерв
Шев на нерв
Не включва: анастомоза на:
• лицево-аксесорен нерв (39503-01 [83])
• лицевохипоглосален нерв (39503-00 [83])

39306-00 Първично възстановяване на нервен ствол
Анастомоза на нервен ствол
Шев на нервен ствол

Декомпресия на вътречерепен нерв

39112-00 Интракраниална декомпресия на друг черепен нерв
Интракраниална декомпресия на тригеминален нерв

Декомпресия на вътречерепен нерв

41569-00 Интракраниална декомпресия на лицев нерв
Не включва: такава с частична резекция на слепоочната кост (41584-01 [324])

39112-00 Интракраниална декомпресия на друг черепен нерв
Интракраниална декомпресия на тригеминален нерв

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39318-00 Графт на нерв
Включва: доставяне на графт за нерв

39315-00 Нервен графт на нервен ствол
Стволов графт към периферен нервен ствол
Включва: доставяне на нервен графт

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39321-00 Транспозиция на нерв
Включва: невролиза

Други процедури на нервите

90016-01 Други процедури на нерви
Невректазия

Поставяне, подмяна или отстраняване на електроди в периферните нерви

39136-02 Премахване на електроди в периферни нерви
Не включва: такава при смяна (39137-01 [67])

Други процедури на нервите

90016-01 Други процедури на нерви
Невректазия

Хирургична симпатектомия

Разделяне }
Невректомия } на симпатиков нерв
Не включва: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])

35003-00 Цервикална хирургична симпатектомия

90014-00 Друга хирургична симпатектомия
Периатериална хирургична симпатектомия
Хирургична ганглионектомия:
• сфенопалатинен възел
• симпатиков БДУ

Други процедури на епифизна жлеза

90043-00 Други процедури на епифизна жлеза
Изследване на пинеална област

Ексцизионни процедури на епифизна жлеза

30075-08 Биопсия на епифизна жлеза

39712-01 Премахване на лезия от епифизното тяло
Отстраняване на пинеалом

Други ексцизионни процедури на хипофиза

39715-00 Частична ексцизия на хипофиза, транскраниален достъп
Отстраняване лезия на хипофизата чрез транскраниален достъп
Не включва: краниофарингеом (39712-02 [125])

Други ексцизионни процедури на хипофиза

39715-01 Частична ексцизия на хипофиза, транссфеноидален подход (достъп)
Отстраняване лезия на хипофизата чрез транссфеноидален достъп
Включва: трансетмоидален } достъп
трансназален }
Не включва: такава за отстраняване на краниофарингеом (39712-02 [125])

Други процедури на хипофиза

90044-00 Други процедури на хипофизна жлеза
Изследване на хипофизна ямка

Други ексцизионни процедури на хипофиза

39715-02 Тотална ексцизия на хипофиза, транскраниален достъп
Не включва: такава за отстраняване на краниофарингеом (39712-02 [125])

Други ексцизионни процедури на хипофиза

39715-03 Тотална ексцизия на хипофиза, транссфеноидален достъп
Не включва: такава за отстраняване на краниофарингеом (39712-02 [125])

Орбитотомия с отстраняване и подмяна на кост

Декомпресионна орбитотомия с отстраняване и замяна на кост

42530-00 Експлоративна орбитотомия, изискваща отстраняване и подмяна на кост

Вторични процедури след отстраняване на очната ябълка

Включва: процедури на анофталмична орбита или сак
Не включва: такава с:
- енуклеация на очна ябълка (42506-01, 42509-00, 42510-00 [161])
- евисцерация на очна ябълка (42515-00 [161])

42518-00 Поставяне на хрущялен орбитален имплантант към анофталмична орбита

Екзентерация на орбита

Евисцерация на орбита

42536-04 Екзентерация на орбита с отстраняване на прилежащите структури

222 Орбитотомия

42534-00 Орбитотомия с инсерция на орбитален имплантант

Орбитотомия

42533-00 Експлоративна орбитотомия
Орбитотомия БДУ
Включва: дренаж
Не включва: такава с:
- биопсия (42533-01 [224])
- ексцизия на лезия (42542-00 [224])
- отстраняване на чуждо тяло (42542-01 [224])

Екзентерация на орбита

Евисцерация на орбита

42536-04 Екзентерация на орбита с отстраняване на прилежащите структури

Екзентерация на орбита

Евисцерация на орбита

42536-05 Екзентерация на орбита с терапевтично отстраняване на орбитална кост

Екзентерация на орбита

Евисцерация на орбита

42536-00 Екзентерация на орбита

Орбитотомия с биопсия или ексцизия

Не включва: отстраняване и замяна на кост (виж блок [227])

42542-00 Експлоративна орбитотомия, преден аспект, с ексцизия на лезия

Други процедури върху очна ябълка

90061-00 Други процедури на очна ябълка

Ендартеректомия

Включва: затваряне с шев

Не включва: коронарна ендартериектомия (38505-00 [669])
такава с артериален байпас, за подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])

90229-00 Друга ендартериектомия

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

32766-00 Възстановяване на друга артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

33827-00 Възстановяване на каротидна артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване на артерия чрез интерпозиционен графт

Възстановяване целостта на артерия с междинен графт

90213-03 Възстановяване на друга артерия чрез интерпозиционен графт

Артериален байпас графт с използване на вена

Кодирай също когато е направена:
• ендартериектомия при подготовка на място за анастомоза (33554-00 [701])
• патч графт (33548 [707])
• доставяне на вена от ръка или крак (32760-00 [730]), освен когато вената е доставена от същата ръка или крак, върху който е изпълнен байпас или графт–пропусни кода

Не включва: коронарен байпас (виж блокове [672] до [679])

32763-00 Друг артериален байпас с използване на вена

Екстракраниален към интракраниален байпас

39818-00 Екстракраниален към интракраниален байпас с графт от артерия темпоралис суперфациалис

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

32766-00 Възстановяване на друга артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

33827-00 Възстановяване на каротидна артерия чрез директна анастомоза

Други процедури на артерии и вени

90223-01 Други съдови процедури

Транслуменна балонна ангиопластика

Не включва: периферна лазерна ангиопластика (виж блок [758])
такава на коронарни артерии (виж блокове [670] и [671]):
• с атеректомия (виж блок [669])

35303-06 Перкутанна транслуменна балонна ангиопластика
Корекция } стеноза на артериовенозна фистула
Ревизия } чрез перкутанна транслуменна балонна ангиопластика

Деструкция на интракраниална аневризма или друга съдова лезия

39800-00 Клипинг на черепна аневризма

Деструкция на интракраниална аневризма или друга съдова лезия

35412-00 Ендоваскуларна оклузия на мозъчна аневризма или артериовенозна малформация

Транскатетърна емболизация на мозъчна аневризма или артериовенозна малформация
Включва: поставяне на:
• спирали
• интракраниални:
  • балони
  • стентове
Катетеризация

39812-00 Лигиране на цервикален съд при интракраниална аневризма

39806-00 Клипинг на вътречерепна проксимална артерия
Забележка: Извършено при аневризма или артериовенозна малформация

Възстановяване артериовенозна фистула на шията

Кодирай също когато е направено:
• прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])

34124-00 Възстановяване на обикновена артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта

34124-01 Възстановяване на сложна артериовенозна фистула на шия с възстановяване на целостта

Ексцизия на артериовенозна фистула на шия

Кодирай също когато е направена:
• прекъсване на хранещи съдове (34124-02 [745])

34115-00 Ексцизия или лигиране на обикновена артериовенозна фистула на шия

34115-01 Ексцизия или лигиране на сложна артериовенозна фистула на шия

Деструкция на интракраниална аневризма или друга съдова лезия

39815-00 Облитерация на каротидо-кавернозна фистула
Включва: комбинация от цервикална и вътречерепна процедура

Патч графт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последователен, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])
Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-00 Патч графт на артерия с използване на автоложен материал
Патч графт за артериален байпас графт с използване на автоложен материал
Патч графт от:
• артерия
• вена

Патч графт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последователен, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])
Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-01 Патч графт на артерия с използване на синететичен материал
Патч графт за артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Патч графт на артерия

Кодирай също когато е направен:
• артериален байпас с използване на:
• смесен, последователен, кросовър графт (32718, 32754, 32757 [713])
• синтетичен материал (виж блок [712])
• вена (виж блок [711])
Не включва: такъв с коронарна ендатериектомия (38505-00 [669])

33548-00 Патч графт на артерия с използване на автоложен материал
Патч графт за артериален байпас графт с използване на автоложен материал
Патч графт от:
• артерия
• вена

33548-01 Патч графт на артерия с използване на синететичен материал
Патч графт за артериален байпас графт с използване на синтетичен материал

Други процедури на артерии и вени

90223-01 Други съдови процедури

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21**.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Невростимулатори за спинална и вагусова стимулация	НЗОК не заплаща посочените изделия
Титаниева мрежа	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Костен цимент за краниопластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Краниофикс	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Дураген (изкуствена Дура)	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Фибриново лепило	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за ултразвукова аспирация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Бургия за трепанация с предпазна система /краниотом/	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Хемостатична матрица	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Невробалонкатетър	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Резорбируема краниопластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за външен ликворен дренаж	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Дуропластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Агресивен борер за високооборотна конзола	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Комплект електроди за невромониторинг	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия”.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврохирургия
2. КАИЛ/ОАИЛ
3. Операционен блок/зали – най-малко две зали за асептични и септични операции
4. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
5. Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Патоморфологична лаборатория
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама, при осигурено денонощно неврохирургично наблюдение;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение ;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама, при осигурено денонощно неврохирургично наблюдение;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение ;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.
- лекар със специалност по детски болести.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Минимален обем дейност за клиника/отделение по неврохирургия от II-ро ниво на компетентност – 160 операции годишно, общо за всички неврохирургични пътеки.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение за пациенти с:

1. мозъчно-съдова болест;

2. краниоцеребрални тумори;

3. възпалителни и паразитни заболявания;

4. малформации на ЦНС;

5. епилепсия;

6. болеви синдроми;

7. хиперкинези.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Специфичното лечение при болните с краниоцеребрална лезия (КЦЛ) включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи:

- контролиране на интракраниалната хипертенсия – оперативно и медикаментозно;
- цялостно или частично отстраняване на лезията;
- имплантиране на мозъчни клапи, дренажи, стимулатори, електроди;
- при коматозно болните се провежда интензивно лечение.

Оперативното лечение се състои във:

- ранно клипсиране на аневризмата;
- късно клипсиране на аневризмата;
- ексцизия на тумор, съдова малформация, евакуация на интракраниален хематом, абсцес, паразитна или друга киста, друга лезия;
- поставяне на вентрикулен дренаж при остра хидроцефалия;
- лигиране на хранеща артерия;
- отстраняване на част от черепните кости и нежизнеспособни мозъчни участъци за облекчаване на повишеното вътречерепно налягане;
- прекъсване на нерви или проводящи системи;
- декомпресия на неврални и съдови структури.

Консервативното лечение (специфично) включва съответен режим и медикаменти:

- физичен и психичен покой и аналгоседация;
- редовна дефекация, осигурявана с подходящ хранителен режим, слабителни средства и очистителни клизми;
- системен контрол на артериалното налягане;
- при наличие на епилептични гърчове и след операция се използват съответно подходящи антиконвулсанти;
- противооточни препарати;
- антибиотична профилактика;
- при извършване на болезнени манипулации (ЛП, поставяне на ЦВП и др.) допълнително обезболяване, за да се избегнат транзиторни покачвания на артериалното налягане;
- хиперволемична хемодилуция (с хемодекс, водно-солеви разтвори и др.) в съчетание с артериална хипертензия се прилага при болни с клипсирана аневризма, за да се увеличат мозъчният кръвоток и мозъчното перфузионно налягане и да се подобри хемореологията (да се поддържа хематокрит между 0,33 и 0,38);
- поддържане в норма на кръвната захар, електролитите и кислородната сатурация над 95%;
- при болни с клипсирана аневризма и клинични данни за мозъчна исхемия се препоръчва стойностите на систоличното налягане да са по-високи – до 200 mm Hg (или поддържане му с инотропни субстанции);
- да се следи ЦВН да не надвишава 120 mm поради опасност от белодробен оток, сърдечна декомпенсация и мозъчен оток;
- прилагане на калциеви антагонисти в непрекъсната венозна инфузия чрез перфузор или перорален прием.

Ранното извършване на ангиография и оперативно лечение (клипсиране на аневризмата възможно най-рано) при болни в първа и трета степен от скалата на Hunt & Hess елиминира източника на кървене, а в комбинация с калциеви антагонисти, адекватна хемодилуция и артериална хипертензия се намалява и рискът от късен исхемичен дефицит. Това е единственият правилен подход в острия стадий на САК. При останалите КЦЛ ранното хирургично лечение в моносимптомен стадий и компенсирано състояние е основна предпоставка за благоприятен изход.

Неспецифично лечение на КЦЛ:

- корекция на артериалното налягане – при диастолично налягане над 120 mm Hg и/или систолично налягане над 220 mm Hg;
- корекция на аритмии, сърдечна недостатъчност;
- противооточно лечение;
- обезболяване - аналгетици;
- седация;
- хидратация с водно - солеви разтвори;
- кислородолечение при SaO2 < 90%;
- инсулин при кръвна захар >12mmol/l;
- антипиретици (при фебрилитет);
- антибиотик при инфекция;
- реанимационни мерки при усложнения;
- оротрахеална интубация;
- поставяне на централен венозен път и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- определяне на кръвна група и кръвопреливане.

Насочване към клинична онкологична комисия или клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“) на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след задължително хистологично изследване на оперативен материал за определени диагнози, налагащи патоморфологично изследване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- спокойна оперативна рана;
- стабилизирано соматично и неврологично състояние.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни (в ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни (в ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС код на държава

(или по двустранни спогодби)

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул..... №:.....

ж.к. .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: ..... МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....

ден месец година (подпис)

КОД	Код проце-	Място за прилагане на стикер	Търговец на едро с	№ на фактурата за	Стойност за	Стойност	Цена на МИ

НЗОК	дура/Код австралийска спецификация	с фабрични номера	МИ	закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	заплащане от НЗОК	доплатена от пациента	по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Директор на лечебното заведение: ..... подпис и печат на лечебното заведение	**Лекар, вложил МИ:** ..... фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Краниоцеребралните заболявания включват разнообразни групи:

- краниоцеребрални тумори;
- мозъчно-съдови заболявания;
- малформации;
- възпалителни и паразитни;
- епилепсия;
- функционални нарушения (болеви синдроми, хиперкинези и др.).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност ***мозъчно - съдовите нарушения*** заемат основно място.

Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло; тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти; стресови състояния и др.

Болните със субарахноидни кръвоизливи са между 10-12% от всички мозъчни инсулти. В около 60% от случаите причина за тяхното възникване е разкъсване на патологично разширен мозъчен кръвоносен съд.

Субарахноидният кръвоизлив възниква остро с главоболие, гадене, повръщане със или без парализа на ръка и крак и др.

Онкологичните заболявания включват различни тумори, които се развиват в черепа и главния мозък, водещи до сериозни нарушения на нормалната дейност на главния мозък и съответните структури, при силно повишено вътречерепно налягане; с развитието на общомозъчен или огнищен неврологичен дефицит и свързаните с тях неврологични и други усложнения, мозъчни кръвоизливи в мозъчното вещество.

Рисковите фактори, които довеждат до онкологични заболявания са: тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти; стресови състояния, вредни екзогенни влияния- повишен радиационен фон, бензпирени, тежки метали и др.

Болните с невроонкологични заболявания са между 10-12% от всички онкологични заболявания.

Мозъчният тумор възниква постепенно с главоболие, гадене, повръщане със или без парализа на ръка и крак и др.

Възпалителните и паразитните заболявания са усложнения на други първични локализации и могат да доведат до повишаване на вътречерепното налягане, неврологични разстройства, инвалидизация и т.н.

Епилепсията е хронично заболяване на главния мозък и при наличие на чести пристъпи с медикаментозна резистентност могат да настъпят сериозни нервно-психични смущения, вкл. и смърт. Оперативното лечение може да доведе до прекратяване на пристъпите или значителното им разреждане и облекчаване.

При различните ***заболявания с хронична болка или дисфункция на краниални нерви и други мозъчни центрове*** болните могат да получат определено и съществено подобрение в резултат на различни неврохирургични вътречерепни процедури.

Малформациите могат да се проявяват в по-късна възраст от детската и да предизвикат също разнообразни неврологични разстройства, често с прогресиращ характер.

Повечето черепно-мозъчни заболявания са спешно състояние, което изисква незабавен преглед от общопрактикуващ лекар или от лекар - специалист и при установяване на неврологично разстройство е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение, вкл. и хирургично.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и коментирате информацията с ОПЛ, невролог/неврохирург от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури.

Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

При деца или възрастни с дефекти (слепота, афазия, глухонемота и др.) информирано съгласие се подписва от родител (настойник) или отговорен роднина или член на семейството.

КП № 208 КОНСЕРВАТИВНО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ЛЕКИ И СРЕДНО ТЕЖКИ ЧЕРЕПНО-МОЗЪЧНИ ТРАВМИ

1. Минимален болничен престой:
Лека черепно-мозъчна травма – 2 дни
Среднотежка черепно-мозъчна травма - 5 дни
При гръбначна и гръбначно-мозъчна травма –3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Вътречерепно разкъсване и кръвоизлив, причинени от родова травма

Не включва: вътречерепен кръвоизлив на плода и новороденото:
- БДУ (P52.9)
- обусловен от аноксия или хипоксия (P52.—)

P10.0 Субдурален кръвоизлив при родова травма
Субдурален хематом (локализиран) при родова травма
Не включва: субдурален кръвоизлив при разкъсване на малкомозъчната обвивка (тенториум) (P10.4)

P10.1 Мозъчен кръвоизлив при родова травма

P10.2 Интравентрикуларен кръвоизлив при родова травма

P10.3 Субарахноидален кръвоизлив при родова травма

P10.4 Разкъсване на тенториума при родова травма

P10.8 Други вътречерепни разкъсвания и кръвоизливи при родова травма

Счупване на черепа и лицевите кости

S02.00 Счупване на свода на черепа – закрито
Челна кост
Париетална кост

S02.01 Счупване на свода на черепа - открито
Челна кост
Париетална кост

Счупване на основата на черепа

S02.10 Счупване на основата на черепа – закрито
Ямка:
- предна
- средна
- задна

Тилна кост
Горна стена на орбитата
Синус:
- етмоидален
- фронтален

Сфеноидална кост
Темпорална кост
Не включва: орбита БДУ (S02.8)
орбитално дъно (S02.3)

S02.11 Счупване на основата на черепа - открито
Ямка:
- предна
- средна
- задна

Тилна кост
Горна стена на орбитата

Синус:
• етмоидален
• фронтален
Сфеноидална кост
Темпорална кост
Не включва: орбита БДУ (S02.8)
орбитално дъно (S02.3)

Счупване на черепа и лицевите кости

S02.70 Множествени счупвания на костите на черепа и лицевите кости – закрито

S02.71 Множествени счупвания на костите на черепа и лицевите кости - открито

Травма на черепномозъчните нерви

S04.0 Травма на зрителния нерв и зрителните пътища
Хиазма
Втори черепномозъчен нерв
Зрителна част от кората на главния мозък

S04.1 Травма на околомоторния нерв
Трети черепномозъчен нерв

S04.2 Травма на нервус трохлеарис
Четвърти черепномозъчен нерв

S04.3 Травма на нервус тригеминус
Пети черепномозъчен нерв

S04.4 Травма на нервус абдуценс
Шести черепномозъчен нерв

S04.5 Травма на лицевия нерв
Седми черепномозъчен нерв

S04.6 Травма на слуховия нерв
Осми черепномозъчен нерв

S04.7 Травма на нервус акцесориус
Единадесети черепномозъчен нерв

S04.8 Травма на други черепномозъчни нерви
Нервус глосо фарингикус [девети черепномозъчен нерв]
Нервус хипоглосус [дванадесети черепномозъчен нерв]
Нервус олфакториус [първи черепномозъчен нерв]
Нервус вагус [десети черепномозъчен нерв]

Мозъчно сътресение

Commotio cerebri

S06.00 Мозъчно сътресение - без открита вътречерепна травма

S06.01 Мозъчно сътресение - с открита вътречерепна травма

Дифузна травма на главния мозък

Главен мозък:
• контузия БДУ
• разкъсване БДУ
Травматична компресия на главния мозък БДУ

S06.20 Дифузна травма на главния мозък – без открита вътречерепна травма
Главен мозък:
• контузия БДУ
• разкъсване БДУ
Травматична компресия на главния мозък БДУ

S06.21 Дифузна травма на главния мозък - с открита вътречерепна травма
Главен мозък:
• контузия БДУ
• разкъсване БДУ
Травматична компресия на главния мозък БДУ

Травматичен субарахноидален кръвоизлив

S06.60 Травматичен субарахноидален кръвоизлив – без открита вътречерепна травма

S06.61 Травматичен субарахноидален кръвоизлив - с открита вътречерепна травма

Други вътречерепни травми

Травматична хеморагия:

- церебрална
- интракраниална БДУ

S06.80 Други вътречерепни травми – без открита вътречерепна травма

S06.81 Други вътречерепни травми - с открита вътречерепна травма

Счупване на шийния отдел на гръбначния стълб

S12.00 Счупване на първи шиен прешлен
Atlas

S12.10 Счупване на втори шиен прешлен
Axis

S12.20 Счупване на други уточнени шийни прешлени

Не включва: множествени счупвания на шийни прешлени (S12.7)

S12.70 Множествени счупвания на шийни прешлени

Изкълчване, навяхване и разтягане на ставите и ставните връзки на ниво шия

S13.0 Травматично разкъсване на междупрешленен диск на ниво шия

S13.1 Изкълчване на шиен прешлен
Шиен отдел на гръбначния стълб БДУ

S13.2 Изкълчване на друга и неуточнена част на шията

S13.3 Множествени изкълчвания на ниво шия

S13.4 Навяхване и разтягане на свързващия апарат на шийния отдел на гръбначния стълб
Предно надлъжни връзки на шията Атлантоаксиална става
Атлантоокципитална става Травма тип "шибалка"

S13.6 Навяхване и разтягане на ставите и ставните връзки на други и неуточнени части на шията

Травми на нервите на гръбначния мозък на ниво шия

S14.0 Контузия и оток на шийния отдел на гръбначния мозък

S14.1 Други и неуточнени увреждания на шийния отдел на гръбначния мозък

S14.2 Травми на нервните коренчета в шийната област на гръбначния мозък

Счупване на ребро (ребра), стернум и гръдната част от гръбначния стълб

S22.00 Счупване на гръбначен прешлен
Счупване на гръдната част на гръбначния стълб БДУ

S22.10 Множествени счупвания на гръдната част на гръбначния стълб

Изкълчване, навяхване и разтягане на ставите и ставните връзки на гръдния кош

S23.0 Травматично разкъсване на междупрешленен диск в гръдната част на гръбначния стълб

S23.1 Изкълчване на гръден прешлен
Гръдна част на гръбначния стълб БДУ

S23.2 Изкълчване на друга и неуточнена част от гръдния кош

S23.3 Навяхване и разтягане на ставния апарат на гръдната част на гръбначния стълб

Травми на нервите на гръбначния мозък на ниво гръден кош
Не включва: травма на брахиалния плексус (S14.3)
S24.0 Контузия и оток на гръдната част на гръбначния мозък

S24.1 Други и неуточнени травми на гръдната част на гръбначния мозък

S24.2 Травми на нервните коренчета на гръдната част на гръбначния стълб

Счупване на лумбосакралната част на гръбначния стълб и таза
S32.00 Счупване на гръбначния стълб в поясната област
Счупване в лумбосакрална област на гръбначния стълб
S32.70 Множествени счупвания на лумбосакралната част на гръбначния стълб и таза

Изкълчване, навяхване и разтягане на ставите и ставните връзки в лумбосакралната област на гръбначния стълб и таза
S33.0 Травматично скъсване на междупрешленен диск в лумбосакралната част на гръбначния стълб
S33.1 Изкълчване в лумбосакралната област на гръбначния стълб
Изкълчване в поясната част на гръбначния стълб БДУ

Травми на нервите и лумбосакралния отдел на гръбначния мозък на ниво корем, седалище и таз
S34.0 Сътресение и едем на поясния отдел на гръбначния мозък

S34.1 Друга травма на поясния отдел на гръбначния мозък

S34.2 Травма на нервните коренчета на лумбосакралния отдел на гръбначния стълб

2.2 и 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Черепна трепанация или пункция

39003-00 Цистернална пункция

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-00 Други диагностични процедури на череп, мозък или церебрални менинги
Забележка: За неоперативни диагностични интервенции виж Глава 19
Не включва: биопсия на череп(50200-00 [1560])

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

90900-00 Енцефалография

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])

• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Дентално радиологично изследване и интерпретация

97039-00 Томография на череп, или част от череп

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
• мастоидна кост (57906-00 [1967])
• околоносен синус (57903-00 [1967])
• петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56220-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, цервикален отдел

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56221-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, торакален отдел

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969]

Компютърна томография на гръбначен стълб

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

56223-00 Компютърна томография на гръбначен стълб, лумбосакрален отдел

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Магнитно резонансен образ

∇ 0042

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Друга електрокардиография [ЕКГ]

∇ 0042

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

включва следния клинико лабораторен минимум:
хематология
клинична химия
хемокоагулация

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-15 Клинично-химични изследвания за билирубин – общ

91910-16 Клинично-химични изследвания за билирубин – директен

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-28 Креатинкиназа (КК)

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Трахеостомия

Не включва: самостоятелно обслужване на трахеостомия (90179-06 [568])

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

Затворено наместване на фрактура \ луксация на гръбначен стълб

Забележка: Ангажиране на гръбначен мозък би могло да бъде описано като увреда на гръбначен мозък

47696-00 Затворено наместване фрактура\луксация на гръбначен стълб

47690-00 Затворено наместване на фрактура\ луксация на гръбначен стълб с имобилизация

Манипулации на дихателни пътища

∇ 1006

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен
Ендотрахеална интубация БДУ
Не включва: само за грижа и поддържане на ендотрахеална интубация (22007-01 [568])
такава с вентилаторно подпомагане – пропусни кода

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда
Сондиране за декомпресия
Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Вентилаторно подпомагане

∇ 1006 Bi-ниво с позитивно въздушно налягане [BiPAP] [вентилация с освобождаващо налягане] [контрол на налягане на вентилацията] с ендотрахеална тръба или трахеостомия
Продължително позитивно налягане при обдишване [CPAP] с ендотрахеална тръба – трахеостомия
Променлива задължителна вентилация [IMV]
Инвазивна вентилация
Механична вентилация
Налягане с позитивен експираторен край
Вентилация с подпомагащо налягане [PSV]
Синхронна променлива задължителна вентилация [SIMV]

Включва: ендотрахеална:
• интубация
• асистирано дишане
механична вентилация с:
• ендотрахеална тръба (ETT)
• назална
• орална
• трахеостомия
отучване на интубиран (ендотрахеална тръба, трахеостомия) пациент с някакъв метод

Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия:
• перкутанна (41880-00 [536])
• постоянна (41881-01 [536])
• временна (41881-00 [536])

Не включва: продължителна вентилация с негативно налягане [CNPV] (92041-00 [568])
дишане с променливо позитивно налягане [IPPB] (виж блок [570])
вентилация с променливо позитивно налягане [IPPV] (виж блок [570])
неинвазивно подпомагане на дишане (виж блок [570])

13882-00 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≤ 24 часа

13882-01 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането > 24 и < 96 часа

13882-02 Грижа и поддържане на продължително подпомагане на дишането ≥ 96 часа

Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Приложение на фармакотерапия

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.** Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания и 1924 – Биохимични изследвания, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП, като се спазва изискването „включва следния клинико лабораторен минимум: хематология, клинична химия, хемокоагулация“.

Диагностични процедури от блок 1924: 91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол, 91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ и 91910-27 Клинично - химични изследвания за АЛАТ се извършват при наличие на съответни заболявания и състояния изискващи тези изследвания.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Неврология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нервни болести"; от обхвата на медицинската специалност "Детска неврология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нервни болести"; от обхвата на медицинската специалност "Ортопедия и травматология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ортопедия и травматология" (само за заболявания по МКБ-10: S12.00, S12.10, S12.20, S12.70, S13.4, S13.6, S22.00, S22.10, S23.3, S32.00 и S32.70).

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврохирургия или Клиника/отделение по хирургия/детска хирургия или Клиника/отделение по ортопедия и травматология – за диагнози с код: S12.00, S12.10, S12.20, S12.70, S13.4, S13.6, S22.00, S22.10, S23.3, S32.00 и S32.70 или Клиника/отделение по неврология/детска неврология
2. КАИЛ/ОАИЛ
3. Операционен блок/зали – най-малко две зали за асептични и септични операции
4. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
5. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ или ангиографска апаратура,с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама

или

четирима с придобита медицинска специалност по хирургия;

или

за клиника/отделение по ортопедия и травматология - трима със специалност по ортопедия и травматология – могат да отчитат само кодове на диагнози **S12.00, S12.10, S12.20, S12.70, S13.4, S13.6, S22.00, S22.10, S23.3, S32.00 и S32.70**;

или

лекари със специалност по нервни болести – минимум двама;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама;

или

лекар със специалност по детска неврология;

или

за клиника/отделение по ортопедия и травматология - трима със специалност по ортопедия и травматология – могат да отчитат само кодове на диагнози **S12.00, S12.10, S12.20, S12.70, S13.4, S13.6, S22.00, S22.10, S23.3, S32.00 и S32.70**;

или

лекар/и със специалност по хирургия или детска хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по детски болести.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Когато пациент с лека или средно тежка черепно-мозъчна травма се приеме в лечебно заведение, в което няма специалист неврохирург, консултация с неврохирург се осъществява при показания.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а Спешна диагностика и лечение за пациенти с:

- лека степен на черепно-мозъчна травма (стойности 13 - 15 по GLASGOW);
- среднотежка черепно-мозъчна травма (стойности от 9 до 12 включително по GLASGOW)..

Критерии за подразделянето на травмата на лека и средно тежка са стойностите на Glasgow кома скалата:

СКАЛА ЗА ОЦЕНКА НА КОМА - GLASGOW CS

СИМПТОМИ	ОЦЕНКА	ДЕН И ЧАС НА ИЗСЛЕДВАНЕТО									
ОТВАРЯНЕ НА ОЧИ Спонтанно На повикване На болка Няма отговор	 4 3 2 1										
СЛОВЕСЕН ОТГОВОР Ориентиран Объркан Неадекватен Неразбираем Няма отговор	 5 4 3 2 1										
МОТОРЕН ОТГОВОР Подчинява се Локализира Отдръпва (оттегля) Абнормна флексия Абнормна екстензия Няма отговор	 6 5 4 3 2 1										
ОБЩ СБОР:											

Оценката на тежестта на състоянието по скалата на GLASGOW задължително се отразява в “История на заболяването” на пациента и се регистрира при приемане, по време на болничния престой и при изписване.

Пострадалите, с кодове на диагнози: **S13.0; S13.1; S13.2; S13.3; S14.0; S14.1; S14.2; S23.0; S23.1; S23.2; S24.0; S24.1; S24.2; S33.0; S33.1; S34.0; S34.1 и S34.2**) се лекуват само в клиника/отделение по неврохирургия.

5б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Специфично лечение на черепно - мозъчните травми

Цели на лечението, което започва от момента на травмата:

- да се диагностицират и лекуват в ранни стадии на развитието им всички животозастрашаващи травми и състояния и да не се допуска или сведе до минимум ролята на вторичната увреда;

- да се поддържа адекватно на текущите нужди мозъчна перфузия.

Принципи на лечението:

- при постъпването задължително се определя и вписва състоянието по GCS скала (Glasgow Coma Scale);
- неврологичен мониторинг (GCS);
- мониторинг на съчетаната травма (ISS - Injury Severity Score);

- соматичен мониторинг;
- КТ мониторинг.

Методи и средства на терапията:

- свободни дихателни пътища;
- адекватно дишане;
- адекватна сърдечна дейност и циркулация - нормотенсия, еуволемия;
- контрол на външно и в телесните кухини кървене; нормализиране на кръвосъсирващата система;
- овладяване на психомоторна възбуда, фебрилитет;
- профилактика и борба с гърчовата активност;
- поддържане на адекватен на нуждите хранителен режим;
- избягване и борба с метаболитни разстройства;
- постелен режим, според тежестта на първичната травма;
- следене на показателите на дишането и хемодинамиката;
- лекарствената терапия е насочена към:

  - контрол на ИКН - седатива, невромускулна блокада, диуретици, антиконвулсанти;

  - невротрофични средства;

  - поддържащи реологията на кръвта и антиагреганти;

  - антибиотици - профилактично при счупване на черепната основа с кървене/ликворея и при показания по антибиограма;

  - профилактика и лечение на тромботични процеси и симптоматични средства.

Специфично лечение на гръбначни и гръбначно-мозъчни травми

Пострадалите, с кодове на диагнози: **S13.0; S13.1; S13.2; S13.3; S14.0; S14.1; S14.2; S23.0; S23.1; S23.2; S24.0; S24.1; S24.2; S33.0; S33.1; S34.0; S34.1 и S34.2**) се лекуват само в клиника/отделение по неврохирургия.

Цели на лечението, което започва от момента на травмата:

- диагностика и лечение на неврологичната симптоматика в ранните стадии на развитие, която се проявява различно, в зависимост от нивото на засягане на гръбначния мозък и коренчетата му;
- да не се допуска или да се сведе до минимум ролята на вторичната увреда на невралните структури;
- да се поддържат и мониторират основните жизнени функции, което важи в най-висока степен за травми в областта на шийния и горен гръден отдел на гръбначния мозък;
- да се осъществи адекватно лечение и профилактика на нарушенията в други органи и системи, възникнали във връзка с травмата на гръбначния мозък и коренчетата му;
- да се осигури паралелно лечение на увреждания на други органи и системи, настъпили в резултат на травмата (съчетана травма);
- да се осъществи адекватна имобилизация на увредения гръбначен сегмент.

Принципи на лечението:

- при постъпването, задължително се определя и вписва анатомичното ниво на увреда, било то частична или пълна, най-ниското ниво на засягане на повърхностна и дълбока сетивност, преходни зони на нарушена сетивност и намалена мускулна сила;
- неврологичен мониторинг (ASIA);
- мониторинг на съчетаната травма (ISS) с чест контрол на състоянието й;

- соматичен мониторинг с чест контрол на състоянието.

Методи и средства на терапията:

- свободни дихателни пътища;
- адекватно дишане;
- адекватна сърдечна дейност и циркулация - нормотенсия, еуволемия;
- контрол на външно и в телесните кухини кървене; нормализиране на кръвосъсирващата система;
- поддържане на адекватен на нуждите хранителен режим;
- избягване и борба с метаболитни разстройства, фебрилитет и трофични нарушения;
- постелен режим;
- следене на показателите на дишането и хемодинамиката;
- лекарствената терапия е насочена към:
  - съдоразширяващи, противооточни и невротрофични средства;
  - поддържащи реологията на кръвта и антиагреганти;
  - профилактика и лечение на тромботични процеси и симптоматични средства.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- стабилизирано соматично и неврологично състояние.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "История на заболяването";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Под **черепно-мозъчна травма (ЧМТ)** се разбира нарушаването на функциите на главния мозък, с или без морфологични промени, под въздействие на външен (най-често механичен) фактор. Увреди могат да получат и меките черепни обвивки, мозъчния дял на

черепа, мозъчните обвивки, съдове и нерви. Нарушенията на функциите на мозъка могат да бъдат краткотрайни, временни или трайни; обратими или необратими, преодолими или фатални.

Мозъчното сътресение е най-леката степен на ЧМТ. С този термин се обозначава възвратима травматична парализа на нервните функции. Наблюдава се временна загуба или промяна на съзнанието и наличие на преходни нарушения на функциите на главния мозък. Пълното възстановяване при правилен режим и лечение настъпва след 2-3 седмици. Ако не се спазва правилен режим и при предварително увреден мозък, може да се наблюдава и забавено възстановяване, отбелязвано най-често като "посткомоционен синдром" или травмена церебрастения.

Контузията на мозъка е мозъчно увреждане, при което освен функционално-динамични прояви, срещащи се при сътресението на мозъка, се установяват и първични морфологични промени в главния мозък, които не подлежат на пълно възстановяване. Увреждането на мозъчното вещество се придружава с некрози, кръвоизливи, инфарциране и оток на мозъка. Мозъчните контузии се разделят на три степени: лека, средна, тежка. Клиничната проява на увреждането зависи от разположението и броя на контузионните огнища, както и от ангажирането на подкоровите отдели на мозъка и на неговия ствол. Под въздействие на редица фактори, могат да настъпят и вторични нарушения в структурата на мозъчното вещество. Наблюдават се промени в съзнанието с различна продължителност, паметови разстройства и вегетативни нарушения. Възможно е засягане на волевите движения в различна степен от отслабването им (пареза) до пълната невъзможност за извършване на движения (парализа или плегия), нарушения в говора, зрението или слуха, психопатологични симптоми, епилептични припадъци. Мозъчна контузия може да съществува без симптоми, ако увредата е във функционално неактивни зони на мозъка.

Увреждането на мозъка при тежките ЧМТ е придружено с продължително безсъзнание, разстройства на дишането, промени на пулсовата честота, телесната температура и обмяната на веществата. Комата е състояние на пълно потискане на съзнанието и рефлексите и може да има различна продължителност.

Травмените вътречерепни обемни процеси (най-често кръвоизливи) са сериозно усложнение след травма на главата. Те причиняват притискане и увреждане на мозъчната тъкан в черепната кухина, поради което могат да са са причина за тежко протичане, инвалидност или смърт.

Първоначалното изследване не позволява да се определи риска за развитие на усложнения. Наблюдението на пациенти с мозъчна увреда трябва да бъде в болнични условия, тъй като може да се развият вътречерепни кръвоизливи, мозъчен оток, инфекция.

Диагностиката на ЧМТ изисква редица процедури някои от които – инвазивни (лумбална пункция, ангиография). При някои от изследванията се използват рентгенови лъчи.

Лечението на ЧМТ може да изисква оперативна (неврохирургична) намеса.

Гръбначно-мозъчните травми могат да бъдат различни по своя вид и тежест.

Налице са гръбначно-мозъчни нарушения в различна степен, от леки коренчеви увреди, до тежки парализи на горните и/или долните крайници, със загуба на способността за активни движения, сетивност, дихателни функции, контрол върху тазовите резервоари. Наличието на травма на гръбначния стълб, свързана с голямо разместване, нестабилност и увреда на гръбначно-мозъчни структури, се лекуват оперативно. Това лечение трябва да се извършва по спешност от квалифицирани ортопеди-травматолози и неврохирурзи, и включва репозиция, декомпресия и стабилизация на гръбначния стълб. От навременността и качеството на лечението на гръбначно-мозъчните травми, в голяма част от случаите зависи животът на пациента, резултатите от лечението и прогнозата.

Изходът от лечението зависи и от допълнителни рискови фактори, като напреднала възраст и/или придружаващи заболявания – високо кръвно налягане, атеросклероза, диабет, сърдечно-съдови, чернодробни, белодробни, бъбречни, онкологични, кръвни заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло; тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти; стресови състояния и др.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и коментирате информацията с ОПЛ, ЛЧХ, невролог/неврохирург от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и че сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури.

Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

При деца или възрастни с дефекти (слепота, афазия, глухонемота и др.) информирано съгласие се подписва от родител (настойник) или отговорен роднина или член на семейството.

КП № 209 ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ТРАВМА НА ГЛАВАТА

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Черепна трепанация или пункция

39009-00 Декомпресия на субдурален кръвоизлив
Източване през фонтанела
Не включва: Дренаж чрез трепанационно отвърстие (39600-00 [8])

39003-00 Цистернална пункция

39006-00 Вентрикуларна пункция
Вентрикуларна пункция чрез предварително имплантиран катетър

39703-03 Аспирация на киста на мозъка
Не включва: дренаж на инфектирана киста (39900-00 [8])

90000-00 Друга краниална пункция
Аспирация за:
• субарахноидално пространство
• събдурално пространство БДУ
Краниална аспирация БДУ

Реоперация на краниотомия или краниектомиран участък

39721-00 Реоперация на краниотомия или краниектомиран участък
∇ 0039, 0612
Декомпресия при оток
Дренаж на: } следоперативен
• хеморагия }
• инфекция }
Премахване на: }
• абцес }
• хематом }
Включва: премахване черепно ламбо
такава чрез остеопластично ламбо

Инцизионен оглед на менинги или мозък

39012-00 Трепанационно отвърстие
Трепанационно отвърстие за:
• брахитерапия
• с цел проверка
Интракраниален оглед
Не включва: тези като оперативен достъп – пропусни кода

Инцизия на менинги на очния нерв

42548-00 Инцизия на менингите на очния нерв
Инцизия на обвивката на зрителния нерв
Не включва: такава при хирургия на черепната основа (39646-00 [17])

Други процедури в областта на череп, мозъчни обвивки или мозък

90007-02 Други процедури на мозък или мозъчни обвивки
Хориоидна плексектомия
Кюретаж на мозък или мозъчни обвивки
Дебридман на мозък или мозъчни обвивки
Декортикация на мозъчни менинги
Ексцизия на:
• мозък или мозъчни обвивки } БДУ

• лезия на мозък }
Инцизия на мозък БДУ
Лоботомия на мозък
Лизиране на корови сраствания
Възстановяване на мозък БДУ
Трактотомия на мозък

Ексцизия на черепна лезия

Включва: такава при инфекция

39700-00 Ексцизия на черепна лезия
Кодирай също когато е направена:
• краниопластика (40600 [23])

Премахване на вътречерепна лезия

Не включва: такава чрез операция на основата на черепа (39640, 39642, 39646, 39650, 39653, 39658, 39660, 39662, 90032-00 [17])

39712-00 Премахване лезия на мозъчни обвивки

39709-00 Премахване лезия на главния мозък
Частична лобектомия на мозъка при тумор

39712-03 Премахване на интравентрикуларна лезия

39709-01 Премахване лезия в мозъчния ствол

39709-02 Премахване на лезия в малкия мозък

41575-00 Премахване на лезия в церебело-понтинния ъгъл
Премахване на акустичен невром
Включва: такава чрез краниотомия

39712-04 Премахване на друга вътречерепна лезия
Отстраняване на интракраниален тумор БДУ
Не включва: краниофарингеом (39712-02 [125])
интракраниален невробластом (43987-02 [80])
такъв обхващащ инфратемпоралната ямка (41581-00 [17])
такъв в пинеално тяло (39712-01 [122])

Други процедури при краниостеноза

Включва: краниектомия:
• ламбдоидна
• линеарна
• парасагитална
• сагитална
• лента
преоформяне на челна кост чрез остеотомия и оттегляне назад
окципитална остеотомия и преместване напред
отваряне на краниална сутура
темпоропариетална остеотомия и увеличение
Забележка: Извършени също при краниосиностоза
Не включва: преместване напред на челна кост (45782, 45785 [1710])
тотална реконструкция на черепен свод (45785-03 [1717])

40115-00 Други процедури при краниостеноза, 1 шев
40118-00 Други процедури за краниостеноза, ≥ 2 шева

Процедури при фрактура на черепа

Краниопластика при черепна фрактура

39606-00 Повдигане на затворена черепна фрактура
Наместване на затворена компресивна фрактура на черепа

39609-01 Повдигане на сложна черепна фрактура
Наместване на сложна компресивна черепна фрактура

39612-00 Повдигане на сложна черепна фрактура с възстановяване на твърда мозъчна обвивка и мозък

Наместване на сложна компресивна фрактура на черепа с възстановяване на твърда мозъчна обвивка и мозък

Не включва: отложено възстановяване на твърда мозъчна обвивка след черепна фрактура (39615 [20])

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:

• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])

• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-02 Краниопластика с черепно ламбо

Възстановяване на череп с кост

Смяна на черепно } ламбо

Ревизия на черепно }

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:

• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])

• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-01 Краниопластика с костен графт

Костен графт на череп

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:

• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])

• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-00 Краниопластика с поставяне на черепна пластина

Смяна на черепна пластина

Краниопластика

Реконструктивна краниопластика

Включва: графт от мастна тъкан

Кодирай също когато е направена:

• ексцизия на черепна лезия (39700-00 [13])

• поставяне на мастна тъкан за графт чрез самостоятелна инцизия (45018-04 [1666])

Не включва: такава при черепна фрактура (39606, 39609-01, 39609-02, 39612 [25])
такава при интракраниална процедура – пропусни кода за краниопластика

40600-03 Друга краниопластика

Краниална остеопластика

Краниопластика } БДУ

Възстановяване на череп }

Възстановяване на мозъчна дура	
	Дурален графт Дурапластика Възстановяване на мозъчни менинги *Не включва*: такава с: • интракраниална декомпресия (40106-00, 40106-01 [9]) • активиране на обекс (40339-00 [22]) • наместване на черепна фрактура (39612 [25]) • хирургия на черепната основа при лезия, обхващаща предна черепна ямка (39640-00, 39642-00, 39646-00 [17])
39615-01	Възстановяване на твърда мозъчна обвивка чрез краниотомия с краниопластика Отложено възстановяване на твърда мозъчна обвивка след фрактура на черепа чрез краниопластика
Други възстановителни процедури на кожа и подкожна тъкан	
90674-00	Реплантация на скалп *Кодирай също когато е направена:* • микрохирургично възстановяване на кръвоносни съдове (45500 [1694], 45502 [1695], 45503 [1696])
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21**.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврохирургия или Клиника/отделение по хирургия/детска хирургия
2. КАИЛ/ОАИЛ
3. Операционен блок/зали – най-малко две зали за асептични и септични операции
4. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
5. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия, С-рамо за периоперативен образен контрол

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ или ангиографска апаратура, с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Невростимулатори за спинална и вагусова стимулация	НЗОК не заплаща посочените изделия
Титаниева мрежа	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Костен цимент за краниопластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Краниофикс	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Дураген (изкуствена Дура)	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Фибриново лепило	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Диагностично-стимулационни електроди за еднократно приложение	НЗОК не заплаща посочените изделия
Електроди за инвазивна ЕЕГ при пациенти с фармакорезистентна епилепсия	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сет за ултразвукова аспирация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Бургия за трепанация с предпазна система /краниотом/	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Хемостатична матрица	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Невробалонкатетър	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Резорбируема краниопластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за външен ликворен дренаж	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Дуропластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Агресивен борер за високооборотна конзола	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Комплект електроди за невромониторинг	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Комплект маркери за невронавигация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама

или

лекари със специалност по хирургия – минимум четирима;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама

или

двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност обща хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по детски болести.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Минимален обем дейност за клиника/отделение по неврохирургия от II-ро ниво на компетентност – 160 операции годишно, общо за всички неврохирургични пътеки.

Когато пациент с тежка черепно-мозъчна травма, изискваща спешна хирургична интервенция, се приеме в лечебно заведение, в което няма специалист неврохирург, се осъществява консултация с неврохирург до 24-ия час от хоспитализацията.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

- По тази клинична пътека се лекуват пострадали с лека (GCS=13 – 15) и средно тежка (8<GCS<13) черепно – мозъчна травма, при които се налага извършване на оперативна процедура, в причинно – следствена връзка с претърпяната травма.

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Спешна диагностика и лечение за пациенти с:

- **необходимост от хемостаза на външно кървене;**
- **голяма, замърсена, тип "скалп", свързана с масивна кръвозагуба рана на главата;**
- **посттравматични промени по главата (при новородено);**
- **вдадени счупвания на черепа;**
- **интракраниални травматични обемни процеси - остри, подостри и хронични;**
- **огнестрелни наранявания на главата;**
- **травматична компресия на черепно-мозъчни нерви;**
- **посттравматична ликворна фистула;**

- **посттравматични съдови аномалии - травматични тромбози, аневризми и артериовенозни фистули;**
- **посттравматична хидроцефалия;**
- **посттравматични възпалителни процеси - емпием, абсцес и други;**
- **посттравматична ликворна фистула;**
- **посттравматична хидроцефалия;**
- **посттравматични адхезивни процеси-арахноидит и други;**
- **посттравматични епилептогенни лезии;**
- **посттравматично менингоцеле;**
- **посттравматични промени по главата при новородено;**
- **посттравматичен дефект на черепа.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Специфичното лечение при болните с травма на главата включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи. Цели на лечението, което започва от момента на травмата:

- да се диагностицират и лекуват в ранни стадии на развитието им всички животозастрашаващи травми и състояния и да не се допусне или сведе до минимум ролята на вторичната увреда;

- да се поддържа адекватна на текущите нужди мозъчна перфузия.

Принципи на лечението:

- неврологичен мониторинг (GCS - Glasgow Coma Scale);
- мониторинг на ИКН – при възникнали необходимост и показания за това;
- мониторинг на съчетаната травма (ISS - Injury Severity Score);
- соматичен мониторинг;
- КТ мониторинг.

Цели на лечението:

- цялостно или частично отстраняване на лезията;
- при възникнала необходимост и показания – интензивно и реанимационно лечение с контролиране чрез оперативни и медикаментозни средства на евентуална интракраниална хипертенсия.

Оперативното лечение се състои в:

- спешна дефинитивна хемостаза;
- отстраняване с установяването на травматичен интракраниален обемен процес, вдадено счупване на черепа;
- хирургична обработка на огнестрелно нараняване;
- декомпресия на черепната кухина при интракраниална хипертенсия;
- вентрикулен дренаж при остра хидроцефалия;
- декомпресия на неврални и съдови структури;
- отстраняване на епилептогенни лезии;
- имплантиране на дренажни системи при хидроцефалия;
- закриване на черепен дефект след травма.

Консервативното лечение (специфично) включва съответен режим и медикаменти:

- динамично проследяване, контрол и оценка на жизнените функции;
- контрол на външно и в телесните кухини кървене;

динамично неврологично проследяване и оценка чрез стойностите на Glasgow Coma Scale (GCS);

- **поставяне на венозен път (централен, със следене на ЦВН);**
- хидратация с водно - солеви разтвори;
- поддържащи реологията на кръвта и антиагреганти;
- невротрофични средства;
- противооточно лечение;
- обезболяване - аналгетици;
- седация;
- антипиретици (при фебрилитет);
- профилактика и борба с гърчовата активност;
- антибиотици - профилактично при счупване на черепната основа с кървене/ликворея и при при доказани възпалителни усложнения по показания на антибиограма;
- периоперативна антибиотична профилактика;
- избягване и борба с метаболитни разстройства;
- нормализиране на кръвосъсирващата система;
- профилактика и лечение на тромботични процеси;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- поддържане на адекватен на нуждите хранителен режим;
- лечение на съпътстващите заболявания и страдания;
- кръвопреливане;
- симптоматично лечение.
- **реанимационни мерки** и интензивно лечение (при настъпили усложнения и показания за тях):
  - свободни дихателни пътища;
  - адекватно дишане;
  - кислородолечение при SaO2 < 90%;
  - оро/назотрахеална интубация/трахеостомия;
  - провеждане на апаратна вентилация;
  - адекватна сърдечна дейност и циркулация - нормотенсия, еуволемия;
  - следене на показателите на дишането и хемодинамиката;
  - контрол на ИКН - седатива, невромускулна блокада, диуретици, антиконвулсанти.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- спокойна оперативна рана;
- стабилизирано соматично и неврологично състояние.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни (в ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни (в ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Под **черепно-мозъчна травма (ЧМТ)** се разбира нарушаването на функциите на главния мозък, с или без морфологични промени, под въздействие на външен (най-често механичен) фактор. Увреди могат да получат и меките черепни обвивки, мозъчния дял на черепа, мозъчните обвивки, съдове и нерви. Нарушенията на функциите на мозъка могат да бъдат краткотрайни, временни или трайни; обратими или необратими, преодолими или фатални.

Мозъчното сътресение е най-леката степен на ЧМТ. С този термин се обозначава възвратима травматична парализа на нервните функции. Наблюдава се временна загуба или промяна на съзнанието и наличие на преходни нарушения на функциите на главния мозък. Пълното възстановяване при правилен режим и лечение настъпва след 2-3 седмици. Ако не се спазва правилен режим и при предварително увреден мозък, може да се наблюдава и забавено възстановяване, отбелязвано най-често като "посткомоционен синдром" или травмена церебрастения.

Контузията на мозъка е мозъчно увреждане, при което освен функционално-динамични прояви, срещащи се при сътресението на мозъка, се установяват и първични морфологични промени в главния мозък, които не подлежат на пълно възстановяване. Увреждането на мозъчното вещество се придружава с некрози, кръвоизливи, инфарциране и оток на мозъка. Мозъчните контузии се разделят на три степени: лека, средна, тежка. Клиничната проява на увреждането зависи от разположението и броя на контузионните огнища, както и от ангажирането на подкоровите отдели на мозъка и на неговия ствол. Под въздействие на редица фактори, могат да настъпят и вторични нарушения в структурата на мозъчното вещество. Наблюдават се промени в съзнанието с различна продължителност, паметови разстройства и вегетативни нарушения. Възможно е засягане на волевите движения в различна степен от отслабването им (пареза) до пълната невъзможност за извършване на движения (парализа или плегия), нарушения в говора, зрението или слуха, психопатологични симптоми, епилептични припадъци. Мозъчна контузия може да съществува без симптоми, ако увредата е във функционално неактивни зони на мозъка.

Увреждането на мозъка при тежките ЧМТ е придружено с продължително безсъзнание, разстройства на дишането, промени на пулсовата честота, телесната температура и обмяната на веществата. Комата е състояние на пълно потискане на съзнанието и рефлексите и може да има различна продължителност.

Травмените вътречерепни обемни процеси (най-често кръвоизливи) са сериозно усложнение след травма на главата. Те причиняват притискане и увреждане на мозъчната тъкан в черепната кухина, поради което могат да са са причина за тежко протичане, инвалидност или смърт.

Първоначалното изследване не позволява да се определи риска за развитие на усложнения. Наблюдението на пациенти с мозъчна увреда трябва да бъде в болнични условия, тъй като може да се развият вътречерепни кръвоизливи, мозъчен оток, инфекция.

Диагностиката на ЧМТ изисква редица процедури, някои от които инвазивни (лумбална пункция, ангиография). При някои от изследванията се използват рентгенови лъчи.

Лечението на ЧМТ може да изисква оперативна (неврохирургична) намеса.

Изходът от лечението зависи и от допълнителни рискови фактори, като напреднала възраст и/или придружаващи заболявания – високо кръвно налягане, атеросклероза, диабет, сърдечно-съдови, чернодробни, белодробни, бъбречни, онкологични, кръвни заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло; тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти; стресови състояния и др.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и коментирате информацията с ОПЛ, ЛЧХ, невролог/неврохирург от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и че сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури.

Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

При деца или възрастни с дефекти (слепота, афазия, глухонемота и др.) информирано съгласие се подписва от родител (настойник) или отговорен роднина или член на семейството.

КП № 210 ПЕРИФЕРНИ И ЧЕРЕПНОМОЗЪЧНИ НЕРВИ (ЕКСТРАКРАНИАЛНА ЧАСТ) – ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други инцизионни процедури върху структурите на гръбначния канал или гръбначния мозък

40330-00 Спинална ризолиза
Декомпресия на корените на гръбначните нерви
Спинална:
• фораменотомия
• ризотомия
Включва: експозиция на гръбначни нервни коренчета на едно или повече нива

Прилагане на невролитик в друг периферен нерв

Блокада на друг периферен нерв с невролитик
Включва: прилагане в спинални нерви:
• клон
• плексус
• корен
Не включва: това в:
• краниален нерв (виж блок [61])
• заден първичен клон на спинален нерв (39013-02 [62])
• симпатиков нерв (виж блок [66])

18292-00 Прилагане на невролитик в друг периферен нерв
Прилагане на невролитик в:
• дорзален коренов ганглий
• интервертебрален отвор

Освобождаване на интракраниален нерв

39106-00 Освобождаване на вътречерепния тригеминален нерв
Тригеминална ганглионектомия
Интракраниална:
• невректомия при тригеминална невралгия
• тригеминална невротомия
Прерязване на интракраниален тригеминален нерв

Освобождаване на интракраниален нерв

39327-03 Освобождаване на друг вътречерепен нерв

Разделяне на периферен нерв

Не включва: такава на менинги на очния нерв(обвивка) (42548-00 [69])

39327-01 Отворена невротомия на дълбок периферен нерв
Отворена невротомия:
•екстракраниален нерв
• първични задни коренчета на спинален нерв
Не включва: разделяне на:
• интракраниален нерв (39327-03 [73])
• симпатиков нерв (35000, 35003, 35012, 90014-00 [81])

Друга невректомия

39327-00 Невректомия на дълбок периферен нерв

Не включва: интракраниална невректомия при тригеминална невралгия (39106-00 [73])

39327-04 Невректомия на вътречерепен нерв
Отстраняване на тумор от краниален нерв
Не включва: интракраниален невробластом (43987-02 [80])
отстраняване на тумор от церебело-понтинния ъгъл (41575-00 [15])

Прилагане на агент в задни първични клончета на спинален нерв

Забележка: Извършвано за управление на болката

39013-03 Приложение на невролитик в задни първични клончета на спинален нерв

Прилагане на анестетик около друг периферен нерв

Блокада на друг периферен нерв с анестетик
Включва: прилагане около спинални нерви:
- клон
- плексус
- корен

Забележка: Извършвано за управление на болката
Не включва: такава:
- при оперативна анестезия (виж блок [1909])
- в:
  - краниален нерв (виж блок [60], 18282-00 [65])
  - заден първичен клон на спинален нерв (39013-02 [62])
  - симпатиков нерв (18280, 18284, 18286, 18288 [65])

18274-00 Прилагане на анестетик около паравертебрален цервикален нерв
Прилагане на анестетик в:
- дорзален коренов ганглий
- интервертебрален отвор

Не включва: такъв на множество нива (18276-00 [63])

18274-01 Прилагане на анестетик около паравертебрален торакален нерв
Прилагане на анестетик в:
- дорзален коренов ганглий
- интервертебрален отвор

Не включва: такъв на множество нива (18276-00 [63])

18274-02 Прилагане на анестетик около паравертебрален лумбален нерв
Прилагане на анестетик в:
- дорзален коренов ганглий
- интервертебрален отвор

Не включва: такъв на множество нива (18276-00 [63])

18274-03 Прилагане на анестетик около паравертебрален сакрален нерв
Прилагане на анестетик в:
- дорзален коренов ганглий
- интервертебрален отвор

Не включва: такъв на множество нива (18276-00 [63])

18276-00 Прилагане на анестетик около паравертебрални нерви, много нива
Прилагане на анестетик в:
- дорзален коренов ганглий
- интервертебрален отвор

90022-00 Прилагане на анестетик около друг периферен нерв

Перкутанна невротомия на първични задни клончета на спинален нерв

39115-00 Перкутанна невротомия на първични задни клончета на спинален нерв
Включва: всяка свързана спинална, епидурална или регионална нервна блокада

Освобождаване на интракраниален нерв

39327-03 Освобождаване на друг вътречерепен нерв

Деструкция на нерв

52824-00 Криотерапия на периферни клончета на тригеминалния нерв

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39300-00 Първично възстановяване на нерв
Анастомоза на нерв
Шев на нерв
Не включва: анастомоза на:
• лицево-аксесорен нерв (39503-01 [83])
• лицевохипоглосален нерв (39503-00 [83])

39306-00 Първично възстановяване на нервен ствол
Анастомоза на нервен ствол
Шев на нервен ствол

Декомпресия на вътречерепен нерв

41569-00 Интракраниална декомпресия на лицев нерв
Не включва: такава с частична резекция на слепоочната кост (41584-01 [324])

39112-00 Интракраниална декомпресия на друг черепен нерв
Интракраниална декомпресия на тригеминален нерв

Освобождаване на карпален и тарзален тунел

Невролиза при синдром на тарзален и карпален тунел

39331-00 Ендоскопско освобождаване на карпален канал
Ендоскопска:
• декомпресия на медианния нерв
• разделяне на трансверзален карпален лигамент

39331-01 Освобождаване на карпалния тунел
Отворено:
• декомпресия на медианния нерв
• разделяне на трансверзален карпален лигамент

Освобождаване на карпален и тарзален тунел

Невролиза при синдром на тарзален и карпален тунел

39330-01 Освобождаване на тарзалния тунел

Друга невролиза на периферен нерв и нервен ствол

39312-00 Отворена невролиза на интерфасцикуларен периферен нервен ствол

39330-00 Отворена невролиза на периферен нерв, некласифицирана другаде
Декомпресия на периферен нерв БДУ
Не включва: такава с транспозиция на нерв (39321-00 [83])

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39318-00 Графт на нерв
Включва: доставяне на графт за нерв

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39321-00 Транспозиция на нерв

Включва: невролиза

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39503-00 Анастомоза на лицевохипоглосален нерв

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39503-01 Анастомоза на лицево-аксесорен нерв

Възстановяване на нерв или нервен ствол

Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])

39300-00 Първично възстановяване на нерв
Анастомоза на нерв
Шев на нерв
Не включва: анастомоза на:
• лицево-аксесорен нерв (39503-01 [83])
• лицевохипоглосален нерв (39503-00 [83])

Вторично възстановяване на нерв или нервен ствол

Вторично възстановяване на нерв или нервен ствол чрез:
• анастомоза
• графт
• шеф

39303-00 Вторично възстановяване на нерв

Други процедури на нервите

90016-01 Други процедури на нерви
Невректазия

Поставяне, подмяна или отстраняване на електроди в периферните нерви

39138-00 Поставяне на електроди в периферни нерви
Включва: интраоперативен стимулационен тест
Не включва: такава при смяна (39137-01 [67])

39131-01 Корекция на електроди в периферни нерви
Ревизия на електроди в периферните нерви

39137-01 Подмяна на електроди в периферни нерви
Включва: интраоперативен стимулационен тест

Поставяне, подмяна или отстраняване на електроди в периферните нерви

39136-02 Премахване на електроди в периферни нерви
Не включва: такава при смяна (39137-01 [67])

Хирургична симпатектомия

Разделяне } на симпатиков нерв
Невректомия }
Не включва: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])

90014-00 Друга хирургична симпатектомия
Периатериална хирургична симпатектомия
Хирургична ганглионектомия:
• сфенопалатинен възел
• симпатиков БДУ

Хирургична симпатектомия	
	Разделяне } Невректомия } на симпатиков нерв *Не включва*: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])
35003-00	Цервикална хирургична симпатектомия
Хирургична симпатектомия	
	Разделяне } Невректомия } на симпатиков нерв *Не включва*: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])
35000-00	Лумбална хирургична симпатектомия
Хирургична симпатектомия	
	Разделяне } Невректомия } на симпатиков нерв *Не включва*: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])
35012-00	Сакрална хирургична симпатектомия Пресакрална хирургична симпатектомия
Хирургична симпатектомия	
	Разделяне } Невректомия } на симпатиков нерв *Не включва*: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])
90014-00	Друга хирургична симпатектомия Периатериална хирургична симпатектомия Хирургична ганглионектомия: • сфенопалатинен възел • симпатиков БДУ
Инцизионни процедури на сухожилие или сухожилна обвивка на други мускулно-скелетни точки	
47960-00	Подкожна тенотомия, некласифицирана другаде
47963-00	Отворена тенотомия, некласифицирана другаде
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура (**с изключение на - 39013-03; 18274-00; 18274-01; 18274-02; 18274-03; 18276-00; 90022-00; 39115-00; 39327-03; 52824-00 и 39312-00; 39330-00; 18292-00 – поотделно и в тяхната съвкупност)** и минимум три различни диагностични кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21.**

Основна процедура (92191-00 или 92191-01) се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична

Лекари със специалност по ортопедия и травматология или пластично-възстановителна хирургия могат да отчитат процедури с кодове: **39327-03; 39327-01; 39327-00; 39327-04; 39013-03; 18274-00; 18274-01; 18274-02; 18274-03; 18276-00; 90022-00; 39115-00; 52824-00; 39300-00; 39306-00; 39331-00; 39331-01; 39330-01; 39312-00; 39330-00; 39318-00; 39321-00; 39300-00; 39303-00; 90014-00.**

НЗОК не заплаща клиничната пътека в случаите, при които с някоя от основните процедури, посочени в блок „Кодове на основни процедури" се отчита основна процедура, състояща се в озонотерапия със или без стероиден блок, тъй като процедурата е неоперативна.

Съпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Антиадхезивен гел	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Игли за радиочестотна коагулация	НЗОК не заплаща посоченото изделие

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги по т. 1.1 от обхвата на медицинската специалност „Неврохирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Неврохирургия"; от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология" (за кодове 39327-01, 39327-03, 39327-00, 39327-04, 39327-03, 39013-03, 18274-00, 18274-01, 18274-02, 18274-03, 18276-00, 90022-00, 39115-00, 52824-00, 39300-00, 39306-00, 39331-01, 39331-00, 39330-01, 39330-00, 39312-00, 39318-00, 39321-00, 39300-00, 39303-00, 39303-00, 90014-00); и от обхвата на медицинската специалност „Пластично-възстановителна и естетична хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия" (за кодове 39327-01, 39327-03, 39327-00, 39327-04, 39327-03, 39013-03, 18274-00, 18274-01, 18274-02, 18274-03, 18276-00, 90022-00, 39115-00, 52824-00, 39300-00, 39306-00, 39331-01, 39331-00, 39330-01, 39330-00, 39312-00, 39318-00, 39321-00, 39300-00, 39303-00, 39303-00, 90014-00).".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена са в съответствие с изискванията на съответните медицински стандарти.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврохирургия или Клиника/отделение по ортопедия и травматология или Клиника/отделение по пластично-възстановителна хирургия
2. КАИЛ/ОАИЛ
3. Операционен блок/зали – най-малко две зали за асептични и септични операции
4. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност
5. Образна диагностика

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ или ангиографска апаратура, с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Патоморфологична лаборатория
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама;

или

лекари със специалност по ортопедия и травматология – минимум трима

или

лекар със специалност по пластично-възстановителна хирургия – минимум двама;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама;

или

лекари със специалност по ортопедия и травматология – минимум трима;

или

лекар със специалност по пластично-възстановителна хирургия – минимум двама

- лекар/и със специалност по детски болести;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Минимален обем дейност за клиника/отделение по неврохирургия от II-ро ниво на компетентност – 160 операции годишно, общо за всички неврохирургични пътеки

Минимален обем дейност: за клиника/отделение по ортопедия и травматология от II ниво на компетентност - минимум по 250 операции годишно на всеки 10 легла.

Минимален обем дейност: за клиника/отделение по пластично-възстановителна хирургия от II ниво на компетентност - минимум по 380 преминали болни годишно на всеки 10 легла.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение за пациенти с:

- данни за травма на периферен нерв, плексус, черепномозъчен нерв и коренче с моторен и/или сетивен неврологичен дефицит;
- данни за травма на периферен нерв, плексус, черепномозъчен нерв и коренче с възбудна неврологична симптоматика;
- компресивен синдром на периферен нерв;
- наличие на новообразувание, произхождащо от периферен нерв.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ НА ПЕРИФЕРНИ НЕРВИ И ЧЕРЕПНОМОЗЪЧНИ НЕРВИ – ЕКСТРАКРАНИАЛНА ЧАСТ

Цели на лечението:

- възстановяване анатомичната цялост на нерва и създаване на адекватни условия за функционирането му;
- декомпресия на нерви или отстраняване на новообразувания изхождащи от тях или в съседство с тях.

Принципи, методи и средства на лечението:

- Точна локализация на нивото на лезията на нерва, основана на клиничната картина, неврологичния статус и ЕМГ изследването.
- Адекватна дисекция на нерва с отпрепариране на проксималния и дисталния край, при условие, че е налице травматично прекъсване.
- Внимателно освобождаване на нерва от груби цикатрикси, костни структури, фасции, лигаменти или чужди тела.
- Добро апроксимиране на проксимален и дистален край при налагане на шев с опресняване на краищата.
- При наличие на опън или при невъзможност за приближаване на краищата, се осъществява транспозиция на нерва или се поставя присадък.
- В оперативното поле се прави щателна хемостаза и тъканите се затварят послойно, осигурявайки среда за възстановяването на нерва.
- При необходимост крайникът се фиксира.
- При отстраняване на тумор изхождащ от периферни нерви се спазват общохирургичните принципи за резекция на неоплазма.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно и след хистологично изследване (по преценка) при определени нозологии.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- спокойна оперативна рана;
- стабилизирано соматично и неврологично състояние, съответстващо на терапевтичните възможности за съответната нозологична единица

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни (в ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни (в ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Периферните и черепно-мозъчни нерви могат да бъдат засегнати от различни патологични процеси, които довеждат до нарушение на техните функции. Най-честите причини за увреда са следните:

- травми;
- тумори;
- възпалителни процеси;
- заболявания на кръвоносните съдове.

Заболяванията на периферните и черепномозъчни нерви се проявяват с болка (остра или хронична), изтръпване в определена област, парези и вегетативни нарушения. Лечението може да бъде консервативно с подходящ режим, медикаменти, блокади, физикална терапия. При част от пациентите навременната оперативна намеса е решаваща за добрата прогноза. Оперативното лечение може да доведе до прекратяване на болките или значителното им разреждане и облекчаване. При различните заболявания с хронична болка или дисфункция на периферни и краниални нерви, болните могат да получат определено и съществено подобрение в резултат на различни неврохирургични процедури.

Някои от тези заболявания са спешно състояние, което изисква незабавен преглед от общопрактикуващ лекар (ОПЛ) или от лекар – специалист, и при установяване на неврологично разстройство е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение, вкл. и хирургично. Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение.

Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и коментирате информацията с ОПЛ, невролог/неврохирург от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и че сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните процедури.

Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

При деца или възрастни с дефекти (слепота, афазия, глухонемота и др.) информирано съгласие се подписва от родител (настойник) или отговорен роднина или член на семейството.

КП № 211 ГРЪБНАЧНИ И ГРЪБНАЧНО-МОЗЪЧНИ ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

КП № 211.1 ГРЪБНАЧНИ И ГРЪБНАЧНО-МОЗЪЧНИ ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ - БЕЗ НЕВРОНАВИГАЦИЯ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури на структури на гръбначния канал или гръбначния мозък

90011-01 Други процедури на гръбначен канал или структури на гръбначния мозък
Кюретаж на гръбначен мозък или гръбначни менинги
Дебридмен на гръбначен мозък или гръбначни менинги
Изследване:
• спинален канал }
• корени на спинални нерви } БДУ
Отстраняване на чуждо тяло от гръбначния канал
кюретаж на гръбначния мозък или менингите му

Други процедури на структури на гръбначния канал или гръбначния мозък

40315-00 Процедура при лезия на краниоцервикален преход, трансорален достъп
Ексцизия на втори шиен прешлен или зъбовиден израстък при лезия на краниоцервикален преход
Отстраняване на тумор в краниоцервикален преход
Дренаж на абсцес на краниоцервикален преход
Кодирай също когато е направено:
• стабилизиране на втория шиен прешлен (40316-00 [1390])

Възстановяване на структури на гръбначния канал или гръбначния мозък

40100-00 Възстановяване на гръбначно менингоцеле
Ексцизия и затваряне на гръбначно менингоцеле

90011-02 Други възстановителни процедури на спиналния канал или структури на гръбначния мозък
Възстановяване на:
• гръбначен мозък }
• гръбначни менинги } БДУ

Възстановяване на структури на гръбначния канал или гръбначния мозък

40103-00 Възстановяване на миеломенингоцеле
Ексцизия и затваряне на миеломенингоцеле
Включва: кожно платно
Z-пластика

Отворено наместване фрактура\луксация на гръбначен стълб

Забележка: Ангажиране на гръбначен мозък би могло да бъде описано като увреда на гръбначен мозък

47699-01 Отворено наместване на фрактура\луксация на гръбначен стълб с вътрешна фиксация
Включва: несегментна вътрешна фиксация

47699-02 Отворено наместване на фрактура\луксация на гръбначен стълб със сегментна вътрешна фиксация

47702-01 Отворено наместване на фрактура\луксация на гръбначен стълб с ангажиране на

гръбначен мозък с проста вътрешна фиксация
Включва: несегментна вътрешна фиксация

47702-02 Отворено наместване на фрактура\луксация на гръбначен стълб с ангажиране на гръбначен мозък със сегментна вътрешна фиксация

Спинално сливане

□ 1348

Включва: костен графт
доставяне на материал за графт през същия разрез
Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на прешлен (48639 [1383])
• вътрешна фиксация (48678-00, 48681-00, 48684-00, 48687-00, 48690-00 [1390])
• доставяне на материал за графт чрез отделен разрез (47726-00 [1563])

48660-00 Предно спинално сливане, 1 ниво
Не включва: такава с декомпресия на шиен гръбначен мозък (40332-00 [46])

48669-00 Предно спинално сливане, ≥ 2 нива
Не включва: такава с декомпресия на шиен гръбначен мозък (40335-00 [46])

Вътрешна фиксация на гръбначен стълб

□ 1348

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563])
• сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])

40316-00 Фиксиране със зъбчат винт
Стабилизация на втори цервикален прешлен

48678-00 Обикновена спинална вътрешна фиксация
Включва: поставяне на:
• фацетен винт
• телена примка
Не включва: такава с отворено наместване на фрактура\луксация (47699-01, 47699-02, 47702-01, 47702-02 [1388])

Спинално сливане

□ 1348

Включва: костен графт
доставяне на материал за графт през същия разрез
Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на прешлен (48639 [1383])
• вътрешна фиксация (48678-00, 48681-00, 48684-00, 48687-00, 48690-00 [1390])
• доставяне на материал за графт чрез отделен разрез (47726-00 [1563])

48642-00 Задно спинално сливане, 1 или 2 нива

48645-00 Задно спинално сливане, ≥ 3 нива

48648-00 Заднолатерално спинално сливане, 1 или 2 нива

48651-00 Заднолатерално спинално сливане, ≥ 3 нива

48654-00 Задно спинално сливане с ламинектомия, 1 ниво

48657-00 Задно спинално сливане с ламинектомия, ≥ 2 нива

48654-01 Заднолатерално спинално сливане с ламинектомия, 1 ниво

48657-01 Заднолатерално спинално сливане с ламинектомия, ≥ 2 нива

Вътрешна фиксация на гръбначен стълб

□ 1348

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563])
• сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])

48678-00 Обикновена спинална вътрешна фиксация

Включва: поставяне на:
• фацетен винт
• телена примка

Не включва: такава с отворено наместване на фрактура\луксация (47699-01, 47699-02, 47702-01, 47702-02 [1388])

Вътрешна фиксация на гръбначен стълб

□ 1348

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563])
• сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])

48678-00 Обикновена спинална вътрешна фиксация

Включва: поставяне на:
• фацетен винт
• телена примка

Не включва: такава с отворено наместване на фрактура\луксация (47699-01, 47699-02, 47702-01, 47702-02 [1388])

Вътрешна фиксация на гръбначен стълб

□ 1348

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563])
• сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])

40316-00 Фиксиране със зъбчат винт
Стабилизация на втори цервикален прешлен

48681-00 Несегментна спинална вътрешна фиксация

Вътрешна фиксация на гръбначен стълб

□ 1348

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563])
• сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])

48678-00 Обикновена спинална вътрешна фиксация

Включва: поставяне на:
• фацетен винт
• телена примка

Не включва: такава с отворено наместване на фрактура\луксация (47699-01, 47699-02, 47702-01, 47702-02 [1388])

Спинално сливане

□ 1348

Включва: костен графт
доставяне на материал за графт през същия разрез

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на прешлен (48639 [1383])
• вътрешна фиксация (48678-00, 48681-00, 48684-00, 48687-00, 48690-00 [1390])
• доставяне на материал за графт чрез отделен разрез (47726-00 [1563])

48660-00 Предно спинално сливане, 1 ниво

Не включва: такава с декомпресия на шиен гръбначен мозък (40332-00 [46])

Вътрешна фиксация на гръбначен стълб	
□ 1348	*Кодирай също когато е направена:* • доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563]) • сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])
48681-00	Несегментна спинална вътрешна фиксация
Вътрешна фиксация на гръбначен стълб	
□ 1348	*Кодирай също когато е направена:* • доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563]) • сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])
48684-00	Сегментна спинална вътрешна фиксация, 1 или 2 нива
48687-00	Сегментна спинална вътрешна фиксация, 3 или 4 нива
Вътрешна фиксация на гръбначен стълб	
□ 1348	*Кодирай също когато е направена:* • доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563]) • сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])
48690-00	Сегментна спинална вътрешна фиксация, ≥ 5 нива
Вътрешна фиксация на гръбначен стълб	
□ 1348	*Кодирай също когато е направена:* • доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563]) • сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])
48690-00	Сегментна спинална вътрешна фиксация, ≥ 5 нива
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Изкуствени дискове за артропластика	НЗОК не заплаща посочените изделия
Антиадхезивен гел	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Агресивен борер за високооборотна конзола- с различни диаметри	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Заместващо костно вещество при остеосинтеза.	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Шийни и лумбални интервертебрални кейджове	НЗОК не заплаща посоченото изделие

Дуропластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Хемостатична матрица	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Ендоскопски катетър за еднократна употреба в спиналната хирургия	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за ултразвукова аспирация	НЗОК не се заплща посоченото изделие
Игли за радиочестотна коагулация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Комплект електроди за невромониторинг	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Комплект маркери за невронавигация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Шийни и лумбални интервертебрални кейджове	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Ортопедия и травматология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ортопедия и травматология".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия” и „Ортопедия и травматология”.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврохирургия или Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2. КАИЛ/ОАИЛ или Самостоятелна структура за интензивно лечение към клиника/отделение по неврохирургия
3. Операционен блок/зали – най-малко две зали за асептични и септични операции
4. Клинична лаборатория, с II ниво на компетентност, с възможност за извършване на ликворно изследване
5. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия, С-рамо за периоперативен образен контрол

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ или ангиографска апаратура, с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Патоморфологична лаборатория
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама;

или

лекари със специалност по ортопедия и травматология – минимум трима;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение – минимум двама;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за възраст до 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама;

или

лекари със специалност по ортопедия и травматология – минимум трима;

- лекар/и със специалност по детски болести;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение – минимум двама;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Минимален обем дейност за клиника/отделение по неврохирургия от II-ро ниво на компетентност – 160 операции годишно, общо за всички неврохирургични пътеки.

Минимален обем дейност: за клиника/отделение по ортопедия и травматология от III ниво на компетентност - минимум по 350 операции годишно на всеки 10 легла.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение на пациенти с прилагане на оперативни стабилизиращи процедури с голям и много голям обем и сложност:

- поява или прогресия на неврологичен дефицит, включващ отпадна моторна симптоматика, тазово-резервоарни смущения;
- спинална нестабилност;
- протрахиран или консервативно резистентен болеви синдром, неповлияващ се от прилаганата до момента терапия;
- тежки изкривявания на гръбначния стълб;
- фрактури и луксации на гръбначния стълб;

- костни и мекотъканни инфекции на гръбначния стълб;
- първични и метастатични злокачествени заболявания в областта на гръбначния стълб.
- Чуждо тяло в областта на гръбначния стълб;
- Вродени дефекти в областта на гръбначния стълб, менингоцеле.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Специфичното лечение при пациентите със спондилогенни радикуломиелопатии, тумори, вродени съдови малформации, гръбначно-мозъчни травми и гръбначни изкривявания включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи, които са насочени към преодоляване на основните причини за лошата прогноза:

- парези и парализи;
- тазово-резервоарни разстройства;
- тежки гръбначни изкривявания;
- хронифицирани болеви синдроми.

При пациентите със сфинктерни разстройства и остро настъпила пареза е наложителна спешна оперативната намеса.

ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ:

- **за дегенеративните дорзопатии:**
  - перкутанна нуклеотомия;
  - микродискектомия и/или спинодеза;
  - хемиламинектомия;
  - ламинектомия;
  - медиална фасетектомия;
  - ламинектомия и/или спинална инструментация;
- **за спиналните травми** - декомпресивни и стабилизиращи процедури;
- **за спиналните тумори и съдови малформации** - туморни и съдови ексцизии, съдови оклузии, стабилизиращи процедури;
- **за възпалителни и паразитози** - ексцизия, стабилизация;
- **за гръбначни изкривявания** - спинодеза, корекция;
- **за други** - функционални процедури, стимулации, невротомии.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след задължително хистологично изследване на оперативен материал за определени диагнози, налагащи патоморфологично изследване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- спокойна оперативна рана;
- стабилизирано соматично и неврологично състояние

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни (в ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни (в ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

При влагане на медицински изделия от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ" към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол

м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..-..-.... код на държава

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

..... име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул..... №: .....

Ж.К. .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

..... име на лечебното заведение

..... име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ☐☐☐.☐

Амбулаторна процедура ..... №. ☐☐.☐

Клинична процедура ..... №. ☐☐.☐

Диагноза: ..... МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....
ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година

Директор на лечебното заведение: ..... **Лекар, вложил МИ:** .....
подпис и печат на лечебното заведение фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Дегенеративните спондилогенни радикуломиелопатии могат да обхванат различните отдели на гръбначния стълб (с най-голяма честота подвижните отдели в областта на кръста и шийния отдел), с компресия върху гръбначния мозък или гръбначно-мозъчните коренчета. В резултат на дегенеративни процеси, протичащи във интервертебралния диск, чиято нормална функция е да абсорбира стресовете при натоварване на гръбначния стълб, централните участъци на диска могат да преминат извън външните му граници, с притискане на нервните коренчета в шийните или торакалните отдели и на гръбначния мозък. Подобна компресия върху невралните структури може да се получи и в резултат на дегенеративни процеси в прешлените (прешленото тяло, стави, дъги и лигаменти) със стеснение на гръбначния канал.

Компресията и съпътстващото възпаление на нервните коренчета са отговорни за появата на болка, излъчваща се от кръста в определени области на долния крайник или шията и горния крайник. Компресията върху нервното коренче може да предизвика слабост в долните или горните крайници с обхващане на специфични мускулни групи. Компресията върху гръбначния мозък е причина за слабост и стегнатост в долните и/или горните крайници и сфинктерни разстройства. При централно разположени дискови хернии в лумбалния отдел може да се стигне до тежки паретични разстройства в долните крайници и сфинктерните разстройства. Стесненията на канала в същата област (обикновено при по-възрастни пациенти) е причина за появата на тежест и болка в долните отдели на кръста, глутеусите и бедрената мускулатура, провокираща се при изправено положение, която ги инвалидизира, като болката намалява при навеждане напред или седнало положение. В по-редки случаи, при тези пациенти може се появи слабост в долните крайници и сфинктерни разстройства.

Лечението е консервативно с подходящ режим, медикаменти (включващи и епидурални стероидни инжекции), физикална терапия (като при 80% болевата симптоматика се повлиява в първите 3-5 дни); при пациентите със стеноза обикновено повлияването е временно. При около 15-18 % е необходимо и по-продължително лечение до 60 дни. При 2-5% се налага оперативно лечение, което се изразява в хирургично отстраняване на дисковата херния и костно-лигаментарна компресия и освобождаване на невралните структури, а при нестабилност между отделните прешлени - и стабилизиращи операции с костни или метални трансплanти. При част от пациентите навременната оперативна намеса е решаваща за добрата прогноза - при появила се и прогресираща слабост в крайниците и тазово-резервоарни нарушения.

Възпалителните гръбначни заболявания, особено тези причинени от специфична инфекция като туберкулозата, имат важно здравно и социално значение, поради реалната възможност за заразяване и на други хора. Затова диагностиката и лечението им трябва да се провеждат активно от ортопед или неврохирург. Рано трябва да се започне адекватно медикаментозно и корсетно лечение, а при поява на деформация на засегнатите сегменти на гръбнака, на паретични симптоми и при образуване на студени абсцеси веднага да се пристъпва към евакуация на гнойната колекция и изкюретирване на некротичната маса, декомпресия на невралните структури и стабилизация на гръбнака. Тази оперативна намеса може да спаси голяма част от пациентите от парализи и други животозастрашаващи усложнения.

Същата тактика се прилага и при зачестилите през последните години случаи с **ехинокок (кучешка тения) на гръбнака**, които са застрашени от деформация и парализи на засегнатите, най-често деца и юноши.

Особено място при възпалителните заболявания на гръбнака заемат **гръбначната нестабилност при ревматоидния артрит и кифотичната деформация на гръбначния стълб при анкилозиращия спондилартрит.** Тези състояния причиняват тежко деформиране на гръбначния стълб, ограничаване на движенията му и реална опасност от гръбначно-мозъчни увреждания с парализи в различна степен. Ефективното лечение се състои в спинална стабилизация при нестабилността вследствие на ревматоиден артрит (най-често в шийния отдел), и остеотомия на гръбначния стълб с последваща корекция и стабилизация при анкилозиращия спондилартрит (най-често в поясния отдел и по-рядко в шийния отдел). Тези интервенции представляват най-сложните операции в гръбначната хирургия и се извършват от квалифицирани ортопеди и неврохирурзи.

Спиналните туморни формации и съдови малформации причиняват хронична или остра компресия върху гръбначно-мозъчните структури, последвани от изразени в различна степен нарушения на движенията на крайниците, сетивни и тазово-резервоарни разстройства. Диагностиката им е сложна и изисква съответна апаратура и опит. Лечението на тези състояния включва навременно откриване, отстраняване на формацията, спинална декомпресия и при необходимост, особено при случаите с обширно разкриване на гръбначния канал и дестабилизиране на гръбнака при декомпресивната процедура, стабилизация на гръбначния стълб с костни присадъци или метални имплантати.

Травмите (счупвания и изкълчвания и комбинацията от тях) на гръбначния стълб, кръстната и опашната кост със или без засягане на гръбначния мозък и други неврални структури могат да бъдат различни по своя вид и тежест. Във всеки случай обаче те представляват сериозна увреда на опорно-двигателния апарат, което смущава неговата статика и механика, води до деформация и нестабилност, а в около 20% от случаите са налице гръбначно-мозъчни нарушения от различна степен, от леки коренчеви увреди до тежки парализи на горните и/или долните крайници със загуба на способността за активни движения, сетивност и контрола върху тазовите резервоари. По-леките гръбначни травми, особено такива без неврологична симптоматика, се лекуват консервативно с екстензионно или позиционно наместване и съответна имобилизация. По-тежките фрактури на гръбнака, особено тези с голямо разместване, нестабилност и увреда на гръбначно-мозъчни структури, се лекуват оперативно. Това лечение трябва да се извършва по спешност от квалифицирани ортопеди-травматолози и неврохирурзи и включва репозиция, декомпресия и стабилизация на гръбначния стълб. От навременността и качеството на това лечение в голяма част от случаите зависи животът на тези пациенти, резултатите от лечението и прогнозата.

Вродените и придобитите изкривявания на гръбначния стълб (сколиоза, кифоза, лордоза или комбинациите от тях) се срещат в 3-5% от децата и юношите. Причините за тези тежки заболявания на гръбначния стълб могат да бъдат различни – вродена малформация на прешлените, налично неврологично или миологично заболяване, вродена малостойност на съединителната тъкан и други генерализирани дисплазии, а в голяма част от случаите причината остава неизяснена. Сколиозите, кифозите и лордозите представляват деформация на гръбначния стълб в различни равнини, имат прогресивен характер с израстването на засегнатите деца и юноши, и водят освен до обезобразяване на тялото и до увреждане на дихателната и сърдечно-съдовата функция. В по-тежките, най-често нелекувани или късно открити случаи, е налице възможността за увреждане на гръбначния мозък и неговите структури с развитие на парези и парализи. След завършване на растежа тенденцията към засилване на изкривяването намалява, но тези изкривявания неизменно водят до развитие на дегенеративни изменения на прешлените, междупрешленните дискове и ставички, причиняващи ранна инвалидизация. Лечението при леките случаи е консервативно с кинезитерапия и корсетолечение, а в прогресиращите случаи (над 40 градуса) е оперативно, включващо корекция на деформацията и стабилизацията на постигнатия резултат с монтаж на метални имплантати.

Особено място при деформациите на гръбначния стълб заемат различните видове спондилолистези, които представляват подхлъзване на един прешлен спрямо по-долулежащия. Това състояние може да има различна причина – вродена малформация, придобит дефект на дъгата (спондилолиза), дегенеративна нестабилност поради износване на междупрешленните дискове, деструкция на междупрешленните ставички поради възпалителен или туморен процес. Най-често са засегнати поясните прешлени, следвани от шийния отдел на гръбначния стълб. Обикновено спондилолистезата има прогресивен характер и освен до болки и нарушена подвижност, нерядко води до притискане на гръбначно-мозъчните структури и коренчета, в зависимост от нивото и степента на подхлъзването. Особено тежко може да бъде състоянието на притискане на снопа от нервни коренчета (конската опашка) в поясно-кръстната част на гръбначния канал, с поява на тазово-резервоарни смущения. Лечението при по-леките случаи е консервативно, докато при доказана тенденция към прогресиране и поява и на най-малки смущения в сетивността и способността за активни движения на крайниците, или контрола на тазовите резервоари, лечението е оперативно, включващо декомпресия и стабилизация без или със наместване.

Драги пациенти, представената информация е предназначена за Вас, които имате подобни гръбначни и гръбначно-мозъчни оплаквания и симптоми. Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност или забавяне на диагностицирането на сериозно гръбначно заболяване, последвано от неадекватно и неефективно лечение.

Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с общопрактикуващия лекар, с неврохирург или ортопед-травматолог от извънболничната помощ, а така също и с лекаря от приемния кабинет.

КП № 211 ГРЪБНАЧНИ И ГРЪБНАЧНО-МОЗЪЧНИ ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

КП № 211.2 ГРЪБНАЧНИ И ГРЪБНАЧНО-МОЗЪЧНИ ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ – С НЕВРОНАВИГАЦИЯ И 3D ИНТРАОПЕРАТИВЕН ОБРАЗЕН КОНТРОЛ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури на структури на гръбначния канал или гръбначния мозък

90011-01 Други процедури на гръбначен канал или структури на гръбначния мозък
Кюретаж на гръбначен мозък или гръбначни менинги
Дебридмен на гръбначен мозък или гръбначни менинги
Изследване:
• спинален канал }
• корени на спинални нерви } БДУ
Отстраняване на чуждо тяло от гръбначния канал

Други процедури на структури на гръбначния канал или гръбначния мозък

40315-00 Процедура при лезия на краниоцервикален преход, трансорален достъп
Ексцизия на втори шиен прешлен или зъбовиден израстък при лезия на краниоцервикален преход
Отстраняване на тумор в краниоцервикален преход
Дренаж на абсцес на краниоцервикален преход
Кодирай също когато е направено:
• стабилизиране на втория шиен прешлен (40316-00 [1390])

Възстановяване на структури на гръбначния канал или гръбначния мозък

40100-00 Възстановяване на гръбначно менингоцеле
Ексцизия и затваряне на гръбначно менингоцеле

90011-02 Други възстановителни процедури на спиналния канал или структури на гръбначния мозък
Възстановяване на:
• гръбначен мозък }
• гръбначни менинги } БДУ

Възстановяване на структури на гръбначния канал или гръбначния мозък

40103-00 Възстановяване на миеломенингоцеле
Ексцизия и затваряне на миеломенингоцеле
Включва: кожно платно
Z-пластика

Отворено наместване фрактура\луксация на гръбначен стълб

Забележка: Ангажиране на гръбначен мозък би могло да бъде описано като увреда на гръбначен мозък

47699-01 Отворено наместване на фрактура\луксация на гръбначен стълб с вътрешна фиксация
Включва: несегментна вътрешна фиксация

47699-02 Отворено наместване на фрактура\луксация на гръбначен стълб със сегментна вътрешна фиксация

47702-01 Отворено наместване на фрактура\луксация на гръбначен стълб с ангажиране на гръбначен мозък с проста вътрешна фиксация

Включва: несегментна вътрешна фиксация

47702-02 Отворено наместване на фрактура\луксация на гръбначен стълб с ангажиране на гръбначен мозък със сегментна вътрешна фиксация

Спинално сливане

∇ 1348

Включва: костен графт
доставяне на материал за графт през същия разрез

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на прешлен (48639 [1383])
• вътрешна фиксация (48678-00, 48681-00, 48684-00, 48687-00, 48690-00 [1390])
• доставяне на материал за графт чрез отделен разрез (47726-00 [1563])

48660-00 Предно спинално сливане, 1 ниво

Не включва: такава с декомпресия на шиен гръбначен мозък (40332-00 [46])

48669-00 Предно спинално сливане, ≥ 2 нива

Не включва: такава с декомпресия на шиен гръбначен мозък (40335-00 [46])

Вътрешна фиксация на гръбначен стълб

∇ 1348

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563])
• сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])

40316-00 Фиксиране със зъбчат винт
Стабилизация на втори цервикален прешлен

48678-00 Обикновена спинална вътрешна фиксация

Включва: поставяне на:
• фацетен винт
• телена примка

Не включва: такава с отворено наместване на фрактура\луксация (47699-01, 47699-02, 47702-01, 47702-02 [1388])

Спинално сливане

∇ 1348

Включва: костен графт
доставяне на материал за графт през същия разрез

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на прешлен (48639 [1383])
• вътрешна фиксация (48678-00, 48681-00, 48684-00, 48687-00, 48690-00 [1390])
• доставяне на материал за графт чрез отделен разрез (47726-00 [1563])

48642-00 Задно спинално сливане, 1 или 2 нива

48645-00 Задно спинално сливане, ≥ 3 нива

48648-00 Заднолатерално спинално сливане, 1 или 2 нива

48651-00 Заднолатерално спинално сливане, ≥ 3 нива

48654-00 Задно спинално сливане с ламинектомия, 1 ниво

48657-00 Задно спинално сливане с ламинектомия, ≥ 2 нива

48654-01 Заднолатерално спинално сливане с ламинектомия, 1 ниво

48657-01 Заднолатерално спинално сливане с ламинектомия, ≥ 2 нива

Вътрешна фиксация на гръбначен стълб

∇ 1348

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563])
• сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])

48678-00 Обикновена спинална вътрешна фиксация

Включва: поставяне на:
• фацетен винт
• телена примка

Не включва: такава с отворено наместване на фрактура\луксация (47699-01, 47699-02, 47702-01, 47702-02 [1388])

Вътрешна фиксация на гръбначен стълб

∇ 1348

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563])
• сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])

40316-00 Фиксиране със зъбчат винт
Стабилизация на втори цервикален прешлен

48681-00 Несегментна спинална вътрешна фиксация

Вътрешна фиксация на гръбначен стълб

∇ 1348

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563])
• сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])

48681-00 Несегментна спинална вътрешна фиксация

Вътрешна фиксация на гръбначен стълб

∇ 1348

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563])
• сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])

48684-00 Сегментна спинална вътрешна фиксация, 1 или 2 нива

48687-00 Сегментна спинална вътрешна фиксация, 3 или 4 нива

Вътрешна фиксация на гръбначен стълб

∇ 1348

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563])
• сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])

48690-00 Сегментна спинална вътрешна фиксация, ≥ 5 нива

Вътрешна фиксация на гръбначен стълб

∇ 1348

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на материал за графт през отделен разрез (47726-00 [1563])
• сливане на гръбначен мозък (виж блок [1389])

48690-00 Сегментна спинална вътрешна фиксация, ≥ 5 нива

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19

92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, **посочени в Приложение № 21.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека

Задължително е изготвянето на копие от снимка на екрана на невронавигационната система по време на планирането и на осъществяването на интервенцията, която подлежи на контрол.

Задължително се прави постоперативна образна диагностика с КТ и/или ЯМР. Осъщественото постоперативно КТ изследване трябва да бъде с постреконструкция на 1мм.

При надвишаване обемът над 25% на КП № 211.2 от сбора на случаите от КП № 211.1, и КП № 211.2 за предходния отчетен период, за дадено лечебно заведение, случаите над 25 % от КП № 211.2 се заплаща на цената на КП № 211.1.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Изкуствени дискове за артропластика	НЗОК не заплаща посочените изделия
Антиадхезивен гел	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Агресивен борер за високооборотна конзола- с различни диаметри	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Заместващо костно вещество при остеосинтеза.	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Шийни и лумбални интервертебрални кейджове	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Дуропластика	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Хемостатична матрица	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Ендоскопски катетър за еднократна употреба в спиналната хирургия	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за ултразвукова аспирация	НЗОК не се заплща посоченото изделие
Игли за радиочестотна коагулация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Комплект електроди за невромониторинг	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Комплект маркери за невронавигация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Шийни и лумбални интервертебрални кейджове	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Ортопедия и травматология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ортопедия и травматология".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия” и „Ортопедия и травматология”.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврохирургия или Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2. КАИЛ/ОАИЛ или Самостоятелна структура за интензивно лечение към клиника/отделение по неврохирургия
3. Операционен блок/зали – най-малко две зали за асептични и септични операции
4. Клинична лаборатория, с II ниво на компетентност, с възможност за извършване на ликворно изследване
5. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия, С-рамо за периоперативен образен контрол

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ или ангиографска апаратура, с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Патоморфологична лаборатория
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама;

или

лекари със специалност по ортопедия и травматология – минимум трима;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение – минимум двама;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за възраст до 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама;

или

лекари със специалност по ортопедия и травматология – минимум трима;

- лекар/и със специалност по детски болести;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение – минимум двама;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Минимален обем дейност за клиника/отделение по неврохирургия от II-ро ниво на компетентност – 160 операции годишно, общо за всички неврохирургични пътеки.

Минимален обем дейност: за клиника/отделение по ортопедия и травматология от III ниво на компетентност - минимум по 350 операции годишно на всеки 10 легла.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение на пациенти с прилагане на оперативни стабилизиращи процедури с голям и много голям обем и сложност:

- поява или прогресия на неврологичен дефицит, включващ отпадна моторна симптоматика, тазово-резервоарни смущения;
- спинална нестабилност;
- протрахиран или консервативно резистентен болеви синдром, неповлияващ се от прилаганата до момента терапия;
- тежки изкривявания на гръбначния стълб;
- фрактури и луксации на гръбначния стълб;
- костни и мекотъканни инфекции на гръбначния стълб;
- първични и метастатични злокачествени заболявания в областта на гръбначния стълб.
- Чуждо тяло в областта на гръбначния стълб;
- Вродени дефекти в областта на гръбначния стълб, менингоцеле.

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Специфичното лечение при пациентите със спондилогенни радикуломиелопатии, тумори, вродени съдови малформации, гръбначно-мозъчни травми и гръбначни изкривявания включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи, които са насочени към преодоляване на основните причини за лошата прогноза:

- парези и парализи;
- тазово-резервоарни разстройства;
- тежки гръбначни изкривявания;
- хронифицирани болеви синдроми.

При пациентите със сфинктерни разстройства и остро настъпила пареза е наложителна спешна оперативната намеса.

ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ:

- **за дегенеративните дорзопатии:**
  - перкутанна нуклеотомия;

- микродискектомия и/или спинодеза;
- хемиламинектомия;
- ламинектомия;
- медиална фасетектомия;
- ламинектомия и/или спинална инструментация;

- **за спиналните травми** - декомпресивни и стабилизиращи процедури;
- **за спиналните тумори и съдови малформации** - туморни и съдови ексцизии, съдови оклузии, стабилизиращи процедури;
- **за възпалителни и паразитози** - ексцизия, стабилизация;
- **за гръбначни изкривявания** - спинодеза, корекция;
- **за други** - функционални процедури, стимулации, невротомии.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след задължително хистологично изследване на оперативен материал за определени диагнози, налагащи патоморфологично изследване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- спокойна оперативна рана;
- стабилизирано соматично и неврологично състояние

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни (в ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни (в ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

При влагане на медицински изделия от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ" към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) код на държава

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) ..... ул..... №. .....

ж.к..... .....бл.....вх.....тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

.....

име на лечебното заведение

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. ..

Амбулаторна процедура ..... №. ..

Клинична процедура ..... №. ..

Диагноза: ..... МКБ10 ..

дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година Пациент: ..... (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Дегенеративните спондилогенни радикуломиелопатии могат да обхванат различните отдели на гръбначния стълб (с най-голяма честота подвижните отдели в областта на кръста и

шийния отдел), с компресия върху гръбначния мозък или гръбначно-мозъчните коренчета. В резултат на дегенеративни процеси, протичащи във интервертебралния диск, чиято нормална функция е да абсорбира стресовете при натоварване на гръбначния стълб, централните участъци на диска могат да преминат извън външните му граници, с притискане на нервните коренчета в шийните или торакалните отдели и на гръбначния мозък. Подобна компресия върху невралните структури може да се получи и в резултат на дегенеративни процеси в прешлените (прешленото тяло, стави, дъги и лигаменти) със стеснение на гръбначния канал.

Компресията и съпътстващото възпаление на нервните коренчета са отговорни за появата на болка, излъчваща се от кръста в определени области на долния крайник или шията и горния крайник. Компресията върху нервното коренче може да предизвика слабост в долните или горните крайници с обхващане на специфични мускулни групи. Компресията върху гръбначния мозък е причина за слабост и стегнатост в долните и/или горните крайници и сфинктерни разстройства. При централно разположени дискови хернии в лумбалния отдел може да се стигне до тежки паретични разстройства в долните крайници и сфинктерните разстройства. Стесненията на канала в същата област (обикновено при по-възрастни пациенти) е причина за появата на тежест и болка в долните отдели на кръста, глутеусите и бедрената мускулатура, провокираща се при изправено положение, която ги инвалидизира, като болката намалява при навеждане напред или седнало положение. В по-редки случаи, при тези пациенти може се появи слабост в долните крайници и сфинктерни разстройства. Лечението е консервативно с подходящ режим, медикаменти (включващи и епидурални стероидни инжекции), физикална терапия (като при 80% болевата симптоматика се повлиява в първите 3-5 дни); при пациентите със стеноза обикновено повлияването е временно. При около 15-18 % е необходимо и по-продължително лечение до 60 дни. При 2-5% се налага оперативно лечение, което се изразява в хирургично отстраняване на дисковата херния и костно-лигаментарна компресия и освобождаване на невралните структури, а при нестабилност между отделните прешлени - и стабилизиращи операции с костни или метални трансплanти. При част от пациентите навременната оперативна намеса е решаваща за добрата прогноза - при появила се и прогресираща слабост в крайниците и тазово-резервоарни нарушения.

Възпалителните гръбначни заболявания, особено тези причинени от специфична инфекция като туберкулозата, имат важно здравно и социално значение, поради реалната възможност за заразяване и на други хора. Затова диагностиката и лечението им трябва да се провеждат активно от ортопед или неврохирург. Рано трябва да се започне адекватно медикаментозно и корсетно лечение, а при поява на деформация на засегнатите сегменти на гръбнака, на паретични симптоми и при образуване на студени абсцеси веднага да се пристъпва към евакуация на гнойната колекция и изкюретирване на некротичната маса, декомпресия на невралните структури и стабилизация на гръбнака. Тази оперативна намеса може да спаси голяма част от пациентите от парализи и други животозастрашаващи усложнения.

Същата тактика се прилага и при зачестилите през последните години случаи с **ехинокок (кучешка тения) на гръбнака**, които са застрашени от деформация и парализи на засегнатите, най-често деца и юноши.

Особено място при възпалителните заболявания на гръбнака заемат **гръбначната нестабилност при ревматоидния артрит и кифотичната деформация на гръбначния стълб при анкилозиращия спондилартрит.** Тези състояния причиняват тежко деформиране на гръбначния стълб, ограничаване на движенията му и реална опасност от гръбначно-мозъчни увреждания с парализи в различна степен. Ефективното лечение се състои в спинална стабилизация при нестабилността вследствие на ревматоиден артрит (най-често в шийния отдел), и остеотомия на гръбначния стълб с последваща корекция и стабилизация при анкилозиращия спондилартрит (най-често в поясния отдел и по-рядко в шийния отдел). Тези интервенции представляват най-сложните операции в гръбначната хирургия и се извършват от квалифицирани ортопеди и неврохирурзи.

Спиналните туморни формации и съдови малформации причиняват хронична или остра компресия върху гръбначно-мозъчните структури, последвани от изразени в различна степен нарушения на движенията на крайниците, сетивни и тазово-резервоарни разстройства.

Диагностиката им е сложна и изисква съответна апаратура и опит. Лечението на тези състояния включва навременно откриване, отстраняване на формацията, спинална декомпресия и при необходимост, особено при случаите с обширно разкриване на гръбначния канал и дестабилизиране на гръбнака при декомпресивната процедура, стабилизация на гръбначния стълб с костни присадъци или метални имплантати.

Травмите (счупвания и изкълчвания и комбинацията от тях) на гръбначния стълб, кръстната и опашната кост със или без засягане на гръбначния мозък и други неврални структури могат да бъдат различни по своя вид и тежест. Във всеки случай обаче те представляват сериозна увреда на опорно-двигателния апарат, което смущава неговата статика и механика, води до деформация и нестабилност, а в около 20% от случаите са налице гръбначно-мозъчни нарушения от различна степен, от леки коренчеви увреди до тежки парализи на горните и/или долните крайници със загуба на способността за активни движения, сетивност и контрола върху тазовите резервоари. По-леките гръбначни травми, особено такива без неврологична симптоматика, се лекуват консервативно с екстензионно или позиционно наместване и съответна имобилизация. По-тежките фрактури на гръбнака, особено тези с голямо разместване, нестабилност и увреда на гръбначно-мозъчни структури, се лекуват оперативно. Това лечение трябва да се извършва по спешност от квалифицирани ортопеди-травматолози и неврохирурзи и включва репозиция, декомпресия и стабилизация на гръбначния стълб. От навременността и качеството на това лечение в голяма част от случаите зависи животът на тези пациенти, резултатите от лечението и прогнозата.

Вродените и придобитите изкривявания на гръбначния стълб (сколиоза, кифоза, лордоза или комбинациите от тях) се срещат в 3-5% от децата и юношите. Причините за тези тежки заболявания на гръбначния стълб могат да бъдат различни – вродена малформация на прешлените, налично неврологично или миологично заболяване, вродена малостойност на съединителната тъкан и други генерализирани дисплазии, а в голяма част от случаите причината остава неизяснена. Сколиозите, кифозите и лордозите представляват деформация на гръбначния стълб в различни равнини, имат прогресивен характер с израстването на засегнатите деца и юноши, и водят освен до обезобразяване на тялото и до увреждане на дихателната и сърдечно-съдовата функция. В по-тежките, най-често нелекувани или късно открити случаи, е налице възможността за увреждане на гръбначния мозък и неговите структури с развитие на парези и парализи. След завършване на растежа тенденцията към засилване на изкривяването намалява, но тези изкривявания неизменно водят до развитие на дегенеративни изменения на прешлените, междупрешленните дискове и ставички, причиняващи ранна инвалидизация. Лечението при леките случаи е консервативно с кинезитерапия и корсетолечение, а в прогресиращите случаи (над 40 градуса) е оперативно, включващо корекция на деформацията и стабилизацията на постигнатия резултат с монтаж на метални имплантати.

Особено място при деформациите на гръбначния стълб заемат различните видове спондилолистези, които представляват подхлъзване на един прешлен спрямо по-долулежащия. Това състояние може да има различна причина – вродена малформация, придобит дефект на дъгата (спондилолиза), дегенеративна нестабилност поради износване на междупрешленните дискове, деструкция на междупрешленните ставички поради възпалителен или туморен процес. Най-често са засегнати поясните прешлени, следвани от шийния отдел на гръбначния стълб. Обикновено спондилолистезата има прогресивен характер и освен до болки и нарушена подвижност, нерядко води до притискане на гръбначно-мозъчните структури и коренчета, в зависимост от нивото и степента на подхлъзването. Особено тежко може да бъде състоянието на притискане на снопа от нервни коренчета (конската опашка) в поясно-кръстната част на гръбначния канал, с поява на тазово-резервоарни смущения. Лечението при по-леките случаи е консервативно, докато при доказана тенденция към прогресиране и поява и на най-малки смущения в сетивността и способността за активни движения на крайниците, или контрола на тазовите резервоари, лечението е оперативно, включващо декомпресия и стабилизация без или със наместване.

Драги пациенти, представената информация е предназначена за Вас, които имате подобни гръбначни и гръбначно-мозъчни оплаквания и симптоми. Отказът Ви от постъпване в болнично

заведение крие риск от неточност или забавяне на диагностицирането на сериозно гръбначно заболяване, последвано от неадекватно и неефективно лечение.

Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с общопрактикуващия лекар, с неврохирург или ортопед-травматолог от извънболничната помощ, а така също и с лекаря от приемния кабинет.

КП № 212 ГРЪБНАЧНИ И ГРЪБНАЧНО-МОЗЪЧНИ ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ С МАЛЪК И СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури за апликация, поставяне или премахване върху череп, мозъчни обвивки или мозък

47705-00 Поставяне на калипер на череп
Поставяне на черепни щипци
Не включва: такава при гръбначна фрактура или луксация (47684-00, 47687-00 [1381], 47690-00, 47693-00 [1387])

(КОДОВЕТЕ ПО- ДОЛУ НЕ ВКЛЮЧВАТ ЕКСПЛОРАЦИЯ НА КОРЕНЧЕТАТА НА СПИНАЛНИ НЕРВИ И ФОРАМЕНОТОМИЯ)

Декомпресия на лумбалния участък на гръбначния канал

Включва: декомпресия:
• предна
• задна
дисцектомия
ламинектомия
такава при спинална стеноза

Кодирай също когато е направена:
• ризолиза (40330-00 [49])

Не включва: Предна декомпресия на тораколумбален спинален мозък (40351-00 [47])

90024-00 Декомпресия на лумбален спинален канал, 1 ниво

90024-01 Декомпресия на лумбален спинален канал, ≥ 2 нива

Декомпресия в цервикален участък на гръбначния мозък

Декомпресивна ламинектомия на гръбначния мозък

Включва: шийна дисцектомия
такава при спинална стеноза

Кодирай също когато е направена:
• ризолиза (40330-00 [49])

40331-00 Декомпресия на цервикалния отдел на гръбначния мозък, > 1 ниво

40332-00 Декомпресия на цервикалния отдел на гръбначния мозък с предно сливане, > 1 ниво

Включва: костен графт
доставяне на графт материал през същата инцизия

Кодирай също когато е направена:
• вътрешна фиксация (48678-00, 48681-00, 48684-00 [1390])
• доставяне на кост за графт чрез отделна инцизия (47726-00 [1563])

40334-00 Декомпресия на цервикалния гръбначен мозък ≥ 2 нива

40335-00 Декомпресия на цервикалния гръбначен мозък с предно сливане ≥ 2 нива

Включва: костен графт
доставяне на графт материал през същата инцизия

Кодирай също когато е направена:
• вътрешна фиксация (48678-00, 48681-00, 48687-00, 48690-00 [1390])
• доставяне на кост за графт чрез самостоятелна инцизия (47726-00 [1563])

Декомпресия в торакален и тораколумбален участък на гръбначния мозък

Включва: такава при спинална стеноза

Кодирай също когато е направена:
• ризолиза (40330-00 [49])
• спинално сливане (48642-00, 48645-00, 48648-00, 48651-00, 48660-00, 48669-00 [1389])

40345-00 Декомпресия на торакален гръбначен мозък чрез костотрансверзектомия
Включва: премахване на ребро
торакална дисцектомия

40348-00 Декомпресия на торакалния гръбначен мозък чрез торакотомия
Включва: премахване на ребро
торакална:
• дисцектомия
• вертебректомия

40351-00 Предна декомпресия на тораколумбален гръбначен мозък
Предна декомпресия на горна лумбална част на гръбначен мозък
Включва: дисцектомия:
• лумбална
• торакална

Отстраняване на спинални лезии

Включва: тези чрез ламинектомия

40309-00 Премахване на гръбначна екстрадурална лезия
Премахване на гръбначен екстрадурален:
• абсцес
• тумор

40318-00 Ексцизия на спинална артериовенозна малформация
Клипсиране на спинална артериовенозна малформация
(не включва експлорация на коренчета на спинални нерви и фораменотомия)

40318-01 Премахване на спинална интрамедуларна лезия
Ексцизия на спинален интрамедуларен тумор

40312-00 Премахване на гръбначна интрадурална лезия
Премахване на спинален:
• интрадурален екстрамедуларен тумор
• менингиом
Не включва: ексцизия на:
• артериовенозна малформация (40318-00 [53])
• интрамедуларна лезия (40318-01 [53])
• лезия на краниоцервикален преход (40315-00 [59])

Кордотомия или миелотомия

Не включва: перкутанна спинална кордотомия (39121-00 [58])

39124-00 Кордотомия
Спинална трактотомия
Включва: ламинектомия

39124-01 Миелотомия
Включва: ламинектомия

39124-02 Процедура в областта на навлизане на задните коренчета [DREZ]
Процедура за лезия в областта на задни коренчета
Включва: ламинектомия

Инцизионни процедури на сухожилие или сухожилна обвивка на други мускулно-скелетни точки

47963-00 Отворена тенотомия, некласифицирана другаде

Затворено наместване на фрактура \ луксация на гръбначен стълб

Забележка: Ангажиране на гръбначен мозък би могло да бъде описано като увреда на гръбначен мозък

47696-00 Затворено наместване фрактура\луксация на гръбначен стълб

47690-00 Затворено наместване на фрактура\ луксация на гръбначен стълб с имобилизация

Други спинални процедури

□1348

35400-00 Вертебропластика, 1 вертебрално тяло
Инжектиране на полиметилметакрилат [PMMA] в едно прешленно тяло
Включва: двупосочно (бипедикуларно) инжектиране

35400-01 Вертебропластика, ≥ 2 вертебрални тела
Инжектиране на полиметилметакрилат [PMMA] в две или повече прешленни тела
Включва: двупосочно (бипедикуларно) инжектиране

Поставяне и отстраняване на спинален шънт за цереброспинална течност

Не включва: лумбален дрен за цереброспинална течност (40018-00, 90008-00 [41])
ревизия на спинален шънт (40009-02 [56])

40006-00 Поставяне на спинален шънт
Поставяне на лумбоперитонеален шънт
Не включва: такава с ламинектомия (40342-00 [42])

40342-00 Поставяне на шънт за цереброспинална течност с ламинектомия
Процедура, извършвана при сирингомиелия и хидромиелия
Включва: сирингоперитонеален }
сирингоплеврален } шънт

40009-05 Премахване на спинален шънт
□ 0634
Отстраняване на лумбоперитонеален шънт
Не включва: такава с подмяна (40009-02 [56])

Поставяне, замяна или отстраняване на епидурални електроди

Забележка: Извършва се за облекчение на болка

39130-00 Перкутанно поставяне на епидурални електроди
Перкутанно:
• вграждане }
• въвеждане } на епидурални електроди
• тунелизиране }
Включва: интраоперативен тест за стимулация

39139-00 Поставяне на епидурални електроди чрез ламинектомия
Подмяна }
Ревизия } на епидурални електроди чрез отворен достъп
Включва: интраоперативен тест за стимулация

39131-00 Корекция на епидурални електроди
Ревизия на епидурални електроди

39137-00 Подмяна на епидурални електроди
Включва: интраоперативен тест за стимулация
Не включва: тази с подмяна на епидурални електроди чрез ламинектомия (39139-00 [43])

39136-01 Премахване на епидурални електроди

Не включва: такава с подмяна:
• чрез ламинектомия (39139-00 [43])
• БДУ (39137-00 [43])

Остектомия на бедрена кост или таз

48424-03 Остектомия на таз

Други спинални процедури

□1348

50616-01 Ревизия на спинална процедура с отстраняване на спинална фиксация

Отворено наместване фрактура\луксация на гръбначен стълб

Забележка: Ангажиране на гръбначен мозък би могло да бъде описано като увреда на гръбначен мозък

47699-00 Отворено наместване на фрактура\луксация на гръбначен стълб

47702-00 Отворено наместване на фрактура\луксация на гръбначен стълб с ангажиране на гръбначен мозък

Дисцектомия при повтарящи се дискови лезии

Дисцектомия чрез:
• ламинектомия }
• ламинотомия } при повтаряща се дискова лезия
Ексцизия на интервертебрален диск }

Не включва: такава с интервертебрална дискова протеза (виж блок [59])

40303-00 Дисцектомия при рецидивираща дискова лезия, 1 ниво

40303-01 Дисцектомия при рецидивираща дискова лезия, ≥ 2 нива

Друга дисцектомия

Ексцизия на интервертебрален диск

Не включва: дисцектомия при повторна дискова лезия (40303 [51])
ламинектомия с поставяне на цереброспинален шънт (40342-00 [42])
такава с интервертебрална дискова протеза (виж блок [59])

40300-00 Дисцектомия, 1 ниво
Дисцектомия, 1 ниво чрез:
• ламинектомия
• ламинотомия

Не включва: перкутанна лумбална дисцектомия (48636-00 [52])
такава на цервикален интервертебрален диск(40333-00 [52])
такава с декомпресия на:
• лумбална част на гръбначния мозък (90024-00 [48])
• гръдна или тораколумбална част на гръбначния мозък (40345-00, 40348-00, 40351-00 [47])

40300-01 Дисцектомия, ≥ 2 нива
Дисцектомия, ≥ 2 нива, чрез:
• ламинектомия
• ламинотомия

Не включва: перкутанна лумбална дисцектомия (48636-00 [52])
такава на цервикален интервертебрален диск (40333-01 [52])
такава с декомпресия на:
• лумбална част на гръбначния мозък (90024-01 [48])
• гръдна или тораколумбална част на гръбначен мозък (40345-00, 40348-

	00, 40351-00 [47])
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID- 19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS-CoV- 2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три различни кодове **от различни блокове**, насочени към основната диагноза, посочени в Приложение № 21.

Основна процедура **91.92 (92191-00 или 92191-01) се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID- 19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека

НЗОК не заплаща клиничната пътека в случаите, при които с някоя от основните процедури, посочени в блок „Кодове на основни процедури“ се отчита основна процедура, състояща се в озонотерапия със или без стероиден блок, тъй като процедурата е неоперативна.

Общата интубационна анестезия е задължителна при оперативна процедура с /40303-00 Дисцектомия при рецидивираща дискова лезия, 1 ниво; 40303-01 Дисцектомия при рецидивираща дискова лезия, ≥ 2 нива; 40300-00 Дисцектомия, 1 ниво; 40300-01 Дисцектомия, ≥ 2 нива/. При тази процедура е задължително извършването на хистологично изследване, което се отчита като четвърта диагностична процедура, с код 92182-06 или 91934-06, за завършване на клиничната пътека.

Образните изследвания (КТ/МРТ) имат давност 3 месеца до датата на хоспитализация на пациента.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Ниво на компетентност за клиничната пътека – от обхвата на медицинската специалност "Неврохирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Неврохирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Ортопедия и травматология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ортопедия и травматология".

Изискванията за ниво на компетентност на всички задължителни звена са в съответствие с изискванията на медицински стандарт „Неврохирургия” и „Ортопедия и травматология”.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължителни звена и медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по неврохирургия

или Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2. КАИЛ/ОАИЛ или Самостоятелна структура за интензивно лечение към клиника/отделение по неврохирургия
3. Операционен блок/зали – най-малко две зали за асептични и септични операции
4. Клинична лаборатория, с II ниво на компетентност, с възможност за извършване на ликворно изследване
5. Образна диагностика – рентгенов апарат за скопия и графия, С-рамо за периоперативен образен контрол

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ или ангиографска апаратура, с осигурен 24-часов достъп, вкл. в условията на спешност
2. Патоморфологична лаборатория
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама;

или

лекари със специалност по ортопедия и травматология – минимум трима;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение – минимум двама;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за възраст до 18 години:

- лекари със специалност по неврохирургия – минимум двама;

или

лекари със специалност по ортопедия и травматология – минимум трима;

- лекар/и със специалност по детски болести;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение – минимум двама;
- лекар/и със специалност по образна диагностика;
- лекар/и със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Минимален обем дейност за клиника/отделение по неврохирургия от II-ро ниво на компетентност – 160 операции годишно, общо за всички неврохирургични пътеки.

Минимален обем дейност: за клиника/отделение по ортопедия и травматология от II ниво на компетентност - минимум по 250 операции годишно на всеки 10 легла.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Антиадхезивен гел	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Агресивен борер за високооборотна конзола – с различни диаметри	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Заместващо костно вещество при остеосинтеза	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Ендоскопски катетър за еднократна употреба в спиналната хирургия	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Сет за ултразвукова аспирация	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Комплект електроди за невромониторинг	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лазерен световод	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и оперативно лечение без прилагане на оперативни стабилизиращи процедури за пациенти с:

- **поява или прогресия на неврологичен дефицит, включващ отпадна моторна симптоматика, тазово-резервоарни смущения.**
- **протрахиран или консервативно резистентен болеви синдром, неповлияващ се от прилаганата до момента терапия;**
- **изкривявания на гръбначния стълб;**
- **фрактури и луксации на гръбначния стълб;**
- **костни и мекотъканни инфекции на гръбначния стълб;**
- **първични и метастатични злокачествени заболявания в областта на гръбначния стълб.**

5б. ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Специфичното лечение при пациентите със спондилогенни радикуломиелопатии, тумори, вродени съдови малформации, гръбначно-мозъчни травми и гръбначни изкривявания включва комбинирани оперативни и консервативни терапевтични подходи, които са насочени към преодоляване на основните причини за лошата прогноза:

- парези и парализи;
- тазово-резервоарни разстройства;
- тежки гръбначни изкривявания;

- хронифицирани болеви синдроми.

При пациентите със сфинктерни разстройства и остро настъпила пареза е наложителна спешна оперативната намеса.

ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ:

- **за дегенеративните дорзопатии:**
  - перкутанна нуклеотомия;
  - микродискектомия и/или спинодеза;
  - хемиламинектомия;
  - ламинектомия;
  - медиална фасетектомия;
  - ламинектомия и/или спинална инструментация;
- **за спиналните травми** - декомпресивни и стабилизиращи процедури;
- **за спиналните тумори и съдови малформации** - туморни и съдови ексцизии, съдови оклузии, стабилизиращи процедури;
- **за възпалителни и паразитози** - ексцизия, стабилизация;
- **за гръбначни изкривявания** - спинодеза, корекция;
- **за други** - функционални процедури, стимулации, невротомии.

КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ:

- **Дегенеративните дорзопатии:**

- постелен режим, лумбостат, шийна яка;
- нестероидни противовъзпалителни медикаменти;
- аналгетици, нестероидни противовъзпалителни, миорелаксанти за не повече от 2-3 седмици;
- епидурални стероидни инжекции;
- физиотерапия 1-2 седмици след постелния режим - тракции, ултразвук, електро - мускулна стимулация.

Поведението, което се използва за профилактиката на рецидив на спиналните радикуломиопатии, е в постепенно възстановяване на нормална физическа активност, подходящи позиция при сън и движение, повдигащи техники.

- **Гръбначни изкривявания:**

- лечебна физкултура;
- коригиращи пластмасови корсети.

- **Спинални травми** - овладяване на евентуалната хипотензия (поддържане на систолично налягане над 90 мм Hg, внимателна хидратация, поради анормална хемодинамика и склонност към пулмонарен едем), кислородотерапия, уретрален катетер, най-късно до осмия час от травмата оптимални дози кортикостероиди по схема.

- **Гръбначно-мозъчни тумори (първични и метастатични)** - високи дози кортикостероиди (с особено добър ефект при метастазите), опиоидни аналгетици (включително и апликации през епидурален катетър).

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след задължително хистологично изследване на оперативен материал за определени диагнози, налагащи патоморфологично изследване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- спокойна оперативна рана;
- стабилизирано соматично и неврологично състояние

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Хирургия".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни (в ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни (в ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

При влагане на медицински изделия от „Списък с медицински изделия, които НЗОК заплаща в условията на болничната медицинска помощ" към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол

м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ..□□.□□.□□□□

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС код на държава

(или по двустранни спогодби)

.....

Адрес: гр.(с) ..... №: .....

ул. .....

Ж.К. .....

..... бл..... вх..... тел.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК №. здравен регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лекаря/ЛПК на лекаря,

.....

име на лечебното заведение

.....

.....

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №. □□□.□

Амбулаторна процедура ..... №. □□.□

Клинична процедура ..... **№.** ☐☐.☐

Диагноза: ..... МКБ10 ☐☐☐.☐☐ ☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....
ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за откриване на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Дегенеративните спондилогенни радикуломиелопатии могат да обхванат различните отдели на гръбначния стълб (с най-голяма честота подвижните отдели в областта на кръста и шийния отдел), с компресия върху гръбначния мозък или гръбначно-мозъчните коренчета. В резултат на дегенеративни процеси, протичащи във интервертебралния диск, чиято нормална функция е да абсорбира стресовете при натоварване на гръбначния стълб, централните участъци на диска могат да преминат извън външните му граници, с притискане на нервните коренчета в шийните или торакалните отдели и на гръбначния мозък. Подобна компресия върху невралните структури може да се получи и в резултат на дегенеративни процеси в прешлените (прешленото тяло, стави, дъги и лигаменти) със стеснение на гръбначния канал.

Компресията и съпътстващото възпаление на нервните коренчета са отговорни за появата на болка, излъчваща се от кръста в определени области на долния крайник или шията и горния крайник. Компресията върху нервното коренче може да предизвика слабост в долните или горните крайници с обхващане на специфични мускулни групи. Компресията върху гръбначния мозък е причина за слабост и стегнатост в долните и/или горните крайници и сфинктерни разстройства. При централно разположени дискови хернии в лумбалния отдел може да се стигне до тежки паретични разстройства в долните крайници и сфинктерните разстройства. Стесненията на канала в същата област (обикновено при по-възрастни пациенти) е причина за появата на тежест и болка в долните отдели на кръста, глутеусите и бедрената мускулатура, провокираща се при изправено положение, която ги инвалидизира, като болката намалява при навеждане напред или седнало положение. В по-редки случаи, при тези пациенти може се появи слабост в долните крайници и сфинктерни разстройства.

Лечението е консервативно с подходящ режим, медикаменти (включващи и епидурални стероидни инжекции), физикална терапия (като при 80% болевата симптоматика се повлиява в първите 3-5 дни); при пациентите със стеноза обикновено повлияването е временно. При около 15-18 % е необходимо и по-продължително лечение до 60 дни. При 2-5% се налага оперативно лечение, което се изразява в хирургично отстраняване на дисковата херния и костно-лигаментарна компресия и освобождаване на невралните структури, а при нестабилност между отделните прешлени - и стабилизиращи операции с костни или метални трансплянти. При част от пациентите навременната оперативна намеса е решаваща за добрата прогноза - при появила се и прогресираща слабост в крайниците и тазово-резервоарни нарушения.

Възпалителните гръбначни заболявания, особено тези причинени от специфична инфекция като туберкулозата, имат важно здравно и социално значение, поради реалната възможност за заразяване и на други хора. Затова диагностиката и лечението им трябва да се провеждат активно от ортопед или неврохирург. Рано трябва да се започне адекватно медикаментозно и корсетно лечение, а при поява на деформация на засегнатите сегменти на гръбнака, на паретични симптоми и при образуване на студени абсцеси веднага да се пристъпва към евакуация на гнойната колекция и изкюретирване на некротичната маса, декомпресия на невралните структури и стабилизация на гръбнака. Тази оперативна намеса може да спаси голяма част от пациентите от парализи и други животозастрашаващи усложнения.

Същата тактика се прилага и при зачестилите през последните години случаи с **ехинокок (кучешка тения) на гръбнака**, които са застрашени от деформация и парализи на засегнатите, най-често деца и юноши.

Особено място при възпалителните заболявания на гръбнака заемат **гръбначната нестабилност при ревматоидния артрит и кифотичната деформация на гръбначния стълб при анкилозиращия спондилартрит.** Тези състояния причиняват тежко деформиране на гръбначния стълб, ограничаване на движенията му и реална опасност от гръбначно-мозъчни увреждания с парализи в различна степен. Ефективното лечение се състои в спинална стабилизация при нестабилността вследствие на ревматоиден артрит (най-често в шийния отдел), и остеотомия на гръбначния стълб с последваща корекция и стабилизация при анкилозиращия спондилартрит (най-често в поясния отдел и по-рядко в шийния отдел). Тези интервенции представляват най-сложните операции в гръбначната хирургия и се извършват от квалифицирани ортопеди и неврохирурзи.

Спиналните туморни формации и съдови малформации причиняват хронична или остра компресия върху гръбначно-мозъчните структури, последвани от изразени в различна степен нарушения на движенията на крайниците, сетивни и тазово-резервоарни разстройства. Диагностиката им е сложна и изисква съответна апаратура и опит. Лечението на тези състояния включва навременно откриване, отстраняване на формацията, спинална декомпресия и при необходимост, особено при случаите с обширно разкриване на гръбначния канал и дестабилизиране на гръбнака при декомпресивната процедура, стабилизация на гръбначния стълб с костни присадъци или метални имплантати.

Травмите (счупвания и изкълчвания и комбинацията от тях) на гръбначния стълб, кръстната и опашната кост със или без засягане на гръбначния мозък и други неврални структури могат да бъдат различни по своя вид и тежест. Във всеки случай обаче те представляват сериозна увреда на опорно-двигателния апарат, което смущава неговата статика и механика, води до деформация и нестабилност, а в около 20% от случаите са налице гръбначно-мозъчни нарушения от различна степен, от леки коренчеви увреди до тежки парализи на горните и/или долните крайници със загуба на способността за активни движения, сетивност и контрола върху тазовите резервоари. По-леките гръбначни травми, особено такива без неврологична симптоматика, се лекуват консервативно с екстензионно или позиционно наместване и съответна имобилизация. По-тежките фрактури на гръбнака, особено тези с голямо разместване, нестабилност и увреда на гръбначно-мозъчни структури, се лекуват оперативно. Това лечение трябва да се извършва по спешност от квалифицирани ортопеди-травматолози и неврохирурзи и включва репозиция, декомпресия и стабилизация на гръбначния стълб. От навременността и качеството на това лечение в голяма част от случаите зависи животът на тези пациенти, резултатите от лечението и прогнозата.

Вродените и придобитите изкривявания на гръбначния стълб (сколиоза, кифоза, лордоза или комбинациите от тях) се срещат в 3-5% от децата и юношите. Причините за тези тежки заболявания на гръбначния стълб могат да бъдат различни – вродена малформация на прешлените, налично неврологично или миологично заболяване, вродена малостойност на съединителната тъкан и други генерализирани дисплазии, а в голяма част от случаите причината остава неизяснена. Сколиозите, кифозите и лордозите представляват деформация на гръбначния стълб в различни равнини, имат прогресивен характер с израстването на засегнатите деца и юноши, и водят освен до обезобразяване на тялото и до увреждане на дихателната и сърдечно-съдовата функция. В по-тежките, най-често нелекувани или късно открити случаи, е налице възможността за увреждане на гръбначния мозък и неговите структури с развитие на парези и парализи. След завършване на растежа тенденцията към засилване на изкривяването намалява, но тези изкривявания неизменно водят до развитие на дегенеративни изменения на прешлените, междупрешленните дискове и ставички, причиняващи ранна инвалидизация. Лечението при леките случаи е консервативно с кинезитерапия и корсетолечение, а в прогресиращите случаи (над 40 градуса) е оперативно, включващо корекция на деформацията и стабилизацията на постигнатия резултат с монтаж на метални имплантати.

Особено място при деформациите на гръбначния стълб заемат различните видове спондилолистези, които представляват подхлъзване на един прешлен спрямо по-долулежащия. Това състояние може да има различна причина – вродена малформация, придобит дефект на дъгата (спондилолиза), дегенеративна нестабилност поради износване на междупрешленните дискове, деструкция на междупрешленните ставички поради възпалителен или туморен процес. Най-често са засегнати поясните прешлени, следвани от шийния отдел на гръбначния стълб. Обикновено спондилолистезата има прогресивен характер и освен до болки и нарушена подвижност, нерядко води до притискане на гръбначно-мозъчните структури и коренчета, в зависимост от нивото и степента на подхлъзването. Особено тежко може да бъде състоянието на притискане на снопа от нервни коренчета (конската опашка) в поясно-кръстната част на гръбначния канал, с поява на тазово-резервоарни смущения. Лечението при по-леките случаи е консервативно, докато при доказана тенденция към прогресиране и поява и на най-малки смущения в сетивността и способността за активни движения на крайниците, или контрола на тазовите резервоари, лечението е оперативно, включващо декомпресия и стабилизация без или със наместване.

Драги пациенти, представената информация е предназначена за Вас, които имате подобни гръбначни и гръбначно-мозъчни оплаквания и симптоми. Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност или забавяне на диагностицирането на сериозно гръбначно заболяване, последвано от неадекватно и неефективно лечение.

Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с общопрактикуващия лекар, с неврохирург или ортопед-травматолог от извънболничната помощ, а така също и с лекаря от приемния кабинет.

КП № 213 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ТУМОРИ НА БЯЛ ДРОБ, МЕДИАСТИНУМ, ПЛЕВРА И ГРЪДНА СТЕНА

1. Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури за възстановяване на трахея

43900-00 Затваряне на трахеоезофагеална фистула
Разделяне на трахеоезофагеална фистула (без атрезия)
Не включва: за езофагеална атрезия(43852-00 [539])
с възстановяване на езофагеална атрезия(43843-01, 43843-02 [866])

43852-00 Затваряне на трахеоезофагеална фистула чрез торакотомия
Разделяне на трахеоезофагеална фистула без анастомоза
Забележка: Изпълнена за езофагеална атрезия
Не включва: с възстановяване на езофагеална атрезия (43843-01, 43843-02 [866])

41879-03 Затваряне на друга фистула на трахея

Реконструктивни процедури на трахея

41885-00 Трахео-езофагеална фистулизация
Трахео-езофагеална фистулизация
Включва: поставяне на гласова протеза (Blom-Singer)

41879-06 Реконструкция на трахея и изграждане на изкуствен ларинкс
Трахеопластика с изкуствен ларинкс

Други процедури за възстановяване на трахея

41879-04 Възстановяване на трахея, цервикален достъп
Цервикална трахеопластика
Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия (41880-00, 41881 [536])

38453-08 Възстановяване на трахея с интраторакален достъп
Ендоторакална трахеопластика
Включва: ексцизия на трахея
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
Не включва: такава при ендотрахеални:
• лезии (виж блок [537])
• стриктури (виж блок [538])

Други процедури на бронх

90165-00 Друга процедура на бронх
Ексцизия лезия на бронх БДУ

Лигиране на бронх
Не включва: чрез интраторакален достъп (38456-04 [547])

38456-04 Други процедури на бронх, интраторакален достъп

Частична резекция на бял дроб

38440-00 Клиновидна резекция на бял дроб Ексцизия на белодробна лезия БДУ
Пликация на емфизематозни мехури

38438-00 Сегментна резекция на бял дроб
Частична лобектомия } на бял дроб
Сегментектомия }

Лобектомия на бял дроб

38438-01 Лобектомия на бял дроб
Пневмонектомия:
- довършване, след предишно отстраняване на части от белия дроб
- частична

38441-00 Радикална лобектомия
Радикална парциална пулмонектомия
Включва: дисекция на:
- медиастинални лимфни възли
- торакални структури

резекция на:
- ръдна стена
- диафрагма
- перикард

Пневмонектомия

38438-02 Пневмонектомия
Тотална пневмонектомия

38441-01 Радикална пневмонектомия
Тотална радикална пневмонектомия

Корекция на пектус каринатум или екскаватум

38430-00 Торакопластика, етапна, първи етап

38430-01 Торакопластика, етапна, втори или следващ етап

38427-00 Торакопластика, пълна
Включва: ангажираща ≥ 3 ребра

Други процедури на бронх

38456-04 Други процедури на бронх, интраторакален достъп

Възстановителни процедури на бронхи

41905-04 Поставяне на ендобронхиален стент
Не включва: при подмяна (41905-05 [546])

41905-05 Подмяна на ендобронхиален стент

41895-01 Премахване на ендобронхиален стент
Не включва: при подмяна (41905-05 [546])

Инцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38418-00 Експлоративна торакотомия
Затваряне фистула на гръден канал
Лигиране на гръден канал
Срединна стернотомия
Включва: биопсия на:
- гръдна стена
- диафрагма
- медиастинум

Не включва: отворена биопсия на:
- бял дроб (38418-02 [550])
- през медиастинум:
- цервикален достъп (38448-00 [561])
- медиастинотомия (30320-00 [561])
- плевра (38418-01 [550])

Като оперативен достъп – пропусни кода

Деструктивни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38656-01 Реоперация на торакотомно или стернотомно място
Контрол на постоперативна интраторакална хеморагия
Постоперативни реоперации на:
стернотомно }
торакотомно } място

Инцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38448-00 Изследване на медиастинум чрез цервикален достъп
Включва: биопсия
Не включва: някои други процедури върху дихателната система – пропусни кода

30320-00 Изследване на медиастинум чрез медиастинотомия
Включва: биопсия
Не включва: такава с тимектомия (38446-04 [128])

Ексцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38446-02 Премахване лезия на медиастинум чрез торакотомия

38446-03 Премахване лезия на медиастинум чрез стернотомия

Други процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

90175-00 Други процедури на гръдна стена

Други ексцизионни процедури на бял дроб или плевра

38421-01 Белодробна декортикация

Други възстановителни процедури на бял дроб или плевра

90171-00 Ендоскопска плевродеза
Торакоскопска плевродеза
Включва: поставяне на междуребрен катетър

38424-02 Плевродеза
Плеврosклероза
Включва: поставяне на междуребрен катетър

Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

90176-00 Възстановяване на гръдна стена Затваряне на торакостомия
Шев на лацерация на гръдна стена
Не включва: торакопластика (38427-00, 38430 [565])

90176-00 ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ГРЪДНА СТЕНА
Затваряне на торакостомия
Шев на лацерация на гръдна стена
Не включва: торакопластика (38427-00, 38430 [565])

Процедури за поставяне, прилагане или отстраняване върху бял дроб и плевра

18228-00 Интерплеврален блок
Включва: инфузия или инжекция на терапевтичен агент

Дренаж на сърце

38450-00 Трансторакален дренаж на перикард/фенестрация
Трансторакално създаване на перикарден прозорец
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Ексцизни процедури на лимфни възли на шията

31423-00 Ексцизия на лимфни възли на шия
Тотална (обикновена) ексцизия на шийни лимфни възли

Процедури за ексцизия на лимфен възел от аксила

30332-00 Ексцизия на лимфни възли на аксила

	Вземане проба от аксила
	Биопсия на единичен аксиларен възел
	Ексцизия на единичен аксиларен възел
	Тотална (обикновена) ексцизия на аксиларни лимфни възли
	Не включва: сентинелна лимфна биопсия (30300-00 [808])
Други ексцизионни процедури върху кост на други мускулно-скелетни точки	
48406-11	Частична резекция на ребро
48409-11	Частична резекция на ребро с вътрешна фиксация
34136-00	Частична остектомия на първо ребро за декомпресия на торакалния изход
48406-12	Тотална екстирпация на ребро
48409-12	Тотална екстирпация на ребро с вътрешна фиксация
34139-00	Тотална екстирпация на шийно ребро за декомпресия на торакален изход
38464-00	Дебридман на стернотомна рана *Включва*: кюретаж на инфектирана кост изваждане на стернална тел
90603-02	Секвестректомия на стернум *Включва*: антибиотична тампонада пробиване на кост *Кодирай също когато е направена:* костен графт (48239-00, 48242-00 [1569]) вътрешна фиксация (47921-00 [1554])
90603-03	Секвестректомия на ребро
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21**.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Гръдна хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Гръдна хирургия“; от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гръдна хирургия и/или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали с възможност за хирургично стадиране с медиастиноскопия, VATS и др.
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Звено за цитологични, патохистологични и експресни хистологични изследвания.
6. Звено за образна диагностика, вкл. стандартни рентгенови изследвания, контрастни изследвания, ехография, изследване на съдове.
7. Звено за бронхоскопия и езофагоскопия

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/гръдна хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ с осигурен непрекъснат 24-часов достъп, вкл. в условия на спешност
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиниката (отделението) по гръдна хирургия от второ ниво работят най-малко трима лекари, от които един с придобита медицинска специалност по гръдна хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по гръдна хирургия: в клиниката (отделението) по гръдна хирургия от второ ниво работят най-малко трима лекари, от които един с придобита медицинска специалност по гръдна хирургия или в клиника/отделение по детска хирургия - двама лекари, които притежават призната медицинска специалност по детска хирургия или единият от тях е с призната медицинска специалност по детска хирургия, а другият с призната специалност по обща хирургия. Най-малко един от тях трябва да притежава сертификат за лапароскопия и един за торакоскопия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт „Медицинска онкология“) на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Минимален годишен оперативен обем дейност институционално - съгласно Медицински стандарт по Гръдна хирургия.

Клиника/отделение на второ ниво трябва да извършва минимум 150 операции годишно, от които 50% с голям и много голям обем и сложност.

Клиника /отделение по детска хирургия трябва да извършва най-малко 50 операции годишно.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Механични ушиватели за бронх	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие
Механични ушиватели за паренхим	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие
Механични ушиватели за съдове	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие
Пластични материали за реконструкция	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие
Клипсове	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие
Лепила и хемостатични материали	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие
Консумативи за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение за пациенти с:

данни за компресия на горна празна вена;

дихателни смущения;

неврологична симптоматика;

хеморагия от трахео-бронхиалното дърво;

хеморагия в плеврална кухина/медиастинум;

напрегнат пневмоторакс/хемопневмоторакс;

масивен плеврален излив с дихателна недостатъчност;

необходимост за морфологична верификация и стадиране (медиастиноскопия, VATS, предна медиастинотомия, торакотомия) при първични и метастатични тумори на гръдната стена, плеврата, медиастинума и белия дроб;

необходимост за оперативно отстраняване (резекция на гръдна стена, екстирпация на плеврална/медиастинална/белодробна формация, белодробна резекция) при първични и метастатични тумори на гръдната стена, плеврата, медиастинума и белия дроб.

Пациенти с обективни данни от параклиничните и инструменталните изследвания (рентгенография, КТ, фибробронхоскопия, трансторакална пункционна /аспирационна биопсия) за суспектен първичен или метастатичен интраторакален тумор (недоказан хистологично), при който се налага хоспитализация за морфологична верификация и стадиране на процеса по хирургичен път (видео-асистирана торакоскопия, отворена белодробна биопсия, медиастиноскопия, предна медиастинотомия, биопсия на периферен лимфен възел).

Пациенти с хистологично или цитологично доказан първичен или метастатичен интраторакален тумор (гръдна стена, плевра, медиастинум и бял дроб) с хирургични показания за радикална или палиативна оперативна интервенция според съответната клинична класификация.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Хирургичният алгоритъм на клиничната пътека може да се развие в три направления:

Хирургично стадиране и морфологична верификация на белодробен карцином и други интраторакални тумори.

Радикално хирургично лечение на белодробен карцином и други интраторакални тумори.

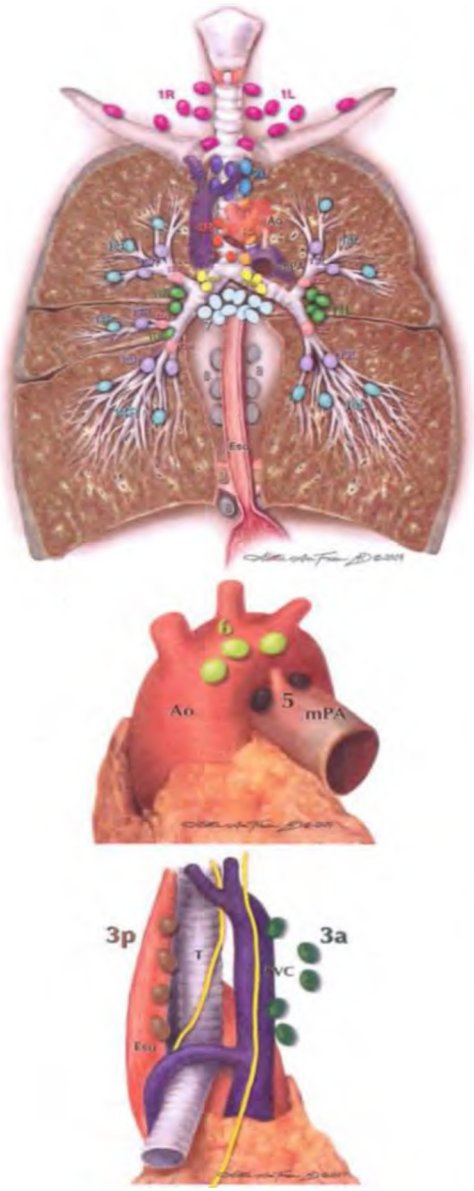
Палиативни хирургични интервенции пре белодробен карцином и други интраторакални тумори.

При хирургично стадиране и хирургично лечение на белодробен карцином се спазват алгоритмите, посочени в **„Клинично ръководство за поведение при белодробен карцином”**, разработени от Национален експертен борд в рамките на проекта МОРЕ 2010.

Клиничното ръководство е на разположение в електронен вариант (PDF-формат) на посочения линк: http://www.moreconference.com/Bulgarian%20Lung%20Cancer%20Guidelines%20MOPE%202010.pdf

При стадиране на **белодробен карцином** и **плеврален мезотелиом** се прилага новата 7-ма ревизия на Международната TNM-система за стадиране на туморите.

При стадирането се прилага новата карта на лимфните възли в гръдния кош на IASLC (International Association for the Study of Lung Cancer), която е приложена по-долу с описание на топографските граници между отделните групи лимфни възли.



Supraclavicular zone
1 Low cervical, supraclavicular, and sternal notch nodes

SUPERIOR MEDIASTINAL NODES

Upper zone
2R Upper Paratracheal (right)
2L Upper Paratracheal (left)
3a Prevascular
3p Retrotracheal
4R Lower Paratracheal (right)
4L Lower Paratracheal (left)

AORTIC NODES

AP zone
5 Subaortic
6 Para-aortic (ascending aorta or phrenic)

INFERIOR MEDIASTINAL NODES

Subcarinal zone
7 Subcarinal

Lower zone
8 Paraesophageal (below carina)
9 Pulmonary ligament

N1 NODES

Hilar/Interlobar zone
10 Hilar
11 Interlobar

Peripheral zone
12 Lobar
13 Segmental
14 Subsegmental

Карта на лимфните възли на IASLC
(описание на границите между отделните групи лимфни възли)

Разположение на възлите (№ на групата)	**Наименование на групата**	**Дефиниция на границите**
#1 (ляво/дясно)	Долни цервикални, супраклавикуларни и лимфни възли над стернална извивка	Горна граница: долния ръб на крикоидния хрущял Долна граница: билатерално ключиците и по срединната линия – горния край на манубриума
#2* (ляво/дясно)	Горни паратрахеални възли	***2R****: Горна граница: апекс на белите дробове и плевралното пространство и по средата – горната граница на манубриума Долна граница: сечението на каудалния ръб на вена брахиоцефалика декстра с трахеята ***2L****: Горна граница: апекса на белите дробове и плевралното пространство и по срединната линия – горния край на манубриума Долна граница: допирателната линия към горната част на аортната дъга
#3	Преваскуларни и ретротрахеални възли	***3a***: Преваскуларни (предни) **В дясно:** горна граница: апекса на гръдния кош долна граница: на нивото на карина предна граница: задната част на стернума задна граница: предна граница на вена кава супериор **В ляво:** горна граница: апекса на гръдния кош долна граница: на нивото на карина предна граница: задната част на стернума задна граница: лява каротидна артерия ***3p***: Ретротрахеални (задни) горна граница: апекса на гръдния кош долна граница: карина
#4* (ляво/дясно)	Долни паратрахеални възли	***4R****: включва паратрахеални възли и претрахеални възли разпростиращи се до лявата латерална граница на трахеята горна граница: сечение на каудалния край на вена брахиоцефалика декстра с трахеята долна граница: долната граница на вена азигос ***4L****: включва възлите от ляво на левия латерален край на трахеята, медиално на лигаментум артериозум горна граница: допирателната линия към горната част на аортната дъга долна граница: горен ръб на лявата главна пулмонарна артерия
#5	Субаортни (аортнопулмонален прозорец)	Субаортни лимфни възли латерално на лигаментум артериозум горна граница: долната граница на аортната дъга долна граница: горен ръб на лявата главна пулмонарна артерия

#6	Парааортални възли (възходяща аорта или л.възли около нервус френикус)	Лимфни възли, разположени пред или латерално на възходящата аорта и аортната дъга горна граница: тангенциалната линия на горната граница на аортната дъга долна граница: долната граница на аортната дъга
#7	Субкаринални	горна граница: карина на трахеята
	възли (бифуркационни)	долна граница: горната граница на долния лоб на бронха в ляво; долната граница на срединния бронх в дясно
#8 (ляво/дясно)	Параезофагеални възли (под карина)	Възли, лежащи непосредствено до стената на хранопровода и в дясно или в ляво на срединната линия, с изключение на субкариналните възли
#9 (ляво/дясно)	Възли на пулмоналния лигамент	Възли, лежащи всред пулмонарния лигамент горна граница: долна пулмонална вена долна граница: диафрагмата
#10 (ляво/дясно)	Хилусни възли	Включва възли в непосредствена близост на главния бронх и хилусните съдове включващи проксималния участък на пулмоналните вени и главната пулмонална артерия горна граница: долния ръб на вена азигос в дясно; горен ръб на пулмоналната артерия в ляво долна граница: интерлобарна област билатерално
#11	Интерлобарни възли	Между изхода/началните части на лобарните бронхи *11s: между горния бронхиален лоб и срединния бронх в дясно *11i: между срединния и долния лоб на бронха в дясно * опционални субкатегории
#12	Лобарни възли	Непосредствено до лобарните бронхи
#13	Сегментарни възли	Непосредствено до сегментарните бронхи
#14	Субсегментарни възли	Непосредствено до субсегментарните бронхи

Онкологичната срединна линия в горния медиастинум минава по протежение на левия кант на трахеята. Тя важи за **#2** и **#4**, като по този начин претрахеалните лимфни възли са N2 за десностранни тумори и N3 за левостранни тумори.

Спешна хоспитализация

Пациентът се хоспитализира в звеното за интензивни грижи от дежурния хирург (и реаниматор). Паралелно с ресусцитацията по всички линии по спешност се осъществява изискуемият стандартен минимум изследвания.

При хемоптое болният задължително се бронхоскопира на операционната маса. Пациентът остава за определен период от време в звеното за интензивни грижи, който се диктува от обема на оперативната намеса, общото му състояние, придружаващите заболявания, настъпилите усложнения и т.н. След стабилизиране на жизнените функции и раздвижването на оперирания той се превежда в хирургичната клиника.

Планова хоспитализация

Болните се включват в оперативната програма след задълбочено обсъждане по време на ежеседмичните хирургични колегиуми. Утвърдена клинична практика е съвместната работа между различни специалисти (пулмолози, гръдни хирурзи, онколози, рентгенолози и патолози), които сформират т.нар. онкологичен комитет. Добрата колаборация между тях е гарант за правилния избор на комплексно терапевтично поведение и добрите следоперативни резултати.

Медикаментозното лечение в пред– и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза с определяне на степен на малигненост (в определени случаи) и стадий на туморния процес по TNM класификация (с изключение на ембрионалните тумори).

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

зараснала оперативна рана или такава, която може да бъде третирана в амбулаторни условия;

добро или задоволително общо състояние;

рентгенологично разгънат бял дроб от оперираната страна при лобектомия или билобектомия;

липса на клинични, рентгенови и инструментални данни за инсуфициенция на бронхиалния чукан или инфектиране на плевралната кухина при пулмонектомия.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Хирургия”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Хирургия”).

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вътрегръдните тумори са новообразувания на гръдната стена, плеврата (обвиваща отвътре гръдната стена и белия дроб), белия дроб, диафрагмата и средостението (пространството между двата бели дроба отстрани, диафрагмата отдолу и границата с шията нагоре). Те биват доброкачествени и злокачествени.

Клиничната картина на вътрегръдните тумори се характеризира с оскъдни и дори липсващи оплаквания в началото на заболяването. По-късно настъпват признаци както от страна на гръдния кош, така и на симптоми от общ характер. Те често се преплитат. Кашлицата, кръвохраченето, задухът, гръдните болки и опипващата се деформация на гръдната стена са най-честите прояви от страна на гръдния кош, а високата температура, отпадналостта и загубата на тегло – на “заразяване” на организма (интоксикация) при злокачествен процес. Появата на едни или други оплаквания и тяхната изразеност са в зависимост от много фактори и преди всичко от разположението на тумора, стадия на развитие, начина и бързината на растежа, обхващането на съседни органи, възникването на възпалителни усложнения и развитието на разсейки.

Характерно за гръдните тумори в детската възраст е високата честота на медиастиналните новообразувания, докато тези на белия дроб и гръдната стена са рядкост. Най – чести са неврогенните тумори, разположени в задното средостение, а след тях са малигнените лимфоми. Туморите на белия дроб най -често са плевропулмонални бластоми, характеризиращи се с висока степен на злокачественост, ранно метастазиране и чести рецидиви. Много рядко се наблюдават аденоми на бронхите. Туморите на гръдната стена най – често са с произход от меките тъкани – рабдомиосаркоми и по – рядко изхождат от ребрата или гръдната кост. Симптоматиката и диагностично – лечебната тактика не се различават от тези при възрастни.

Диагнозата на вътрегръдните тумори и стадирането им (уточняването до колко туморният процес е напреднал) се осъществява чрез комплексно изследване на болните със съвременни диагностични методи, включващи: рентгенография на белите дробове, КАТ (скенер) на гръдния кош, фибробронхоскопия, ехография на коремните органи, пулмосцинтиграфия, сцинтиграфия на костите, изследване параметрите на външното дишане и кръвно-газов анализ на кръвта, трансторакална и плеврална биопсия, миниинвазивни хирургични диагностични техники и др.

Използват се следните оперативни методи:

стернотомия: гръдният кош се отваря отпред надлъжно през гръдната кост. Този достъп дава възможност за добър оглед на сърцето, големите кръвоносни съдове, тимуса, лимфните възли и дихателната тръба. Оттук могат да се огледат двете гръдни половини и да се отстранят двустранни заболявания на белите дробове;

торакотомия: гръдният кош се отваря странично между две ребра. Достъпът се употребява при разширени намеси върху белия дроб, гръдната стена, хранопровода, трахеята, аортата и лимфните пътища, както и за отстраняване на болестно променени лимфни възли;

лобектомия: изрязване на един белодробен дял, при нужда с отстраняване на засегнати лимфни възли;

лобектомия с пластика на дихателните пътища (бронхопластика) или на кръвоносните пътища (ангиопластика);

маншетна резекция: отстраняване на част от дихателното дърво (трахея или бронх) с или без белодробна резекция;

пулмонектомия: отстраняване на единия бял дроб, при нужда заедно със засегнати лимфни възли, частична резекция на париеталната плевра и други структури и/или органи;

резекция на гръдна стена: представлява отстраняване на туморната формация заедно с прилежащите ребра и възстановяване на възникналия дефект за сметка на собствени тъкани или други пластични материали;

екстирпация на тумор: представлява отстраняване на доброкачествен тумор или метастаза от белия дроб, както и на тумор от средостението.

Изборът на лечебен подход при вътрегръдните тумори зависи на първо място от това дали процесът е доброкачествен или злокачествен, както и от общото състояние на пациента. Доброкачествените тумори могат да протичат дълги години без оплаквания и да се открият при случаен преглед. Това, че те могат да нарастнат значително и да нарушат важни жизнени функции, както и възможността да се “изродят” злокачествено, прави тяхното отстраняване обичайна практика в повечето случаи.

При злокачествените тумори лечението се определя от стадия на заболяването (големината на тумора и отношението му към околните органи и структури, наличието или липсата на разсейки в прилежащите лимфни възли, както наличието или липсата на разсейки в други органи и/или тъкани) и от клетъчния му вид. Хирургичното лечение може да се приложи самостоятелно, да бъде предхождано от химио-/лъчетерапия или последните могат да следват операцията в различни срокове.

Оперираните болни подлежат на диспансерно наблюдение в съответния ДОЗ.

КП № 214 РАЗШИРЕНИ (ГОЛЕМИ) ОПЕРАЦИИ С ПЪЛНО ИЛИ ЧАСТИЧНО ОТСТРАНЯВАНЕ НА ПОВЕЧЕ ОТ ЕДИН ИНТРАТОРАКАЛЕН ОРГАН, ВКЛЮЧИТЕЛНО МЕДИАСТИНАЛЕН ТУМОР ИЛИ ГРЪДНА СТЕНА. ЕДНОЕТАПНИ ОПЕРАЦИИ ПРИ БЕЛОДРОБНИ БОЛЕСТИ ЗАСЯГАЩИ ДВАТА БЕЛИ ДРОБА ПРИ БОЛЕСТИ СЪС СЪЧЕТАНА БЕЛОДРОБНА И ДРУГА ЛОКАЛИЗАЦИЯ

1. Минимален болничен престой – 5 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Тироидектомия

90046-02 Тироидектомия с отстраняване на ретростернална струма
Субтотална тироидна (двустранна) (едностранна) лобектомия } с
отстраняване на Тотална (двустранна) (едностранна) тироидектомия }
субстернален тироид

Включва: такава чрез:
цервикален достъп
медиастинотомия
стернотомия
торакотомия

Не включва: такава след предишна операция на щитовидна жлеза (30297-02 [114])

90046-02 Тироидектомия с отстраняване на ретростернална струма
Субтотална тироидна (двустранна) (едностранна) лобектомия } с
отстраняване на Тотална (двустранна) (едностранна) тироидектомия }
субстернален тироид

Включва: такава чрез:
цервикален достъп
медиастинотомия
стернотомия
торакотомия

Не включва: такава след предишна операция на щитовидна жлеза (30297-02 [114])

Отстраняване на тимус

Отстраняване на тимус
Тимектомия

90049-01 Ендоскопска тимектомия
Медиастиноскопска }
Торакоскопска } тимектомия
Видео асистирана торакоскопска хирургия [VATS] }

Не включва: такава с трансцервикална тимектомия (38448-02 [128])

38446-04 Отстраняване на тимус

Включва: такава чрез:
медиастинотомия
стернотомия
торакотомия

38448-02 Тимектомия чрез цервикален достъп Трансцервикална тимектомия

Включва: ендоскопска
видео
асистирана

Други процедури за възстановяване на трахея

41879-01 Шев на разкъсване на трахея

41879-02 Затваряне външна фистула на трахея
Затваряне на трахеотомия

43900-00 Затваряне на трахеоезофагеална фистула
Разделяне на трахеоезофагеална фистула (без атрезия)
Не включва: за езофагеална атрезия(43852-00 [539])
с възстановяване на езофагеална атрезия(43843-01, 43843-02 [866])

43852-00 Затваряне на трахеоезофагеална фистула чрез торакотомия
Разделяне на трахеоезофагеална фистула без анастомоза
Забележка: Изпълнена за езофагеална атрезия
Не включва: с възстановяване на езофагеална атрезия (43843-01, 43843-02 [866])

41879-03 Затваряне на друга фистула на трахея

Реконструктивни процедури на трахея

41885-00 Трахео-езофагеална фистулизация
Трахео-езофагеална фистулизация
Включва: поставяне на гласова протеза (Blom-Singer)

41879-06 Реконструкция на трахея и изграждане на изкуствен ларинкс
Трахеопластика с изкуствен ларинкс

Други процедури за възстановяване на трахея

41879-04 Възстановяване на трахея, цервикален достъп
Цервикална трахеопластика
Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия (41880-00, 41881 [536])

38453-08 Възстановяване на трахея с интраторакален достъп
Ендоторакална трахеопластика
Включва: ексцизия на трахея
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
Не включва: такава при ендотрахеални:
• лезии (виж блок [537])
• стриктури (виж блок [538])

Резекция на ендотрахеална стриктура с възстановяване

38453-04 Резекция на ендотрахеална стриктура с анастомоза

38453-05 Резекция на ендотрахеална стриктура чрез лазер, с анастомоза

38453-06 Резекция на ендотрахеална стриктура с графт

38453-07 Резекция на ендотрахеална стриктура чрез лазер, с графт

Процедури за поставяне, прилагане или отстраняване върху трахея

41905-00 Поставяне на трахеален стент
Не включва: при подмяна (41905-01 [533])

41905-01 Подмяна на трахеален стент

Други процедури на трахея

90162-00 Други процедури на трахея

Други процедури на бронх

90165-00 Друга процедура на бронх
Ексцизия лезия на бронх БДУ
Лигиране на бронх
Не включва: чрез интраторакален достъп (38456-04 [547])

38456-04 Други процедури на бронх, интраторакален достъп

Частична резекция на бял дроб

38440-00 Клиновидна резекция на бял дроб Ексцизия на белодробна лезия БДУ
Пликация на емфизематозни мехури

38438-00 Сегментна резекция на бял дроб
Частична лобектомия } на бял дроб
Сегментектомия }

Лобектомия на бял дроб

38438-01 Лобектомия на бял дроб
Пневмонектомия:
- довършване, след предишно отстраняване на части от белия дроб
- частична

38441-00 Радикална лобектомия
Радикална парциална пулмонектомия
Включва: дисекция на: медиастинални лимфни възли • торакални структури резекция на: • гръдна стена диафрагма перикард

Пневмонектомия

38438-02 Пневмонектомия
Тотална пневмонектомия

38441-01 Радикална пневмонектомия
Тотална радикална пневмонектомия

Включва: дисекция на:
- медиастинални лимфни възли
- торакални структури

резекция на:
- гръдна стена
- диафрагма
- перикард

Частична резекция на бял дроб

38440-00 Клиновидна резекция на бял дроб
Ексцизия на белодробна лезия БДУ
Пликация на емфизематозни мехури

564 Корекция на пектус каринатум или екскаватум

38457-00 Възстановяване на пектус каринатум
Радикална корекция на пектус каринатум

38457-01 Възстановяване на пектус екскаватум
Радикална корекция на пектус екскаватум

Торакопластика

38427-00 Торакопластика, пълна
Включва: ангажираща ≥ 3 ребра

Други процедури на бронх

90165-00 Друга процедура на бронх
Ексцизия лезия на бронх БДУ
Лигиране на бронх
Не включва: чрез интраторакален достъп (38456-04 [547])

Възстановителни процедури на бронхи

41905-04 Поставяне на ендобронхиален стент
Не включва: при подмяна (41905-05 [546])

41905-05 Подмяна на ендобронхиален стент

41895-01 Премахване на ендобронхиален стент
Не включва: при подмяна (41905-05 [546])

Деструктивни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38656-01 Реоперация на торакотомно или стернотомно място
0039 Контрол на постоперативна интраторакална хеморагия
Постоперативни реоперации на:
стернотомно }
торакотомно } място

Ексцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38446-02 Премахване лезия на медиастинум чрез торакотомия

38446-03 Премахване лезия на медиастинум чрез стернотомия

Други ексцизионни процедури на бял дроб или плевра

38421-01 Белодробна декортикация

Други възстановителни процедури на бял дроб или плевра

90171-00 Ендоскопска плевродеза
Торакоскопска плевродеза
Включва: поставяне на междуребрен катетър

38424-02 Плевродеза
Плевросклероза
Включва: поставяне на междуребрен катетър

Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

90176-00 Възстановяване на гръдна стена
Затваряне на торакостомия
Шев на лацерация на гръдна стена
Не включва: торакопластика (38427-00, 38430 [565])

90176-00 Възстановяване на гръдна стена
Затваряне на торакостомия
Шев на лацерация на гръдна стена
Не включва: торакопластика (38427-00, 38430 [565])

Други ексцизионни процедури на перикард

38447-00 Перикардектомия, непълна или пълна
Частична перикардиектомия за създаване на перикарден прозорец
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Инцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38418-00 Експлоративна торакотомия
Затваряне фистула на гръден канал
Лигиране на гръден канал
Срединна стернотомия
Включва: биопсия на:
- гръдна стена
- диафрагма
- медиастинум

Не включва: отворена биопсия на:
- бял дроб (38418-02 [550])
- през медиастинум:
- цервикален достъп (38448-00 [561])
- медиастинотомия (30320-00 [561])
- плевра (38418-01 [550])

Като оперативен достъп – пропусни кода

Възстановяване на езофагеална атрезия

43843-01 Възстановяване атрезия на хранопровод с възстановяване на дистална трахеоезофагеална фистула

Възстановяване на езофагеална атрезия с ликвидиране на:
бронхо-езофагеална фистула
трахео-езофагеална фистула БДУ

Включва: анастомоза

Не включва: с ликвидиране на множествени дистални трахео-езофагеална фистули (43843-02[866])

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30545-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y

30550-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30550-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- торакална(30545, 30550 [858])

30535-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза

Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза

Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- торакална (30545, 30550 [858])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза

Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза

Възстановяване на диафрагмална херния

Възстановяване на :
- хиатус херния
- езофагеален хиатус

Не включва: възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886])

30601-01 Възстановяване на диафрагмална херния, торакален подход
Торако-абдоминално възстановяване на диафрагмална херния

30600-00 Възстановяване на травматична диафрагмална херния

43837-02 Възстановяване на диафрагмална херния с използване на телесно ламбо или поставяне на протезен патч

Включва: абдоминален }
торакален }
торако-абдоминален } достъп
Забележка: Изпълнено за възстановяване на вродена диафрагмална херния

Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

43915-00 Пликация на диафрагма
Включва: тази чрез:
• абдоминален }
• торакален } достъп
Забележка: Изпълнена при евентрация

998 Възстановяване на диафрагмална херния

30601-02 Възстановяване при парастернална херния

Резекция на ребро

48406-11 Частична резекция на ребро

48409-11 Частична резекция на ребро с вътрешна фиксация

34136-00 Частична остектомия на първо ребро за декомпресия на торакалния изход

48406-12 Тотална екстирпация на ребро

48409-12 Тотална екстирпация на ребро с вътрешна фиксация

34139-00 Тотална екстирпация на шийно ребро за декомпресия на торакален изход

Други ексцизионни процедури на шия или гръден кош

38464-00 Дебридман на стернотомна рана
Включва: кюретаж на инфектирана кост
изваждане на стернална тел

90603-02 Секвестректомия на стернум
Включва: антибиотична тампонада
пробиване на кост
Кодирай също когато е направена:
• костен графт (48239-00, 48242-00 [1569])
• вътрешна фиксация (47921-00 [1554])

90603-03 Секвестректомия на ребро
Включва: антибиотична тампонада
пробиване на кост
Кодирай също когато е направена:
• костен графт (48239-00, 48242-00 [1569])
• вътрешна фиксация (47921-00 [1554])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Клиничната пътека включва диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, предоставяни на задължително здравноосигурени лица със заболявания на бял дроб, медиастинум, плевра и гръдна стена, налагащи оперативно лечение.

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21**.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Гръдна хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Гръдна хирургия“; от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника по гръдна хирургия или Клиника по детска хирургия
2. Операционен блок/зали с възможност за хирургично стадиране с медиастиноскопия, VATS и др.
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория - II-ро ниво на компетентност*
5. Рентгенов апарат за скопия и графия
6. Лаборатория по езофагиална патофизиология

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/гръдна хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено и чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ с осигурен непрекъснат 24-часов достъп, вкл. в условия на спешност
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Вирусологична лаборатория
4. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Механични ушиватели за бронх/хранопровод	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие
Механични ушиватели за паренхим	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие
Механични ушиватели за съдове	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие
Пластични материали за реконструкция	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие
Трахеален/бронхиален/хранопроводен стент	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие
Клипси	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие
Лепила и хемостатични материали	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие
Консумативи за робот асисрирана хирургия	НЗОК не заплаща посоченото медицинско изделие

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиниката (отделението) по гръдна хирургия от трето ниво най-малко четирима лекари, от които трима с придобита медицинска специалност по гръдна хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по кардиология;
- лекар със специалност по клинична патология.
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по гръдна хирургия: в клиниката (отделението) по гръдна хирургия от трето ниво работят най-малко четирима лекари, от които трима с придобита медицинска специалност по гръдна хирургия или в клиника по детска хирургия най-малко петима лекари с призната медицинска специалност по детска хирургия; от тях трябва да има специалисти, притежаващи сертификат за лапароскопия, торакоскопия, бронхоскопия и горна ендоскопия.
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Насочване към клинична онкологична комисия или клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“) на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Клиничната пътека включва диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, предоставяни на задължително здравноосигурени лица със заболявания на бял дроб, медиастинум, плевра и гръдна стена, налагащи оперативно лечение.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностика и лечение за пациенти със:

1.1. спешни състояния - хеморагия от трахео-бронхиалното дърво; напрегнат пневмоторакс; масивен плеврален излив/емпием с дихателна недостатъчност; хеморагия в плеврална кухина/медиастинум;

1.2. медиастинити - остри и хронични, налагащи комбинирани оперативни достъпи;

1.3. усложнена белодробна ехинококоза (прясна перфорация в трахеобронхиалното дърво - или плевралната кухина) и гигантска ехинококова киста пред перфорация;

1.4. инкарцерация на абдоминални органи при травматична лезия на диафрагмата;

1.5. пациенти с хистологично или цитологично доказан първичен или метастатичен интраторакален тумор (гръдна стена, плевра, медиастинум и бял дроб, включително трахея и главни бронхи) с хирургични показания за радикална или палиативна оперативна интервенция според съответната клинична класификация;

1.6. пациенти с хистологично или цитологично доказан първичен или метастатичен интраторакален тумор с двустранна локализация (гръдна стена, плевра, медиастинум и бял дроб, включително трахея и главни бронхи) и хирургични показания за едноетапна двустранна радикална или палиативна оперативна интервенция според съответната клинична класификация;

1.7. пациенти с двустранна белодробна туберкулоза, която изисква хирургично лечение;

1.8. белодробна ехинококоза с двустранна локализация и/или абдоминална локализация;

1.9. вродени заболявания на белия дроб с двустранна локализация;

1.10. гнойни заболявания на белия дроб с двустранна локализация;

1.11. болести на дуктус торацикус с двустранна локализация;

1.12. пневмоторакс с двустранна локализация;

1.13. емфизем на белия дроб, показан за обем-редуцираща операция, с двустранна локализация;

1.14. плеврален излив/плеврален емпием с двустранна локализация;

1.15. двустранна гръдна травма (пневмоторакс, хемоторакс, хемопневмоторакс, коагулирал интраплеврален хематом, интрапулмонален хематом и др.);

1.16. гръдни травми (пневмоторакс, хемоторакс, хемопневмоторакс, коагулирал интраплеврален хематом, интрапулмонален хематом и др.);

1.17. за оперативно отстраняване (резекция на гръдна стена, екстирпация на плеврална/медиастинална/белодробна формация, белодробна резекция) при първични и метастатични тумори на гръдната стена, плеврата, медиастинума и белия дроб;

1.18. дифузна белодробна фиброза с двустранна локализация;

1.19. други белодробни болести с двустранна локализация;

1.20. болни със заболявания на хранопровода, при което се налага премахване на органа и пластичното му възстановяване с комбиниран гръден и коремен достъп;

1.21. болни с диафрагмална херния и други заболявания на диафрагмата, изискващи пластично възстановяване на диафрагма с комбиниран гръден и коремен достъп;

1.22. болести на трахеята и главните бронхи (вродени и придобити).

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Спешна хоспитализация

Пациентът се хоспитализира в звеното за интензивни грижи от дежурния хирург (и реаниматор). Паралелно с ресусцитацията по всички линии по спешност се осъществява изискуемият стандартен минимум изследвания.

При хемоптоза болният задължително се бронхоскопира на операционната маса.

Пациентът остава за определен период от време в звеното за интензивни грижи, който се диктува от обема на оперативната намеса, общото му състояние, придружаващите заболявания, настъпилите усложнения и т.н. След стабилизиране на жизнените функции и раздвижването на оперирания той се превежда в хирургичната клиника.

Планова хоспитализация

Болните се включват в оперативната програма след задълбочено обсъждане по време на ежеседмичните хирургични колегиуми. Утвърдена клинична практика е съвместната работа между различни специалисти (пулмолози, гръдни хирурзи, онколози, рентгенолози и патолози), които сформират т.нар. онкологичен комитет при болни със злокачествени белодробни болести. Добрата колаборация между тях е гарант за правилния избор на комплексно терапевтично поведение и добрите следоперативни резултати.

Медикаментозното лечение в пред– и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза. При онкологичните се определя степента на малигненост и стадий на туморния процес по TNM класификация (с изключение на ембрионалните тумори).

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

зараснала оперативна рана или такава, която може да бъде третирана в амбулаторни условия;

добро или задоволително общо състояние;

рентгенологично разгънат бял дроб от оперираната страна при лобектомия или билобектомия;

липса на клинични, рентгенови и инструментални данни за инсуфициенция на бронхиалния чукан или инфектиране на плевралната кухина при пулмонектомия.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Хирургия”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Хирургия”).

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вътрегръдните тумори са новообразувания на гръдната стена, плеврата (обвиваща отвътре гръдната стена и белия дроб), белия дроб, диафрагмата и средостението (пространството между двата бели дроба отстрани, диафрагмата отдолу и границата с шията нагоре). Те биват доброкачествени и злокачествени.

Клиничната картина на вътрегръдните тумори се характеризира с оскъдни и дори липсващи оплаквания в началото на заболяването. По-късно настъпват признаци както от страна на гръдния кош, така и симптоми от общ характер. Те често се преплитат. Кашлицата, кръвохраченето, задухът, гръдните болки и опипващата се деформация на гръдната стена са най-честите прояви от страна на гръдния кош, а високата температура, отпадналостта и загубата на тегло – на “заразяване” на организма (интоксикация) при злокачествен процес. Появата на едни или други оплаквания и тяхната изразеност са в зависимост от много фактори и преди всичко от разположението на тумора, стадия на развитие, начина и бързината на растежа, обхващането на съседни органи, възникването на възпалителни усложнения и развитието на разсейки.

Характерно за гръдните тумори в детската възраст е високата честота на медиастиналните новообразувания, докато тези на белия дроб и гръдната стена са рядкост. Най – чести са неврогенните тумори, разположени в задното средостение, а след тях са малигнените лимфоми. Туморите на белия дроб най-често са плевропулмонални бластоми, характеризиращи се с висока степен на злокачественост, ранно метастазиране и чести рецидиви. Много рядко се наблюдават аденоми на бронхите. Туморите на гръдната стена най – често са с произход от меките тъкани – рабдомиосаркоми и по - рядко изхождат от ребрата или гръдната кост. Симптоматиката и диагностично - лечебната тактика не се различават от тези при възрастни.

Диагнозата на вътрегръдните тумори и стадирането им (уточняването до колко туморният процес е напреднал) се осъществява чрез комплексно изследване на болните със съвременни диагностични методи, включващи: рентгенография на белите дробове, КАТ (скенер) на гръдния кош, фибробронхоскопия, ехография на коремните органи, пулмосцинтиграфия, сцинтиграфия на костите, изследване параметрите на външното дишане и кръвно-газов анализ на кръвта, трансторакална и плеврална биопсия, миниинвазивни хирургични диагностични техники и др.

Използват се следните оперативни методи:

стернотомия: гръдният кош се отваря отпред надлъжно през гръдната кост. Този достъп дава възможност за добър оглед на сърцето, големите кръвоносни съдове, тимуса, лимфните възли и дихателната тръба. Оттук могат да се огледат двете гръдни половини и да се отстранят двустранни заболявания на белите дробове;

торакотомия: гръдният кош се отваря странично между две ребра. Достъпът се употребява при разширени намеси върху белия дроб, гръдната стена, хранопровода, трахеята, аортата и лимфните пътища, както и за отстраняване на болестно променени лимфни възли;

лобектомия: изрязване на един белодробен дял, при нужда с отстраняване на засегнати лимфни възли;

лобектомия с пластика на дихателните пътища (бронхопластика) или на кръвоносните пътища (ангиопластика);

маншетна резекция: отстраняване на част от дихателното дърво (трахея или бронх) с или без белодробна резекция;

пулмонектомия: отстраняване на единия бял дроб, при нужда заедно със засегнати лимфни възли, частична резекция на париеталната плевра и други структури и/или органи;

резекция на гръдна стена: представлява отстраняване на туморната формация заедно с прилежащите ребра и възстановяване на възникналия дефект за сметка на собствени тъкани или други пластични материали;

екстирпация на тумор: представлява отстраняване на доброкачествен тумор или метастаза от белия дроб, както и на тумор от средостението.

Изборът на лечебен подход при вътрегръдните тумори зависи на първо място от това дали процесът е доброкачествен или злокачествен, както и от общото състояние на пациента. Доброкачествените тумори могат да протичат дълги години без оплаквания и да се открият при случаен преглед. Това, че те могат да нарастнат значително и да нарушат важни жизнени функции, както и възможността да се “изродят” злокачествено, прави тяхното отстраняване обичайна практика в повечето случаи.

При злокачествените тумори лечението се определя от стадия на заболяването (големината на тумора и отношението му към околните органи и структури, наличието или липсата на разсейки в прилежащите лимфни възли, както наличието или липсата на разсейки в други органи и/или тъкани) и от клетъчния му вид. Хирургичното лечение може да се приложи самостоятелно, да бъде предхождано от химио-/лъчетерапия или последните могат да следват операцията в различни срокове.

Оперираните болни подлежат на диспансерно наблюдение в съответния ДОЗ.

КП № 215 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИ НА БЯЛ ДРОБ, МЕДИАСТИНУМ, ПЛЕВРА И ГРЪДНА СТЕНА, БЕЗ ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Тироидектомия

90046-02 Тироидектомия с отстраняване на ретростернална струма
Субтотална тироидна (двустранна) (едностранна) лобектомия } с отстраняване на
Тотална (двустранна) (едностранна) тироидектомия } субстернален тироид
Включва: такава чрез:
- цервикален достъп
- медиастинотомия
- стернотомия
- торакотомия

Не включва: такава след предишна операция на щитовидна жлеза (30297-02 [114])

90046-02 Тироидектомия с отстраняване на ретростернална струма
Субтотална тироидна (двустранна) (едностранна) лобектомия } с отстраняване на
Тотална (двустранна) (едностранна) тироидектомия } субстернален тироид
Включва: такава чрез:
- цервикален достъп
- медиастинотомия
- стернотомия
- торакотомия

Не включва: такава след предишна операция на щитовидна жлеза (30297-02 [114])

Отстраняване на тимус

38448-02 Тимектомия чрез цервикален достъп
38446-04 отстраняване на тимус
90049-01 Ендоскопска тимектомия

Други процедури за възстановяване на трахея

41879-01 Шев на разкъсване на трахея
41879-03 Затваряне на друга фистула на трахея
41879-02 Затваряне на външна фистула на трахея
43900-00 Затваряне на трахеоезофагеална фистула
43852-00 Затваряне на трахеоезофагеална фистула чрез торакотомия

Реконструктивни процедури на трахея

41885-00 Трахео-езофагеална фистулизация
Трахео-езофагеална фистулизация
Включва: поставяне на гласова протеза (Blom-Singer)

41879-06 Реконструкция на трахея и изграждане на изкуствен ларинкс
Трахеопластика с изкуствен ларинкс

Други процедури за възстановяване на трахея

41879-04 Възстановяване на трахея, цервикален достъп

38453-08 Възстановяване на трахеята с интраторакален достъп

Други процедури на бронх

90165-00 Друга процедура на бронх
Ексцизия лезия на бронх БДУ
Лигиране на бронх
Не включва: чрез интраторакален достъп (38456-04 [547])

38456-04 Други процедури на бронх, интраторакален достъп

Частична резекция на бял дроб

38440-00 Клиновидна резекция на бял дроб

38438-00 Сегментна резекция на бял дроб

Лобектомия на бял дроб

38438-01 Лобектомия на бял дроб
Пневмонектомия:
- довършване, след предишно отстраняване на части от белия дроб
- частична

38441-00 Радикална лобектомия
Радикална парциална пулмонектомия
Включва: дисекция на:
- медиастинални лимфни възли
- торакални структури

резекция на:
- гръдна стена
- диафрагма
- перикард

Пневмонектомия

38438-02 Пневмонектомия
Тотална пневмонектомия

Частична резекция на бял дроб

38440-00 Клиновидна резекция на бял дроб

Торакопластика

38430-00 Торакопластика, етапна, първи етап

38430-01 Торакопластика, етапна, втори или следващ етап

38427-00 Торакопластика, пълна
Включва: ангажираща ≥ 3 ребра

546	Възстановителни процедури на бронхи
41800-00	Шев на разкъсване на бронх
41899-00	Затваряне на бронхиална фистула

Инцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38418-00 Експлоративна торакотомия
Затваряне фистула на гръден канал
Лигиране на гръден канал
Срединна стернотомия
Включва: биопсия на:
- гръдна стена
- диафрагма
- медиастинум

Не включва: отворена биопсия на:
- бял дроб (38418-02 [550])
- през медиастинум:
- цервикален достъп (38448-00 [561])
- медиастинотомия (30320-00 [561])
- плевра (38418-01 [550])

Като оперативен достъп – пропусни кода

38448-00 Изследване на медиастинум чрез цервикален достъп
Включва: биопсия
Не включва: някои други процедури върху дихателната система – пропусни кода

30320-00 Изследване на медиастинум чрез медиастинотомия
Включва: биопсия
Не включва: такава с тимектомия (38446-04 [128])

Ексцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38446-02 Премахване лезия на медиастинум чрез торакотомия

38446-03 Премахване лезия на медиастинум чрез стернотомия

ЛЕЗИЯ НА МЕДИАСТИНУМ ЧРЕЗ СТЕРНОТОМИЯ

Други ексцизионни процедури на бял дроб или плевра

38421-01 Белодробна декортикация

Други възстановителни процедури на бял дроб или плевра

90171-00 Ендоскопска плевродеза
Торакоскопска плевродеза
Включва: поставяне на междуребрен катетър

38424-02 Плевродеза
Плевросклероза
Включва: поставяне на междуребрен катетър

Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

90176-00 Възстановяване на гръдна стена
Затваряне на торакостомия
Шев на лацерация на гръдна стена

Не включва: торакопластика (38427-00, 38430 [565])

Корекция на пектус каринатум или екскаватум

38457-00 Възстановяване на пектус каринатум
Радикална корекция на пектус каринатум

38457-01 Възстановяване на пектус екскаватум
Радикална корекция на пектус екскаватум

38458-00 Възстановяване на пектус екскаватум с имплантиране на подкожна протеза

Други процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

90175-02 Други процедури на диафрагма

Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

43915-00 Пликация на диафрагма
Включва: тази чрез:
• абдоминален }
• торакален } достъп
Забележка: Изпълнена при евентрация

90178-00 Друго възстановяване на диафрагма
Затваряне на фистула }
Шев на лацерация } на диафрагма

Процедури за поставяне, прилагане или отстраняване върху бял дроб и плевра

18228-00 Интерплеврален блок
Включва: инфузия или инжекция на терапевтичен агент

Дренаж на сърце

38450-00 Трансторакален дренаж на перикард/фенестрация
Трансторакално създаване на перикарден прозорец
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Други ексцизионни процедури на перикард

38447-00 Перикардектомия, непълна или пълна
Частична перикардиектомия за създаване на перикарден прозорец
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])

Ексцизни процедури на лимфни възли на шията

Ексцизия на шийни лимфни възли

31423-00 Ексцизия на лимфни възли на шия
Тотална (обикновена) ексцизия на шийни лимфни възли

Процедури за ексцизия на лимфен възел от аксила

Кодирай също когато е направена:
• ексцизия на лезия на гърда (31500-00, 31515-00 [1744])
• мастектомия (виж блокове [1747] и [1748])

30332-00 Ексцизия на лимфни възли на аксила

	Вземане проба от аксила Биопсия на единичен аксиларен възел Ексцизия на единичен аксиларен възел Тотална (обикновена) ексцизия на аксиларни лимфни възли *Не включва*: сентинелна лимфна биопсия (30300-00 [808])
1375	***Резекция на ребро***
48406-11	Частична резекция на ребро
48409-11	Частична резекция на ребро с вътрешна фиксация
34136-00	Частична остектомия на първо ребро за декомпресия на торакалния изход
48406-12	Тотална екстирпация на ребро
48409-12	Тотална екстирпация на ребро с вътрешна фиксация
34139-00	Тотална екстирпация на шийно ребро за декомпресия на торакален изход
	Други ексцизионни процедури на шия или гръден кош
38464-00	Дебридман на стернотомна рана *Включва*: кюретаж на инфектирана кост изваждане на стернална тел
90603-02	Секвестректомия на стернум *Включва*: антибиотична тампонада пробиване на кост *Кодирай също когато е направена:* • костен графт (48239-00, 48242-00 [1569]) • вътрешна фиксация (47921-00 [1554])
90603-03	Секвестректомия на ребро *Включва*: антибиотична тампонада пробиване на кост *Кодирай също когато е направена:* • костен графт (48239-00, 48242-00 [1569]) • вътрешна фиксация (47921-00 [1554])
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21**.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека..

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Гръдна хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гръдна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия"; и от обхвата на медицинската специалност "Хирургия", при спазване на изискванията на медицински стандарт "Гръдна хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарт.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гръдна хирургия или клиника/отделение по детска хирургия или клиника/отделение по хирургия
2. Операционен блок/зали с апаратура с медиастиноскопия, VATS и др..
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория - II-ро ниво на компетентност
5. Звено за цитологични, патохистологични и експресни хистологични изследвания.
6. Звено за образна диагностика, вкл. стандартни рентгенови изследвания, контрастни изследвания, ехография, изследване на съдове.
7. Звено за бронхоскопия и езофагоскопия

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/гръдна хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ с осигурен непрекъснат 24-часов достъп, вкл. в условия на спешност
2. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Механични ушиватели за бронх	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Механични ушиватели за паренхим	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Механични ушиватели за съдове	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Пластични материали за реконструкция	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Клипси	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Лепила и хемостатични материали	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Плаки за реконструкция на гръдна стена	НЗОК не заплаща посочения консуматив
Консумативи за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочения консуматив

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиниката (отделението) по гръдна хирургия работят най-малко трима лекари, от които един с придобита медицинска специалност по гръдна хирургия или

- в клиниката (отделението) по хирургия - най-малко четирима с призната медицинска специалност по хирургия, от които с един лекар с придобита медицинска специалност по гръдна хирургия.
- лекари със специалност по анестезия и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория; - лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична патология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиниката (отделението) по гръдна хирургия работят най-малко трима лекари, от които един с придобита медицинска специалност по гръдна хирургия

или

В клиника/отделение по детска хирургия - двама лекари, които притежават медицинска специалност по детска хирургия или единият от тях е с призната медицинска специалност по детска хирургия, а другият с призната специалност по обща хирургия. Най-малко един от тях трябва да притежава сертификат за лапароскопия и един за торакоскопия.

- лекари със специалност по анестезия и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по клинична патология.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Минимален годишен оперативен обем дейност институционално - съгласно Медицински стандарт по Гръдна хирургия

Клиника/отделение на второ ниво трябва да извършва минимум 150 операции годишно, от които 50% с голям и много голям обем и сложност.

Клиника /отделение по детска хирургия трябва да извършва най-малко 50 операции годишно.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Клиничната пътека включва диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, предоставяни на задължително здравноосигурени лица със заболявания на бял дроб, медиастинум, плевра и гръдна стена, налагащи оперативно лечение

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение за пациенти с:

1. хеморагия от трахео-бронхиалнито дърво;
2. напрегнат пиопневмоторакс;
3. масивен плеврален излив/емпием с дихателна недостатъчност;
4. остър медиастинит;
5. усложнена белодробна ехинококоза (прясна перфорация в трахеобронхиалното дърво или плевралната кухина на супурирала киста) и гигантска ехинококова киста пред перфорация;
6. инкарцерация на абдоминални органи при травматична лезия на диафрагмата;
7. болести на дуктус торацикус (супурирал хилоторакс).
8. пневмоторакс;
9. остър емпием – в клиника/отделение по гръдна хирургия с възможност за ранен VATS дебридман;
10. гръдни травми с овладян травматичен шок и/или усложнения (пневмоторакс, хемоторакс, хемопневмоторакс, коагулирал интраплеврален хематом, интрапулмонален хематом, емпием и др.);
11. болести на плеврата (плеврален емпием);
12. гнойни заболявания на белия дроб (абсцес, бронхиектазии, пневмосклероза и др.);
13. белодробна туберкулоза (нодуларна, кавернозна, плеврит и др.);
14. белодробни паразитози (усложнена ехинококоза и др.);
15. болести на диафрагмата (ехинококоза, релаксация, травматични лезии и др.).

Планирана диагностика и лечение за пациенти с:

1. вродени аномалии на белия дроб (кистозен бял дроб и др.);
2. болести на тимуса (хиперплазия на тимуса и др.);
3. белодробен емфизем показан за обем – редуцираща операция;
4. болести на трахеята и главните бронхи (вродени и придобити);
5. вродени аномалии на бял дроб (кистозен бял дроб, аномалии на съдове и др.);
6. болести на гръдната стена (пектус каринатус, пектур екскаватум, деформация);

7. дифузна белодробна фиброза;
8. болести на дуктус торацикус.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента;
2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

Спешна хоспитализация

Пациентът се хоспитализира в звеното за интензивни грижи от дежурния хирург и реаниматор. Паралелно с ресусцитацията по всички линии по спешност се осъществява изискуемият стандартен минимум изследвания.

При хемоптиза болният задължително се бронхоскопира на операционната маса. Оперативната намеса се извършва от екипа на разположение с ръководител/оператор - специалист по гръдна хирургия, който преди това е задълбочено обсъдил случая с необходимите специалисти.

Пациентът остава за определен период от време в КАИЛ (ОАИЛ, САИЛ), който се диктува от обема на оперативната намеса, общото му състояние, придружаващи заболявания, настъпили усложнения и т.н. След стабилизиране на жизнените функции и раздвижването на оперирания той се превежда в хирургичната клиника.

При извършване на процедури: 90178-00 и 38418-00 се изисква задължително консултация с гръден хирург.

Планова хоспитализация

Болните се включват в оперативната програма след задълбочено обсъждане по време на ежеседмичните хирургични колегиуми.

Предварително максимално са компенсирани всички отклонения на жизнените функции.

При необходимост се консултират различни специалисти за уточняване на необходимата предоперативна подготовка (напр. дезобструктивна терапия) или следоперативна терапия (напр. химиотерапия при ехинококоза или туберкулоза).

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя от специалиста по гръдна хирургия, след документирана в ИЗ преценка за необходимостта от хистологично изследване, според съответната клинична картина.

Хистологичното изследване за поставяне на патоморфологична диагноза е задължително при следните случаи: белодробни резекции, резекции на гръдна стена, декортикация и скарификация на плевра, перикардиотомия, ексцизия на дълбок шиен лимфен възел, ексцизия на аксиларен лимфен възел.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- добре зараснала оперативна рана;
- добро или задоволително общо състояние;
- рентгенологично разгънат бял дроб от оперираната страна без наличие на остатъчни интраплеврални кухини и/или колекции след: атипична белодробна резекция, лобектомия/ билобектомия и плеврректомия с декортикация;
- липса на клинични, рентгенови и инструментални данни за инсуфициенция на бронхиалния чукан или инфектиране на плевралната кухина при пулмонектомия, както и инсуфициенция на капитонажа след ехинококектомия.

<u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Хирургия”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Хирургия").

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури"(бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на белите дробове се характеризират със сериозни субективни оплаквания - задух (диспнея), кашлица, отделяне на храчки с различен цвят, болки в областта на гръдния кош, отпадналост, лесна уморяемост, отслабване на тегло и повишена температура. Наличието на тези симптоми е повод за тревога и търсене на лекарска помощ. Вие трябва да постъпите в болница за диагностично уточняване, консервативно лечение и евентуално последващо хирургично лечение. Естеството на Вашето заболяване налага провеждането на комплексни диагностични и лечебни мероприятия. Те се осъществяват от висококвалифицирани специалисти и са в пряка връзка с водещите оплаквания, основното заболяване, общото състояние на организма, наличните усложнения и възрастта Ви.

За детската възраст са характерни следните заболявания, изискващи оперативни процедури на гръдния кош:

Ехинококова болест (кучешка тения) - представлява образуване на паразитарни кисти в белодробната тъкан. Те могат да се усложнят с пробив в бронх или плевралната кухина, нагнояване, алергични реакции. Лечението се състои в отваряне на гръдния кош и отстраняване на паразита, като заедно с това могат да бъдат отстранени различни по обем променени участъци от белия дроб.

Вродени заболявания на белия дроб представляват многообразие от аномалии в развитието на трахеобронхиалната система. Тяхното лечение се състои в отстраняване на аномалния участък на белия дроб и бронхите. Много често те се усложняват с гнойно деструктивни възпалителни процеси, които да налагат освобождаване на задебелената плевра.

Пневмонични процеси на базата на нормален бял дроб, които се усложняват с гнойно – деструктивни промени на паренхима и образуване на излив и гной в плевралната кухина, както и с събиране на въздух в нея подлежат на хирургично лечение. То се състои в отстраняване на променения белодробен участък в резултат на гнойното възпаление и освобождаване на белия дроб от задебелената плевра.

Медиастинит – гнойно дифузно или под формата на абсцес заболяване на тъканите на средостението, което може да бъде причинено от гнойни възпаления по съседство, перфорация на кух вътрегръден орган и много рядко първично по метастатичен път. Хирургическото лечение се състои в отваряне на гръдния кош, почистване на средостението от гной, ликвидиране на възпалителния процес в съседство и ликвидиране на комуникацията със съответния кух вътрегръден орган.

Хирургично лечение се прилага при следните белодробни заболявания:

- форми на белодробната туберкулоза неподходящи за противотуберкулозно лечение;
- супуративно усложнена белодробна ехинококоза;
- вродени заболявания на белия дроб;
- гнойни заболявания на белия дроб;
- медиастинити-остри и хронични;
- болести на дуктус торацикус;
- плеврит/плеврален емпием;
- гръдна травма (пневмоторакс, хемоторакс, хемопневмоторакс, коагулирал интраплеврален хематом, интрапулмонален хематом и др.);
- други белодробни болести.

Използват се следните оперативни методи:

- *стернотомия:* гръдният кош се отваря отпред надлъжно през гръдната кост. Този достъп дава възможност за добър оглед на сърцето, големите кръвоносни съдове, тимуса, лимфните възли и

дихателната тръба. Оттук могат да се огледат двете гръдни половини и да се отстранят двустранни заболявания на белите дробове;

- *торакотомия:* гръдният кош се отваря странично между две ребра. Достъпът се употребява при разширени намеси върху белия дроб, гръдната стена, хранопровода, трахеята, аортата и лимфните пътища, както и за отстраняване на болестно променени лимфни възли;

- *лобектомия:* изрязване на един белодробен дял, при нужда с отстраняване на засегнати лимфни възли;

- *пулмонектомия:* отстраняване на единия бял дроб, при нужда заедно със засегнати лимфни възли, частична резекция на париеталната плевра и други структури и/или органи;

- *плевректомия и декортикация:* при емпиеми на плеврата (събиране на гной в гръдната кухина) операцията включва отстраняване на задебелената обвивка на белия дроб (декортикация) и на задебелената вътрешна обвивка на гръдната стена (плевректомия);

- *кистектомия:* включва отстраняване на белодробната киста (паразитна, вродена и други) без премахване на белодробна тъкан;

- *торакопластика:* представлява отстраняване на ребра или части от ребра на един или няколко етапа с цел ликвидиране на съществуващата гръдна кухина;

- *ВАТХ (видеоасистирана торакоскопска хирургия):* със специална апаратура през два или повече отвора на гръдния кош с дължина 2-4см се извършват различни диагностични и лечебни манипулации (операции) в гръдния кош.

Хирургичният метод е основен за лечение на някои от белодробните заболявания. При други оперативното лечение е част от комплексното лечение, което се провежда пред- и следоперативно. Оперираните подлежат на редовни контролни прегледи, като по-голяма част от тях се диспансеризират за по-продължително наблюдение.

КП № 216 СПЕШНИ СЪСТОЯНИЯ В ГРЪДНАТА ХИРУРГИЯ

1. Минимален болничен престой –3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на бял дроб или плевра	
38424-02	Плевродеза Плевросклероза *Включва*: поставяне на междуребрен катетър
90173-00	Друго възстановяване на бял дроб или плевра Затваряне на белодробни лацерации
Процедури за поставяне, прилагане или отстраняване върху гръдна стена, медиастинум или диафрагма	
38806-00	Поставяне на междуребрен катетър за дренаж
Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма	
90176-00	Възстановяване на гръдна стена Затваряне на торакостомия Шев на лацерация на гръдна стена *Не включва*: торакопластика (38427-00, 38430 [565])
43915-00	Пликация на диафрагма *Включва*: тази чрез: • абдоминален } • торакален } достъп *Забележка*: Изпълнена при евентрация
90177-00	Възстановяване на торакоабдоминална дупликация Ексцизия на торакоабдоминална пликационна киста *Не включва*: възстановяване на стомашна дупликатура (90303-00 [887])
Трахеостомия	
41881-00	Отворена трахеостомия, временна Трахеостомия БДУ *Включва*: отделяне на тироиден истмус отделяне на подезични мускули
Приложение на фармакотерапия	
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21**.

При фрактура на ребра (МКБ кодове S22.3, S22.4 и S22.5), парциален пневмоторакс (МКБ код S27.00) , парциален хемоторакс (МКБ код S27.10), контузионен бял дроб (S27.20, S27.30 и S20.2) и подкожен емфизем, в следствие от гръдна травма (МКБ код T79.7), КП може да се счита за завършена при извършване на две от следните терапевтични процедури: 96199-08 или 96199-09 или 96200-09 или 96199-02 или 96199-09 или 96197-09 и задължително провеждане на следните диагностични процедури рентгенография на гръден кош (58500-00) и изследване на кръв (91910-04 и 91910-05)

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Гръдна хирургия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Гръдна хирургия"; и от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Хирургия"; и от обхвата на медицинската специалност „Образна диагностика“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Образна диагностика“ (само за процедура с код 38806-00)“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гръдна хирургия или клиника/отделение по детска хирургия или клиника/отделение по хирургия
2. Операционен блок/зали
3. Клинична лаборатория*
4. Рентгенов апарат -

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/гръдна хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура

1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с придобита медицинска специалност по хирургия или лекар със специалност по гръдна хирургия;
- лекари със специалност по анестезия и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

В клиника/отделение по детска хирургия - двама лекари, които притежават медицинска специалност по детска хирургия или единият от тях е с призната медицинска специалност по детска хирургия, а другият с призната специалност по обща хирургия. Най-малко един от тях трябва да притежава сертификат за лапароскопия и един за торакоскопия.

- лекари със специалност по анестезия и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по педиатрия;

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

1. Спешна диагностика и лечение за пациенти със:

1.1. хемоторакс;

1.2. пневмоторакс първи епизод;

1.3. хемопневмоторакс;

1.4. напрегнат пиопневмоторакс;

1.5. масивен плеврален излив/емпием с дихателна недостатъчност;

1.6. инкарцерация на абдоминални органи при травматична лезия на диафрагмата;

1.7. състояния, изискващи трахеостома;

1.8 частичен/парциален спонтанен плевмоторакс

2. Диагностика и лечение на пациенти със:

2.1. фрактура на ребра;

2.2. парциален пневмоторакс;

2.3. парциален хемоторакс;

2.4. контузионен бял дроб;

2.5. подкожен емфизем.

Пациенти с повече от един епизод на пневмоторакс се лекуват в клиника/отделение по гръдна хирургия.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Спешна хоспитализация

Пациентът се хоспитализира в съответната клиника/отделение от дежурния хирург и реаниматор. Паралелно с ресусцитацията по всички линии по спешност се осъществява изискуемият стандартен минимум изследвания, задължително **вкл. рентгенография на гръден кош.**

Оперативната намеса се извършва в съответствие медицинските индикации.

Пациентът остава под наблюдение за определен период от време, който се диктува от обема на оперативната намеса, общото му състояние, придружаващи заболявания, настъпили усложнения и т.н. При настъпили усложнения се изисква задължително консултация с гръден хирург.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя от специалиста по хирургия/гръдна хирургия, според съответната клинична картина, а в случаите след плеврални изливи – след микробиологична или цитологична диагноза.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

1. При оперативно лечение:

1.1 спокойна оперативна рана;

1.2 добро общо състояние;

1.3 рентгенологично разгънат бял дроб от оперираната страна без наличие на остатъчни интраплеврални кухини.

2. При неоперативно лечение:

2.1 дихателна честота под 20;

2.2 афебрилно състояние;

2.3 рентгенологично разгънат бял дроб, доказан с контролна рентгенография.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Хирургия”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1 Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

3.2 Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Хирургия”).

3.3 Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на белите дробове се характеризират със сериозни субективни оплаквания - задух (диспнея), кашлица, отделяне на храчки с различен цвят, болки в областта на гръдния кош, отпадналост, лесна уморяемост, отслабване на тегло и повишена температура. Наличието на тези симптоми е повод за тревога и търсене на лекарска помощ. Вие трябва да постъпите в болница за диагностично уточняване, консервативно лечение и евентуално последващо хирургично лечение. Естеството на Вашето заболяване налага провеждането на комплексни диагностични и лечебни мероприятия. Те се осъществяват от висококвалифицирани специалисти и са в пряка връзка с водещите оплаквания, основното заболяване, общото състояние на организма, наличните усложнения и възрастта Ви.

Хирургично лечение се прилага при следните белодробни заболявания:

- плеврит/плеврален емпием;
- гръдна травма (пневмоторакс, хемоторакс, хемопневмоторакс, коагулирал интраплеврален хематом, интрапулмонален хематом и др.);
- други белодробни болести.

Използват се следните оперативни методи:

- поставяне на тръбен дрен през гръдната стена в плевралната кухина, които се включва на аспирация (активна или подводен дренаж). Целта е да бъдат отстранени течностите (кръв, гной и др.) от плевралната кухина и белият дроб да я изпълни изцяло.

- торакотомия: гръдният кош се отваря странично между две ребра. Достъпът се употребява в случаи на травматично разкъсване на белодробния паренхим, развитие на кръв в плевралната кухина (хемо-пневмоторакс). Извършва се зашиване на белодробната рана и почистване на плевралната кухина.

Хирургичният метод е основен за лечение на някои от белодробните заболявания. При други оперативното лечение е част от комплексното лечение, което се провежда пред- и следоперативно. Оперираните подлежат на редовни контролни прегледи, като по-голяма част от тях се диспансеризират за по-продължително наблюдение.

КП № 217.1 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ С ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ НА ТАЗА И ДОЛНИЯ КРАЙНИК

1. Минимален болничен престой – 6 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1499	**Остеотомия на дистален фемур, патела, тибия или фибула**
	Включва: клиновидна остеотомия
48424-06	Остеотомия на дистален фемур
48418-00	Остеотомия на тибия
1478	**Остеотомия на таза, тазобедрена става или бедрена кост**
	Включва: клиновидна остеотомия
48424-00	Остеотомия на таз
48427-08	Остеоартротомия на фемур
1481	**Други инцизии на тазобедрена става**
46473-01	Остеоартротомия на тазова кост
46473-02	Биопсия на тазова кост
1485	**Други ексцизионни процедури на таз или тазобедрена става**
48427-09	Локална ексцизия на лезия или тъкан на тазова кост
1504	**Ексцизия кост на коляно или крак**
48424-07	Остектомия на дистална част на бедрена кост
1483	**Остектомия на бедрена кост или таз**
48424-03	Остектомия на таз
48424-04	Остектомия на проксимален фемур
48424-05	Остектомия на средна част на фемур
1488	**Костен графт на таз или тазобедрена става**
	Кодирай също когато е направена:
	• доставяне на графт материал чрез отделна инцизия (47726-00 [1563])
48200-00	Костен графт към фемур
50393-00	Костен графт на таз
1513	**Костен графт към тибия**
	Кодирай също когато е направено:
	• доставяне на графт материал чрез отделна инцизия (47726-00 [1563])
48206-00	Костен графт към тибия
1491	**Други възстановителни процедури на таз или тазобедрена става**
48506-00	Епифизиодеза на бедрена кост и тибия и фибула
49306-00	Артродеза на тазобедрена става
90552-00	Друго възстановяване на тазобедрена става
90552-01	Друго възстановяване или пластична операция на тазова кост
46400-09	Освобождаване на ставна капсула, лигамент или хрущял на тазобедрена става

50225-00 Реплантация на бедро

1520 Други възстановителни процедури на коляно или крак

48503-00 Епифизиодеза на тибия и фибула
Не включва: епифизиодеза на тибия, фибула и фемур (48506-00 [1491])

49503-02 Хондропластика на коляно
Мозаечна пластика

49503-05 Остеопластика на коляно

90598-00 Друго възстановяване на коляно

1578 Реконструкция на крайник

50303-00 Удължаване на крайник
Включва: поставяне на кръгъл фиксатор (например Ilizarov, Orthofix) или подобно устройство
монофокална остеотомия/кортикотомия
Забележка: Изпълнена за удължаване на скъсен крайник по различни причини. Костта се срязва и фик-сатора се поставя по време на операцията. След операцията, фиксационните удъл-жители се въртят регулярно, причинявайки постепенно отдалечаване (удължаване) на костта.
Кодирай също когато е направена:
- корекция на костна деформация (90604-00 [1578])
- транспозиция на нерв (39321-00 [83])
- невролиза (39330-00 [77], 39321-00 [83])
- трансартикуларна фиксация (50300-00 [1578])

Не включва: биполярно удължаване на крайник (50306-00 [1578])

46400-01 Друга възстановяваща или пластична операция на тибия и фибула

1479 Фиксация фрактура на таз или бедрена кост

47498-00 Вътрешна фиксация на фрактура на ацетабулум
Включва: теглене
Не включва: такава с наместване на фрактура (47486-00, 47489, 47501-00, 47528-47531-00 [1486])

47513-00 Вътрешна фиксация на разкъсване на сакро-илиачна става
Не включва: такава с наместване на фрактура (47486-00, 47489, 47501-00, 47528-01, 47531-00 [1486])

46474-00 Вътрешна фиксация на тазова кост без наместване на фрактура

1486 Наместване на фрактура на таз или бедрена кост

47528-00 Отворено наместване фрактура на бедрена кост

47489-02 Отворено наместване на фрактура на таз без вътрешна фиксация

47528-01 Отворено наместване фрактура на бедрена кост с вътрешна фиксация
Включва: кръстосана фиксация
интрамедуларна фиксация
Не включва: такава на:
- шийка (на) }
- проксимален } фемур (47519-00 [1479])
- субкапитален }
- трохантерна (пертрохантерна) (субтрохантерна)

1479 Фиксация на фрактура на таз или бедрена кост

47519-00 Вътрешна фиксация на трохантерна или субкапитална фрактура на фемур
Включва: фрактура:
- шийка (на)
- пертрохантерен
- проксимален фемур
- субтрохантерен }

наместване на фрактура

1510 Отворено наместване фрактура на шафта на тибия или фибула

47566-01 Отворено наместване фрактура на шафта на тибия с вътрешна фиксация
Включва: кръстосана фиксация
интрамедуларна фиксация

1493 Процедури при отделена епифиза на таз

Включва: вътрешна фиксация
47525-01 Отворено наместване на отделена епифиза на главата на фемура

1541 Отворено наместване луксация на глезен или стъпало

47066-00 Отворено наместване луксация на глезен
Включва: луксация на глезен

1543 Артродеза на глезен, стъпало или пръст

49815-00 Тройна артродеза на стъпало

1512 Артродеза на коляно

Не включва: ревизионна артродеза на коляно (49545-00 [1524])
49509-01 Артродеза на коляно

1522 Реконструктивни процедури на коляно

Включва: почистване на остеофити (нотчпластика)
Не включва: ревизия на реконструкция (49551-00 [1524])
49542-00 Артроскопска реконструкция на кръстосани връзки на коляно с възстановяване на менискус
Артроскопско възстановяване на кръстовиден лигамент на коляно с възстановяване на менискус
Включва: дебридман
възстановяване на колатерален лигамент
49542-01 Реконструкция на кръстосани връзки на коляно с възстановяване на менискус
Възстановяване на кръстовиден лигамент на коляно с възстановяване на менискус
Включва: дебридман
възстановяване на колатерален лигамент

1505 Други ексцизионни процедури на коляно или крак

44367-01 Дезартикулация през коляното

1484 Ампутация на таз или тазобедрена става

44367-00 Ампутация над коляното
Ампутация над коляното

1548 Процедури при други деформации на пръст

46400-02 Реплантация на пръст на крак

1544 Други възстановителни процедури на глезен или стъпало

46400-06 Реплантация на стъпало

46400-08 Реплантация на глезен

1554 Други процедури за прилагане, поставяне или премахване върху други мускулно-скелетни точки

47928-00 Реплантация на подбедрица

Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап
Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев

такова за изгаряне
Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)
Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45200-00 Локално кожно ламбо на друго място
Локално кожно ламбо БДУ

Директно дистантно кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от далечно място от дефекта и прикрепено директно към реципиентно място
Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)
Не включва: реконструкция на:
• клепач чрез ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])•
• устна чрез ламбо 45671-00, 45674-00 [1685],
ревизия на директно дистантно кожно ламбо (45239-01 [1658])

45230-00 Отлагане на директно дистантно кожно ламбо
Кожно ламбо, частично повдигнато към донорско място, с трансфер отложен за по-късен оперативен етап за подобряване кръвоснабдяването на ламбото. Може да бъде предварителна стъпка преди трансфера

45221-01 Директно дистантно кожно ламбо – първи етап
Директно дистантно кожно ламбо – първи етап (повдигане на ламбото от донорското място, трансфер и прикрепяне на реципиентно място):
• коремно
• кръстосано:
  • ръка
  • пръст на ръка
  • крак

45224-01 Директно дистантно кожно ламбо – втори етап
Директно дистантно кожно ламбо – втори етап (разделяне на ламбото от донорското място):
• коремно
• кръстосано:
  • ръка
  • пръст на ръка
  • крак

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура от посочените в блок **Кодове на основни процедури** (с изключение на биопсия на кост-таз с код 46473-02 и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21, насочени към основното заболяване.**

Процедури с код 49542-01 и 49542-00 (само при артроскопски достъп) се документират образно с видеозапис (архивиран на SSD, HDD, CD), който остава на съхранение в ЛЗБП и подлежи на контрол.

Стикер за вложените импланти само при алогенна трансплантация (алографт при отчитане на кодове **48200-00, 48206-00, 50393-00, 50303-00, 50303-00, 46400-01, 9055201, 49815-00, 49306-00, 90552-00**, задължително се залепва в ИЗ.

При липса на видеозапис от артроскопска процедура или залепен в ИЗ стикер за вложен алографт, пътеката не се счита за завършена.

Основни процедури с кодове 48424-06; 48418-00; 48424-00; 48427-08; 46473-01; 48427-09; 48424-07; 48424-03/48424-04/48424-05, **не могат да се отчитат като процедури за отстраняване на имплантирани уреди от костта по тази клинична пътека.**

Основна процедура с код 46400-09) може да се отчита само при диагноза по МКБ-Х Q65 или G80.0.

Основни процедури с кодове 48206-00 и 46400-01 може да се отчитат само при диагноза по МКБ-Х М84.0, М84.1, М84.2, Т93.2 или при неопластични процеси засягащи съответната кост (диагноза по МКБ-Х С79.5).

Основни процедури с код 48200-00, 50393-00, 50303-00, 50303-00, 90552-01, 49815-00, 49306-00, 90552-00 може да се отчитат само при диагноза по МКБ-Х М84.0, М84.1, М84.2, Т93.1 или при неопластични процеси засягащи съответната кост (диагноза по МКБ-Х С79.5).

Пациент при който е извършена оперативна интервенция на става (отчетени кодове 90598-00, 46400-09, 49306-00, 49509-01, 90552-00, 49542-00) по тази клинична пътека не може да бъде хоспитализиран по КП № 218 за алопластка на същата става, в период от 30 дни след изписването.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“; от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“ в условия на спешност попада извършването само на процедури с кодове: 47498-00, 47513-00, 46474-00, 47528-00, 47489-02, 47528-01, 47519-00, 47566-01, 47525-01, 90598-00, 47066-00, 90552-00, 49542-00, 49542-01, 49542-00, 49542-01.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория
5. Рентгенов апарат за скопия и графия

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия и инструменти за фиксиращите процедури	НЗОК не заплаща посочените изделия

НЗОК заплаща напълно или частично интрамедуларни заключващи пирони при фрактури следствие костни метастази.

Неразделна част към ИЗ на пациента става "ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ". Клиничната пътека се отчита с Направлението за хоспитализация и надлежно попълнен „ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ".

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – трима;
- лекари със специалност по ортопедия и травматология – двама (за структура от II ниво);
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение
- лекар със специалност по образна диагностика
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по вътрешни болести или кардиология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – трима;
- лекари със специалност по ортопедия и травматология – двама (за структура от II ниво);
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Изисквания към процеса на осъществяване на дейността в структура по ортопедия и травматология от III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология":

1. При извършване на кръвна репозиция и вътрешна фиксация при фрактури на таз и ацетабулум се изисква поне един специалист по ортопедия и травматология, който да притежава документ за придобита квалификация за тазова и ацетабуларна хирургия.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Спешна диагностика и лечение за пациенти с:

- фрактури в областта на тазовия пръстен без кръвна репозиция и вътрешна фиксация, и фрактури в областта на долните крайници, независимо от възрастта на пациента;
- хемартроза;
- клинични и параклинични данни за локална инфекция в областта на таза и долния крайник;
- хронично настъпили артериални оклузии, неподлежащи на артериална реконструкция, с напреднали тъканни промени, нуждаещи се от първична ампутация под нивото на тазобедрената става;
- първични и метастатични злокачествени новообразувания на таза и долните крайници.

Планирана диагностика и лечение при заболявания и деформитети в областта на тазовия пръстен и долните крайници, индицирани за оперативно лечение при изчерпване на консервативните възможности.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Необходими предоперативни изследвания - биологичен материал за лабораторни изследвания, се взема до 24 час от постъпването. Образно изследване се извършва до 24 час от постъпването. Контролни изследвания се извършват до края на болничния престой.

След провеждане на изследванията и стабилизиране състоянието на пациента за голяма оперативна процедура с фрактура в областта на таза или долните крайници, както и при приемане на пациент за голяма оперативна процедура поради заболявания в областта на таза и долните крайници, се провеждат клинични обсъждания. На тях се обсъжда и приема както вида на предстоящата оперативна процедура, така и вида на оперативното лечение - спешно или планово. След консилиума пациента влиза в оперативната програма.

Абсолютни контраиндикации за оперативно лечение: нестабилна хемодинамика; морибундни болни.

Относителни контраиндикации за оперативно лечение: декомпенсирани придружаващи заболявания (диабет или други метаболитни заболявания, екстремна хипертония, сърдечна декомпенсация > 2ст, бъбречна инсуфициенция и др.)

След оперативното лечение престоят в ОАИЛ/КАИЛ и постоперативните процедури целят стабилизиране хемодинамиката на пациента. Балансират се кръвозагубите, нарушенията на водно-електролитния баланс. Следи се белодробната циркулация и метаболизма на пациента. Извършват се при необходимост превръзки на оперативното поле.

При достатъчна стабилизация на пациента, той се извежда в съответната клиника или отделение, където остава до изпълването на критериите за окончателното изписване. В клиниката/отделението се осъществяват необходимите лечебни дейности, произтичащи от добрата медицинска практика, от състоянието на пациента и характера на заболяването. Медикаментозното лечение в пред– и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

В зависимост от обема, протичане на операцията и следоперативното състояние на болния, той се настанява или в КАИЛ/ОАИЛ, или при стабилно състояние се извежда директно в съответната клиника/отделение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клинични и параклинични данни или следоперативно на базата на клинични, рентгенографски и резултата от интраоперативната находка.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

Насочване към клинична онкологична комисия или клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти "Медицинска онкология" и "Клинична хематология") на лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Коректно попълнен фиш “Клинико-рентгенологичен минимум”.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, бл. МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Ортопедия и травматология”. Документ №2 се прикрепя към лист “История на заболяването”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Ортопедия и травматология”).

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ ,бл. МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГАТ: “Фиш за клинико-рентгенологичен минимум при изписване”

Към ИЗ № ..... от .....

ФИШ ЗА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕН МИНИМУМ

Дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Походка: □ самостоятелна □ с едно помощно средство

□ с две помощни средства □ невъзможна

Имобилизация:

□ не □ с гипс □ с ортеза

Тромбоемболична профилактика:

□ да □ не

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА

Зарастнала:

□ per primam □ вторично

Хематом: □ да □ не

Наличие на оток на крайника:

□ не □ в дисталния край □ в проксималния край

□ на целия крайник

Оперативен шев:

□ свален □ не □ частично

АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

□ да □ не

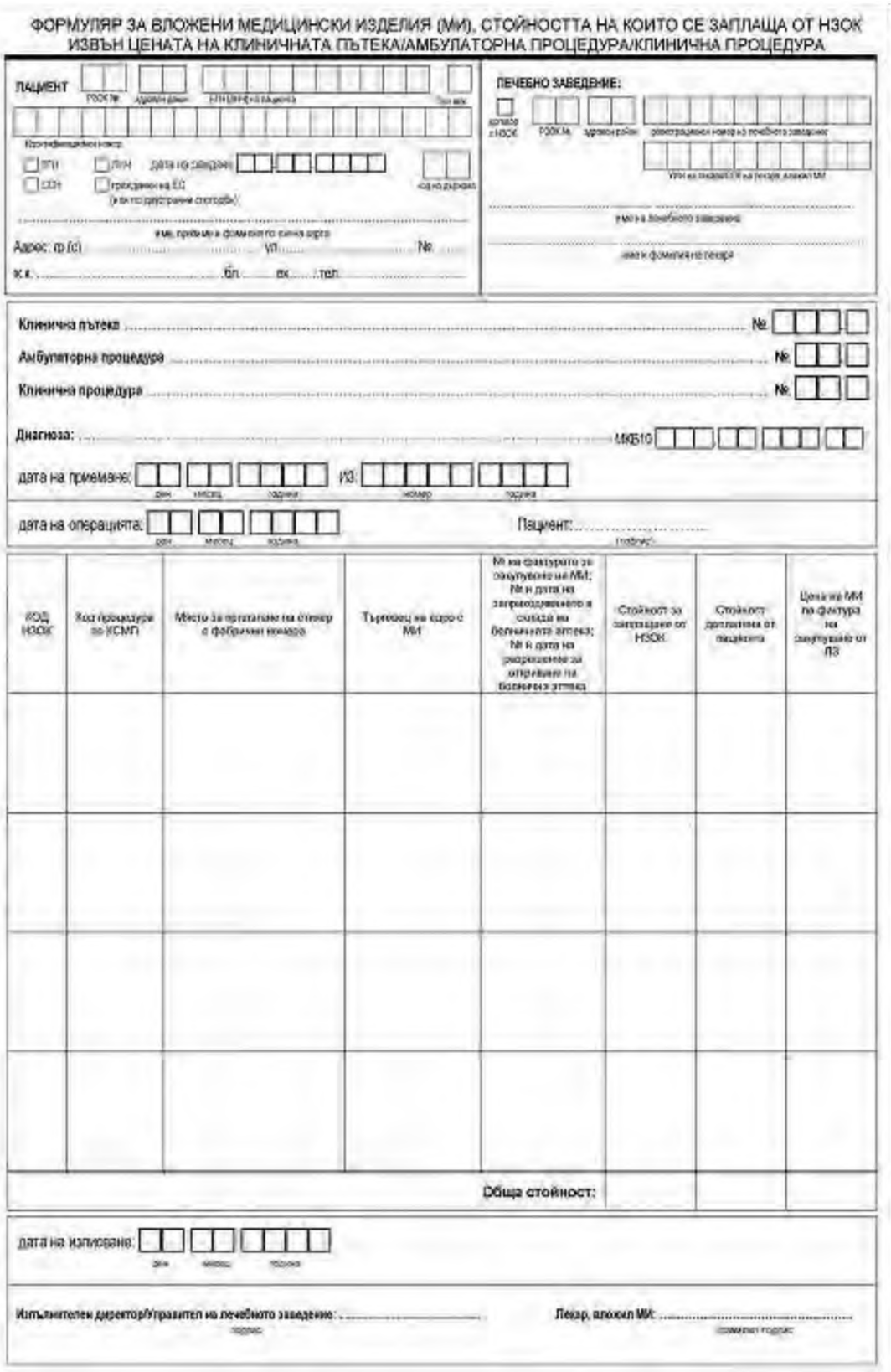
ДРУГИ ДАННИ

Кръвна картина	Хемостазелогия	Рентгенографии
Хб Хт Ер. Левко	Вр. кървене Вр. съсирване Протромбиново време Фибриноген	Репозиция на счупването Вид остеосинтеза

Лекуващ лекар:

.....

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА



ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ

ЕГН/ЛНЧ

Идентификационен номер

ЕГН ЛНЧ дата на раждане

СЕЗН гражданин на ЕС

(и/или друг регистрационен статус)

име, презиме и фамилно име на пациента

Адрес: гр./с. ул. № .....

тел. .....

ПЛАТЕНО ЗАВЕДЕНИЕ:

договор с НЗОК

РЗОК № здравноосигурителна каса

регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лицензия за медицинска дейност

име на лечебното заведение

име и фамилно име на лекаря

Клинична пътека № .....

Амбулаторна процедура № .....

Клинична процедура № .....

Диагноза: МКБ10

дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година Пациент: подпис

КОД НЗОК	Код процедура по КСМП	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговско наименование на МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешението за отпускане на болничната аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ден месец година

Изпълнителен директор/Управител на лечебното заведение: ..... подпис

Лекар, вложил МИ: ..... собствено име и подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) (ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ С ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ НА ТАЗА И ДОЛНИЯ КРАЙНИК)

Какво представляват големите оперативни процедури?

При редица счупвания или изкълчвания, както и при множество вродени или придобити заболявания в областта на таза и долните крайници, е необходимо да бъдат извършени оперативни процедури, коригиращи настъпилите промени в костномускулната система. Някой от тях изискват по-щателна предоперативна подготовка, по-продължително оперативно време, прилагането на различни по вид метални синтезни средства, прилагането на кръв или други кръвозаместващи разтвори и попродължително следоперативно възстановяване.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво предстои на Вас или Вашето дете в болницата?

Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството, а понякога и продължителността на живота сериозно да се влоши.

В някои случаи заболяванията и травмите, изискващи големи оперативни процедури, са сложни и комплексни и при тях се налагат повторни големи или малки оперативни процедури, включително и за отстраняване на поставените при първите операции остеосинтезни метални средства. Независимо от това, навременно проведените големи оперативни процедури в значителна степен подобряват Вашето състояние и са необходимо условие за по-нататъшно консервативно или оперативно лечение.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашето дете решение. Не винаги може да се постигне максимално желания резултат. По време на болничния престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния период, могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. Ще се направи необходимата оперативна процедура. След операцията ще бъдете настанени в интензивно отделение, където ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия персонал.

За постоянно наблюдение на сърдечната дейност ще ви бъдат залепени ЕКГ– електроди. Посредством маншета, поставена на ръката, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферна венозна линия), по която ще текат инфузионни разтвори и ще се правят различни медикаменти.

Понякога за дрениране на стомашният сок по време на операцията се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно.

Най-накрая, за проследяване на бъбречната функция, се поставя един катетър в пикочния мехур. При наличие на уголемена простата, може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – инфекция на пикочния мехур.

Понякога след операцията може да бъдете объркан (дезориентиран), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

При редица големи оперативни интервенции в областта на таза и долните крайници се прилага регионална (епидурална/спинална) упойка. При този вид упойка, след локално обезболяване медикамента се инжектира в областта на гръбначния стълб. По този начин се получава пълно обезчувствяване на долните крайници и таза, като по време на оперативната процедура Вие ще можете да поддържате контакт с операционния екип. Между 3 и 6 часа след процедурата все още няма добре да усещате и движите долните крайници, но това състояние е преходно и не бива да поражда безпокойство.

Няколко дни след операцията, може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашето дете стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване, предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

КП № 217.2 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ С МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ НА ТАЗА, ТАЗОБЕДРЕНАТА И КОЛЯННАТА СТАВА

1. Минимален болничен престой – 6 дни

ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ

1483	**Остектомия на бедрена кост или таз**
48427-03	Остектомия на таз с вътрешна фиксация
48427-04	Остектомия на проксимален фемур с вътрешна фиксация
48427-05	Остектомия на средна част фемур с вътрешна фиксация
1486	**Наместване на фрактура на таз или бедрена кост**
47486-00	Отворено наместване фрактура на таз с вътрешна фиксация на преден сегмент *Включва*: диастаза на симфиза
47489-00	Отворено наместване фрактура на таз с вътрешна фиксация на заден сегмент *Включва*: сакро-илиачна става
47489-01	Отворено наместване фрактура на таз с вътрешна фиксация на преден и заден сегмент
47501-00	Отворено наместване фрактура на ацетабулум с вътрешна фиксация *Включва*: капсулотомия остектомия остеотомия
1479	**Фиксация фрактура на таз или бедрена кост**
47513-00	Вътрешна фиксация на разкъсване на сакро-илиачна става *Не включва*: такава с наместване на фрактура (47486-00, 47489, 47501-00, 47528-01, 47531-00 [1486])
1487	**Наместване луксация на тазобедрена става**
47051-00	Отворено наместване луксация на тазобедрена става
1489	**Артропластика на тазобедрена става**
49312-00	Ексцизионна артропластика на тазобедрена става Артректомия на тазобедрена става Изваждане на тазобедрена протеза без замяна *Включва*: поставяне на циментов пълнеж
1501	**Други инцизионни процедури на коляно**
49515-00	Отстраняване на колянна протеза *Включва*: поставяне на: • циментен пълнеж • гентамицинов пълнеж
1492	**Ревизионна артропластика на тазобедрена става**
49324-00	Ревизия на тотална артропластика на тазобедрена става Частична ревизия на тотално тазобедрено протезиране Ревизия на тотално тазобедрено протезиране *Включва*: изваждане на протеза и поставяне на нова *Не включва*: такава с: • анатомичен специфичен алографт (49345-00, 49339-00, 49342-00 [1492]) • костен графт (49327-00, 49330-00, 49333-00 [1492])
1524	**Други ревизионни процедури на коляно**
49527-00	Ревизия на тотална артропластика на коляно Ревизия на тотална артропластика на коляно *Включва*: изваждане на протеза и поставяне на нова *Не включва*: такава с: • анатомично специфичен алографт (49554-00 [1523])

	• костен графт (49530, 49533-00 [1523]) • само почистване на патела (90562-00 [1524])
1484	**Ампутация на таз или тазобедрена става**
44370-00	Ампутация през тазобедрена става Тазобедрена дизартикулация
44373-00	Ампутация на задна част на таз Хемипелвектомия
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура от посочените в таблица **Кодове на основни процедури** и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21, насочени към основното заболяване.**

Пациент при който е извършена оперативна интервенция на става по тази клинична пътека (отчетени кодове 47051-00, 49312-00, 49515-00, 49324-00, 4952700, и 44370-00) не може да бъде хоспитализиран по КП №218 за алопластка на същата става, в период от 30 дни след изписването.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория
5. Рентгенов апарат за скопия и графия

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия и инструменти за фиксиращите процедури	НЗОК не заплаща посочените изделия

НЗОК заплаща напълно или частично протези за тазобедрена и колянна става. Неразделна част към ИЗ на пациента става "ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ". Клиничната пътека се отчита с Направлението за хоспитализация и надлежно попълнен „ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ".

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – трима
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение
- лекар със специалност по образна диагностика
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по вътрешни болести или кардиология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – трима
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Изисквания към процеса на осъществяване на дейността в структура по ортопедия и травматология от III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология":

При извършване на оперативни процедури с алопластика на тазобедрената и колянната става, се изискват поне двама специалисти по ортопедия и травматология, които притежават документ за придобита квалификация по ендопротезиране на стави и са имплантирали минимум по 20 протези в предходната година (доказано със заверени копия на оперативни протоколи).

Пояснение: имплантиралите протези специалисти по ортопедия и травматология са тези, които са участвали в оперативния процес като първи и втори оператор

При извършване на кръвна репозиция и вътрешна фиксация при фрактури на таз и ацетабулум се изисква поне един специалист по ортопедия и травматология, който притежава документ за придобита квалификация за тазова и ацетабуларна хирургия.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Спешна диагностика и лечение за пациенти със:

- фрактури в областта на тазовия пръстен и ацетабулума с необходимост от кръвна репозиция и вътрешна фиксация независимо от възрастта на пациента;
- хронично настъпили артериални оклузии, неподлежащи на артериална реконструкция, с напреднали тъканни промени, нуждаещи се от първична ампутация на ниво хемипелвис и тазобедрена става;
- първични и метастатични злокачествени новообразувания на таза, бедерената кост и тибията, подлежащи на оперативно лечение с много голям обем и сложност, и първично туморно ендопротезиране.

Планирана диагностика и лечение при заболявания, асептично и септично разхлабване и деформитети в областта на тазовия пръстен и долните крайници, индицирани за оперативно лечение с много голям обем и сложност - ревизионна артропластика и/или отстраняване на тазобедрена и колянна става.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Необходими предоперативни изследвания - биологичен материал за лабораторни изследвания, се взема до 24 час от постъпването. Образно изследване се извършва до 24 час от постъпването. Контролни изследвания се извършват до края на болничния престой.

След провеждане на изследванията и стабилизиране състоянието на пациента във връзка с провеждането на много голяма оперативна процедура с фрактура в областта на таза, тазобедрената и/или колянна става, както и при приемане на пациент за много голяма оперативна процедура поради заболявания в областта на таза, тазобедрената и/или колянна става, се провеждат клинични обсъждания. На тях се обсъжда и приема както вида на предстоящата оперативна процедура, така и вида на оперативното лечение - спешно или планово. След консилиума пациента влиза в оперативната програма.

Абсолютни контраиндикации за оперативно лечение: нестабилна хемодинамика; морибундни болни.

Относителни контраиндикации за оперативно лечение: декомпенсирани придружаващи заболявания (диабет или други метаболитни заболявания, екстремна хипертония, сърдечна декомпенсация > 2ст, бъбречна инсуфициенция и др.)

След оперативното лечение престоят в ОАИЛ/КАИЛ и постоперативните процедури целят стабилизиране хемодинамиката на пациента. Балансират се кръвозагубите, нарушенията на водно-електролитния баланс. Следи се белодробната циркулация и метаболизма на пациента. Извършват се при необходимост превръзки на оперативното поле.

При достатъчна стабилизация на пациента, той се извежда в съответната клиника или отделение, където остава до изпълването на критериите за окончателното изписване. В клиниката/отделението се осъществяват необходимите лечебни дейности, произтичащи от добрата медицинска практика, от състоянието на пациента и характера на заболяването. Медикаментозното лечение в пред– и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

В зависимост от обема, протичане на операцията и следоперативното състояние на болния, той се настанява или в КАИЛ/ОАИЛ, или при стабилно състояние се извежда директно в съответната клиника/отделение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клинични и параклинични данни или следоперативно на базата на клинични, рентгенографски и резултата от интраоперативната находка.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

- контролни прегледи в лечебното заведение;
- продължаване на лечението;
- рехабилитация;
- амбулаторно наблюдение/диспансеризация.

Насочване към клинична онкологична комисия или клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти "Медицинска онкология" и "Клинична хематология") на лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Коректно попълнен фиш “Клинико-рентгенологичен минимум”.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, бл. МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Ортопедия и травматология”. Документ №2 се прикрепя към лист “История на заболяването”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Ортопедия и травматология").

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл. МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГАТ: "Фиш за клинико-рентгенологичен минимум при изписване" и "Формуляр за вложени медицински изделия, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека".

Към ИЗ № ..... от .....

ФИШ ЗА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕН МИНИМУМ

Дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Походка: □ самостоятелна □ с едно помощно средство □ с две помощни средства □ невъзможна

Имобилизация:

□ не □ с гипс □ с ортеза

Тромбоемболична профилактика:

□ да □ не

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА

Зарастнала:

□ per primam □ вторично

Хематом: □ да □ не

Наличие на оток на крайника:

□ не □ в дисталния край □ в проксималния край □ на целия крайник

Оперативен шев:

□ свален □ не □ частично

АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

□ да □ не

ДРУГИ ДАННИ

Кръвна картина	Хемостазелогия	Рентгенографии
Хб Хт Ер. Левко	Вр. кървене Вр. съсирване Протромбиново време Фибриноген	Репозиция на счупването Вид остеосинтеза

Лекуващ лекар:

.....

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

Клинична пътека №

Амбулаторна процедура №

Клинична процедура №

Диагноза: МКБ10

дата на приемане: ИЗ:

дата на операцията: Пациент:

КОД НЗОК	Код процедура по КСМП	Място за поставяне на стикер с фабричен номер	Търговско наименование на МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на завеждането в склада на болничната аптека; № и дата на разрешението за отпускане на болничната аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура за закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване:

Изпълнителен директор/Управител на лечебното заведение: Лекар, вложил МИ:

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) (ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ С МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ НА ТАЗА, ТАЗОБЕДРЕНАТА И КОЛЯННАТА СТАВА)

Какво представляват големите оперативни процедури?

При редица счупвания или изкълчвания, както и при множество вродени или придобити заболявания в областта на таза и долните крайници, е необходимо да бъдат извършени оперативни процедури, коригиращи настъпилите промени в костномускулната система. Някой от тях изискват по-щателна предоперативна подготовка, по-продължително оперативно време, прилагането на различни по вид метални синтезни средства, прилагането на кръв или други кръвозаместващи разтвори и попродължително следоперативно възстановяване.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво предстои на Вас или Вашето дете в болницата?

Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството, а понякога и продължителността на живота сериозно да се влоши.

В някои случаи заболяванията и травмите, изискващи много големи оперативни процедури, са сложни и комплексни и след повторни големи или малки оперативни процедури, включително и за отстраняване на поставените при предишни операции остеосинтезни метални средства. Независимо от това, навременно проведените много големи оперативни процедури в значителна степен подобряват Вашето състояние и са необходимо условие за по-нататъшно лечение.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашето дете решение. Не винаги може да се постигне максимално желания резултат. По време на болничния престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния период, могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. Ще се направи необходимата оперативна процедура. След операцията ще бъдете настанени в интензивно отделение, където ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия персонал.

За постоянно наблюдение на сърдечната дейност ще ви бъдат залепени ЕКГ– електроди. Посредством маншета, поставена на ръката, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферна венозна линия), по която ще текат инфузионни разтвори и ще се правят различни медикаменти.

Понякога за дрениране на стомашният сок по време на операцията се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно.

Най-накрая, за проследяване на бъбречната функция, се поставя един катетър в пикочния мехур. При наличие на уголемена простата, може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – инфекция на пикочния мехур.

Понякога след операцията може да бъдете объркан (дезориентиран), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

При редица много големи оперативни интервенции в областта на таза и тазобедрената и колянната става се прилага регионална (епидурална/спинална) упойка. При този вид упойка, след локално обезболяване медикамента се инжектира в областта на гръбначния стълб. По този начин се получава пълно обезчувствяване на долните крайници и таза, като по време на оперативната процедура Вие ще можете да поддържате контакт с операционния екип. Между 3 и 6 часа след процедурата все още няма добре да усещате и движите долните крайници, но това състояние е преходно и не бива да поражда безпокойство.

Няколко дни след операцията, може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашето дете стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване, предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

КП № 217.3 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ МНОЖЕСТВЕНИ СЧУПВАНИЯ И/ИЛИ ЛУКСАЦИИ НА ТАЗА, ГОРНИ И ДОЛНИ КРАЙНИЦИ

1. Минимален болничен престой – 6 дни

ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ

1401	**Наместване фрактура на ключица или рамо**
47465-01	Отворено наместване фрактура на ключица с вътрешна фиксация
47468-01	Отворено наместване фрактура на скапула вътрешна фиксация
1414	**Отворено наместване на фрактура на хумерус или лакът**
47429-01	Отворено наместване фрактура на проксимален хумерус с вътрешна фиксация
47450-01	Отворено наместване фрактура на шафта на хумерус с вътрешна фиксация *Включва*: интрамедуларна фиксация
47459-01	Отворено наместване фрактура на дистален хумерус с вътрешна фиксация
1429	**Отворено наместване фрактура на радиус**
47408-01	Отворено наместване фрактура на радиална глава или шийка с вътрешна фиксация
47384-02	Отворено наместване фрактура на шафт на радиус с вътрешна фиксация *Не включва*: такава с: • луксация (47386-00, 47386-01 [1432]) • улна (47393-00, 47393-01 [1431])
47366-02	Отворено наместване фрактура на дистален радиус с вътрешна фиксация
1430	**Отворено наместване фрактура на улна или олекранон**
47399-01	Отворено наместване фрактура на олекранон с вътрешна фиксация
47402-01	Отворено наместване фрактура на олекранон с частична остектомия на фрагмент от олекранон и вътрешна фиксация *Включва*: реимплантация на сухожилие
47384-03	Отворено наместване фрактура на шафт на улна с вътрешна фиксация
47366-03	Отворено наместване фрактура на дистална улна с вътрешна фиксация
1431	**Наместване фрактура на шафт на радиус и улна**
47393-01	Отворено наместване фрактура на шафт на радиус и улна с вътрешна фиксация
1486	**Наместване на фрактура на таз или бедрена кост**
47528-01	Отворено наместване фрактура на бедрена кост с вътрешна фиксация *Включва*: кръстосана фиксация интрамедуларна фиксация *Не включва*: такава на: • шийка (на) } • проксимален } фемур (47519-00 [1479]) • субкапитален } • трохантерна (пертрохантерна) (субтрохантерна)
1479	**Фиксация фрактура на таз или бедрена кост**
47519-00	Вътрешна фиксация на трохантерна или субкапитална фрактура на фемур *Включва:* фрактура: • шийка (на) • пертрохантерен • проксимален фемур • субтрохантерен } наместване на фрактура
1486	**Наместване на фрактура на таз или бедрена кост**
47486-00	Отворено наместване фрактура на таз с вътрешна фиксация на преден сегмент *Включва*: диастаза на симфиза
47489-00	Отворено наместване фрактура на таз с вътрешна фиксация на заден сегмент *Включва*: сакро-илиачна става

47489-01	Отворено наместване фрактура на таз с вътрешна фиксация на преден и заден сегмент
47501-00	Отворено наместване фрактура на ацетабулум с вътрешна фиксация *Включва*: капсулотомия остектомия остеотомия
1479	**Фиксация фрактура на таз или бедрена кост**
47513-00	Вътрешна фиксация на разкъсване на сакро-илиачна става *Не включва*: такава с наместване на фрактура (47486-00, 47489, 47501-00, 47528-01, 47531-00 [1486])
1508	**Отворено наместване фрактура на тибиално плато**
47549-01	Отворено наместване фрактура на медиално или латерално тибиално плато с вътрешна фиксация
47558-01	Отворено наместване фрактура на медиално и латерално тибиално плато с вътрешна фиксация
1510	**Отворено наместване фрактура на шафта на тибия или фибула**
47566-01	Отворено наместване фрактура на шафта на тибия с вътрешна фиксация *Включва*: кръстосана фиксация интрамедуларна фиксация
47566-03	Отворено наместване интра-артикуларна фрактура на шафта на тибия с вътрешна фиксация *Включва*: кръстосана фиксация интрамедуларна фиксация
1402	**Наместване на луксация на ключица, скапула или рамо**
47012-00	Отворено наместване луксация на рамо Отворено наместване луксация на гленохумерална става
1416	**Отворено наместване луксация на хумерус или лакът**
47021-00	Отворено наместване луксация на лакът
1487	**Наместване луксация на тазобедрена става**
47051-00	Отворено наместване луксация на тазобедрена става
1520	**Други възстановителни процедури на коляно или крак**
90598-00	Друго възстановяване на коляно
1541	**Отворена наместване луксация на глезен или стъпало**
47066-00	Отворено наместване луксация на глезен *Включва*: луксация на глезен
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени не помалко от две основни оперативни процедури от посочените в таблица **Кодове на основни процедури** и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21, насочени към основното заболяване.**

Пациент при който е извършена оперативна интервенция на става по тази клинична пътека (отчетени кодове 47012-00, 47021-00, 47051-00, 90598-00) не може да бъде хоспитализиран по КП№ 218 или КП№ 221 за алопластка на същата става, в период от 30 дни след изписването.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория
5. Рентгенов апарат за скопия и графия

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия и инструменти за фиксиращите процедури	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – трима
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение
- лекар със специалност по образна диагностика
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по вътрешни болести или кардиология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – трима
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Изисквания към процеса на осъществяване на дейността в структура по ортопедия и травматология от III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“:

1. При извършване на кръвна репозиция и вътрешна фиксация при фрактури на таз и ацетабулум се изисква поне един специалист по ортопедия и травматология, който да притежава документ за придобита квалификация за тазова и ацетабуларна хирургия.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Спешна диагностика и лечение за пациенти със:

- фрактура в областта на тазовия пръстен и/или ацетабулума и горните и/или долните крайници независимо от възрастта на пациента;
- фрактури на две или повече от две дълги тръбести кости с изключение на метатарзални и метакарпални кости или фрактура на кости в два различни сегмента: бедро, раменни кости, кости на предмишница, кости на подбедрица, независимо от възрастта на пациента;
- фрактура на таза и/или ацетабулума и луксация на големи стави независимо от възрастта на пациента;
- фрактура на дълга тръбеста кост и две или повече луксации на контралатерални големи стави независимо от възрастта на пациента.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Необходими предоперативни изследвания - биологичен материал за лабораторни изследвания, се взема до 24 час от постъпването. Образно изследване се извършва до 24 час от постъпването. Контролни изследвания се извършват до края на болничния престой.

След провеждане на изследванията и стабилизиране състоянието на пациента за голяма оперативна процедура с фрактура в областта на таза, горни и долните крайници, се провеждат клинични обсъждания. На тях се приема както вида на предстоящата оперативна процедура, така и вида на оперативното лечение - спешно или планово. След консилиума пациента се записва в оперативната програма.

Абсолютни контраиндикации за оперативно лечение: нестабилна хемодинамика; моribундни болни.

Относителни контраиндикации за оперативно лечение: декомпенсирани придружаващи заболявания (диабет или други метаболитни заболявания, екстремна хипертония, сърдечна декомпенсация > 2ст, бъбречна инсуфициенция и др.)

След оперативното лечение престоят в ОАИЛ/КАИЛ и постоперативните процедури целят стабилизиране хемодинамиката на пациента. Балансират се кръвозагубите, нарушенията на водно-електролитния баланс. Следи се белодробната циркулация и метаболизма на пациента. Извършват се при необходимост превръзки на оперативното поле.

При достатъчна стабилизация на пациента, той се извежда в съответната клиника или отделение, където остава до изпълването на критериите за окончателното изписване. В клиниката/отделението се осъществяват необходимите лечебни дейности, произтичащи от добрата медицинска практика, от състоянието на пациента и характера на заболяването. Медикаментозното лечение в пред– и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

В зависимост от обема, протичане на операцията и следоперативното състояние на болния, той се настанява или в КАИЛ/ОАИЛ, или при стабилно състояние се извежда директно в съответната клиника/отделение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се на базата на клинични и параклинични данни или следоперативно на базата на клинични, рентгенографски и резултата от интраоперативната находка.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа; - липса на значими субективни оплаквания.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

- контролни прегледи в лечебното заведение;
- продължаване на лечението;
- рехабилитация;
- амбулаторно наблюдение/диспансеризация.

Насочване към клинична онкологична комисия или клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти "Медицинска онкология" и "Клинична хематология") на лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Коректно попълнен фиш “Клинико-рентгенологичен минимум”.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, бл. МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Ортопедия и травматология”. Документ №2 се прикрепя към лист “История на заболяването”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Ортопедия и травматология”).

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ ,бл. МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГАТ: “Фиш за клинико-рентгенологичен минимум при изписване”

Към ИЗ № ..... от .....

ФИШ ЗА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕН МИНИМУМ

Дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Походка: □ самостоятелна □ с едно помощно средство

□ с две помощни средства □ невъзможна

Имобилизация:

□ не □ с гипс □ с ортеза

Тромбоемболична профилактика:

□ да □ не

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА

Зарастнала:

□ per primam □ вторично

Хематом: □ да □ не

Наличие на оток на крайника:

□ не □ в дисталния край □ в проксималния край

□ на целия крайник

Оперативен шев:

□ свален □ не □ частично

АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

□ да □ не

ДРУГИ ДАННИ

Кръвна картина	Хемостазелогия	Рентгенографии
Хб Хт Ер. Левко	Вр. кървене Вр. съсирване Протромбиново време Фибриноген	Репозиция на счупването Вид остеосинтеза

Лекуващ лекар:

.....

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)
(ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ МНОЖЕСТВЕНИ СЧУПВАНИЯ И/ИЛИ ЛУКСАЦИИ НА ТАЗА, ГОРНИ И ДОЛНИ КРАЙНИЦИ)

Какво представляват оперативни процедури при множествени счупвания и/или луксации на таза, горни и долни крайници ?

При редица счупвания или изкълчвания, в областта на таза, горните и долните крайници, е необходимо да бъдат извършени оперативни процедури, коригиращи настъпилите промени в костно-мускулната система. Някой от тях изискват по-щателна предоперативна подготовка, по-продължително оперативно време, прилагането на различни по вид метални синтезни средства, прилагането на кръв или други кръвозаместващи разтвори и по-продължително следоперативно възстановяване.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво предстои на Вас или Вашето дете в болницата?

Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството, а понякога и продължителността на живота сериозно да се влоши.

В някои случаи травмите, изискващи големи оперативни процедури, са сложни и комплексни и при тях се налагат повторни големи или малки оперативни процедури, включително и за отстраняване на поставените при първите операции остеосинтезни метални средства. Независимо от това, навременно проведените големи оперативни процедури в значителна степен подобряват Вашето състояние и са необходимо условие за по-нататъшно консервативно или оперативно лечение.

В някои случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашето дете решение. Не винаги може да се постигне максимално желания резултат. По време на болничния престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния период, могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани (въведени под обща упойка), след което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. Ще се направи необходимата оперативна процедура. След операцията ще бъдете настанени в интензивно отделение, където ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия персонал.

За постоянно наблюдение на сърдечната дейност ще ви бъдат залепени ЕКГ– електроди. Посредством маншета, поставена на ръката, ще Ви бъде измерено кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферна венозна линия), по която ще текат инфузионни разтвори и ще се правят различни медикаменти.

Понякога за дрениране на стомашният сок по време на операцията се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно.

Най-накрая, за проследяване на бъбречната функция, се поставя един катетър в пикочния мехур. При наличие на уголемена простата, може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – инфекция на пикочния мехур.

Понякога след операцията може да бъдете объркан (дезориентиран), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

При редица големи оперативни интервенции в областта на таза, горните и долните крайници се прилага регионална (епидурална/спинална) упойка. При този вид упойка, след локално обезболяване медикамента се инжектира в областта на гръбначния стълб. По този начин се

получава пълно обезчувствяване на долните крайници и таза, като по време на оперативната процедура Вие ще можете да поддържате контакт с операционния екип. Между 3 и 6 часа след процедурата все още няма добре да усещате и движите долните крайници, но това състояние е преходно и не бива да поражда безпокойство.

Няколко дни след операцията, може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашето дете стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване, предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

КП № 218 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ С АЛОПЛАСТИКА НА ТАЗОБЕДРЕНА И КОЛЯННАСТАВА

1. Минимален болничен престой – 6 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Артропластика на тазобедрена става	
49318-00	Тотална артропластика на тазобедрена става, едностранно Тотална тазобедрена артропластика *Включва*: костен графт доставяне на графт материал през същата инцизия *Кодирай също когато е направена:* • доставяне на графт материал чрез отделна инцизия (47726-00 [1563]) *Не включва*: покритие на тазобедрената става (Birmingham) (90607-00 [1489])
49315-00	Частична артропластика на тазобедрена става *Не включва*: Austin Moore артропластика (47522-00 [1489]) хемиартропластика (47522-00 [1489]) покритие на тазобедрена става (Birmingham) (90607 [1489])
47522-00	Хемиартропластика на бедрена кост Austin Moore артропластика *Не включва*: покритие на тазобедрена става (Birmingham) (90607 [1489])
Артропластика на коляно	
49517-00	Хемиартропластика на коляно, частично протезиране на коляно, еднокомпонентна колянна протеза.
49518-00	Тотална артропластика на коляно, едностранно Тотално протезиране на коляно, едностранно *Включва*: пателарно почистване *Не включва*: ревизия на тотална колянна артропластика (49527-00 [1524])
49519-00	Тотална колянна артропластика, двустранно Тотално протезиране на коляно, двустранно *Включва*: пателарно почистване *Не включва*: ревизия на тотална колянна артропластика (49527-00 [1524])
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура от посочените в таблица **Кодове на основни процедури** и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21, насочени към основното заболяване.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана най- малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“.

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория
5. Рентгенов апарат за скопия и графия

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

НЗОК заплаща напълно или частично протези за тазобедрена и колянна става. Неразделна част към ИЗ на пациента става “ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ”. Клиничната пътека се отчита с Направлението за хоспитализация и надлежно попълнен „ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ”.

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – двама;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – двама;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Изисквания към процеса на осъществяване на дейността в структура по ортопедия и травматология от II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“:

1. При извършване на оперативни процедури с алопластика на тазобедрената и колянната става, се изискват поне двама специалисти по ортопедия и травматология, които притежават документ за придобита квалификация по ендопротезиране на стави и са имплантирали минимум по 20 протези в предходната година (доказано със заверени копия на оперативни протоколи).

Пояснение: имплантиралите протези специалисти по ортопедия и травматология са тези, които са участвали в оперативния процес като първи и втори оператор.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение за пациенти с:

- фрактури в областта на тазовия пръстен и долните крайници;
- остро настъпил костен инфаркт при аваскуларна некроза;
- първични и метастатични злокачествени новообразувания на таза и долните крайници.

Планирана диагностика и лечение на заболявания, изискващи ставно ендопротезиране в областта на тазобедрената или колянна става, независимо от възрастта на пациента и при изчерпване на консервативните възможности.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Необходими предоперативни изследвания - биологичен материал за лабораторни изследвания, се взема до 24 час от постъпването. Образно изследване се извършва до 24 час от постъпването. Контролни изследвания се извършват до края на болничния престой.

След провеждане на изследванията и стабилизиране състоянието на пациента за ендопротезиране, се провеждат клинични обсъждания. На тях се обсъжда и приема както вида на предстоящата оперативна процедура, така и вида на оперативното лечение - спешно или планово. След консилиума пациента влиза в оперативната програма.

Абсолютни контраиндикации за оперативно лечение: нестабилна хемодинамика; морибундни болни.

Относителни контраиндикации за оперативно лечение: декомпенсирани придружаващи заболявания (диабет или други метаболитни заболявания, екстремна хипертония, сърдечна декомпенсация > 2ст, бъбречна инсуфициенция.)

След оперативното лечение при престоя в ОАИЛ/КАИЛ и постоперативните процедури целят стабилизиране хемодинамиката на пациента. Балансират се кръвозагубите, нарушенията на водно-електролитния баланс. Следи се белодробната циркулация и метаболизма на пациента. Извършват се при необходимост превръзки на оперативното поле.

При достатъчна стабилизация на пациента, той се извежда в съответната клиника или отделение, където остава до изпълването на критериите за окончателното изписване. В клиниката/отделението се осъществяват необходимите лечебни дейности, произтичащи от добрата медицинска практика.

Медикаментозното лечение в пред – и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

В зависимост от обема, протичане на операцията и следоперативното състояние на болния, той се настанява или в КАИЛ/ОАИЛ, или при стабилно състояние се извежда директно в съответната клиника/отделение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се следоперативно на базата на клинични, рентгенографски или ехографски данни и резултата от интраоперативната находка.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

Насочване към клинична онкологична комисия или клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти "Медицинска онкология" и "Клинична хематология") на лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Коректно попълнен фиш "Клинико-рентгенологичен минимум".

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл. МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Ортопедия и травматология". Документ №2 се прикрепя към лист "История на заболяването".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Ортопедия и травматология").

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл. МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГАТ *"*Фиш за клинико-рентгенологичен минимум при изписване*"* и *"*Формуляр за вложени медицински изделия /МИ/, стойността на които се заплаща от НЗОК извън цената на клиничната пътека*"*.

Към ИЗ № ..... от .....

ФИШ ЗА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕН МИНИМУМ

Дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Походка: □ самостоятелна □ с едно помощно средство

□ с две помощни средства □ невъзможна

Имобилизация:

□ не □ с гипс □ с ортеза

Тромбоемболична профилактика:

□ да □ не

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА

Зарастнала:

□ per primam □ вторично

Хематом: □ да □ не

Наличие на оток на крайника:

□ не □ в дисталния край □ в проксималния край

□ на целия крайник

Оперативен шев:

□ свален □ не □ частично

АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

□ да □ не

ДРУГИ ДАННИ

Кръвна картина	Хемостазелогия	Рентгенографии
Хб Хт Ер. Левко	Вр. кървене Вр. съсирване Протромбиново време Фибриноген	Репозиция на счупването Вид остеосинтеза

Лекуващ лекар:

.....

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ РОДНИ № ... ЕГН/ЛНЧ/№ на пациента ... Пол: м/ж

Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ ЕЕН ☐ гражданин на ЕС код на държава

(в т.ч. по друг регистриран способ):

име, презиме и фамилия по синя карта

Адрес: гр./с. ... ул. ... №: ...

ж.к. ... бл. ... вх. ... тел. ...

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК РЗОК № здравен район регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на лицензията за търговия с медицински изделия

име на лечебното заведение

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ... №: ☐☐☐

Амбулаторна процедура ... №: ☐☐☐

Клинична процедура ... №: ☐☐☐

Диагноза: ... МКБ10: ☐☐.☐☐.☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ /ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Пациент: ... (подпис)

КОД НЗОК	Код процедура по КСМП	Място за поставяне на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на завереждането в склада на болничната аптека; № и дата на разрешение за отпускане на болничната аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

ден месец година

Изпълнителен директор/Управител на лечебното заведение: ... **Лекар, вложил МИ:** ...

подпис (име, фамилия, подпис)

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) (ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ С АЛОПЛАСТИКА НА ТАЗОБЕДРЕНА И КОЛЯННА СТАВА)

Какво представляват оперативните процедури с алопластика на тазобедрената или колянната стави?

След редица заболявания или травми се създават условия за развитие на дегенеративни ставни промени, или пък загуба на опороспособността на крайника. При тези условия е възможно възстановяване на близка до нормалната функция, чрез заместване на повредената става с изкуствена.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще Ви бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация. След като се запознаете с нея Вие или Вашите близки можете да задавате допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план за лечение, който допълнително ще Ви бъде разяснен.

Какво предстои на Вас или Вашето дете в болницата?

Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството на живота сериозно да се влоши.

В някои случаи тези оперативни вмешателства са сложни или протичат усложнено, което налага повторни оперативни процедури, включително и за отстраняване на поставените при първите операции импланти.

В определени случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното решение. Не винаги може да се постигне максимално желания резултат. По време на болничния престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния период, могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, които да доведат до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Операцията се извършва под обща или спинална упойка. Последната техника се състои в инжектиране на обезболяващия медикамент в областта на кръстния отдел на гръбначния стълб и има предимството да намали кръвозагубата, както и да избегне подтискане на сърдечната дейност и дишането. Тази упойка осигурява пълно обезболяване, но неудобството е, че ще чувате това което става и шума на инструментите. За да го избегнете Ви съветваме да се снабдите с “уокмен” и касетки с музика по Ваш избор. По този начин, когато се налага, могат да бъдат оперирани дори много възрастни болни.

Самата операция се състои в отваряне на ставата, премахване на увредените тъкани и заместването им с най-подходящата по размери изкуствена става. Операцията завършва с поставяне на аспирационен дренаж (малка тръбичка, свързана с вакуумна бутилка, позволяваща изсмукването на отделената в раната кръв), за намаляване риска от следоперативна инфекция).

В следоперативния период до стабилизиране на състоянието Ви ще бъдете настанен в интензивно отделение, под внимателните грижи на лекуващия персонал. Сърдечната Ви дейност ще бъде под постоянно наблюдения чрез залепени за гръдния кош ЕКГ - електроди, а кръвното налягане – контролирано, посредством поставена на мишницата маншета.

В една от вените на предмишницата или на ръката ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферна венозна линия), по която ще текат инфузионни разтвори и ще се въвеждат различни медикаменти.

Понякога за дрениране на стомашният сок по време на операцията се поставя тънка сонда през носа. Като усложнение може да се появи кръвотечение от носа, което е преходно.

Най-накрая, за проследяване на бъбречната функция, се поставя катетър в пикочния мехур. При наличие на уголемена простата, може да се появи кръвотечение от пикочния канал, а при по-дълъг престой на катетъра – инфекция на пикочния мехур.

Понякога след операцията пациентът е объркан (дезориентиран), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

След окончателното Ви стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

КП № 219 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ТАЗА И ДОЛНИЯ КРАЙНИК СЪС СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1485	**Други ексцизионни процедури на таз или тазобедрена става**
90603-15	Секвестректомия на бедрена кост *Включва*: антибиотична тампонада отваряне на кост *Кодирай също когато е направена:* • костен графт (48200-00, 48203-00 [1488]) • вътрешна фиксация (47921-00 [1554])
90603-14	Секвестректомия на тазови кости *Включва*: антибиотична тампонада отваряне на кост *Кодирай също когато е направена:* • костен графт (50393-00 [1488], 48242-00 [1569]) • вътрешна фиксация (47921-00 [1554])
46406-01	Синовектомия на тазобедрена става и тазови кости
1485	**Други ексцизионни процедури на таз или тазобедрена става**
90601-00	Локална ексцизия на лезия или тъкан на кост бедро
90580-01	Дебридмен на мястото на открита фрактура на фемур
1504	**Ексцизия кост на коляно или крак**
49503-06	Частична остектомия на патела
49503-04	Пателектомия *Не включва*: такава с повторно прикрепяне на сухожилие (47582-00 [1520])
90603-16	Секвестректомия на тибия *Включва*: антибиотична тампонада пробиване на кост *Кодирай също когато е направена:* • костен графт (виж блок [1513]) • вътрешна фиксация (47921-00 [1554])
48418-01	Остектомия на тибия
48406-01	Остектомия на фибула
1505	**Други ексцизионни процедури на коляно или крак**
46401-14	Секвестректомия на патела
90580-02	Дебридмен на мястото на открита фрактура на тибия, фибула и патела
46401-01	Локална ексцизия на лезията или тъкан на патела
46401-02	Локална ексцизия на лезията или тъкан на тибия и фибула
30114-00	Ексцизия киста на Бейкър
49509-00	Синовектомия на коляно
49503-00	Менисцектомия на коляно
44367-02	Ампутация под коляното
1534	**Други ексцизионни процедури на глезен или стъпало**
46401-03	Локална ексцизия на лезия или тъкан на тарзални и метатарзални кости

90603-18	Секвестректомия на тарзус *Включва*: антибиотична тампонада пробиване на кост *Кодирай също когато е направена:* костен графт (48239-00, 48242-00 [1569]) вътрешна фиксация (47921-00 [1554])
50312-00	Синовектомия на глезен *Не включва*: такава чрез артроскопия (49703-04 [1531])
49860-00	Синовектомия на метатарзофалангеална става
1478	**Остеотомия на таза, тазобедрена става или бедрена кост**
46401-04	Инцизия на фемур без разделяне
1501	**Други инцизионни процедури на коляно**
46401-05	Инцизия на патела без разделяне
46401-06	Инцизия на тибия и фибула без разделяне
49500-01	Артротомия на коляно
49500-02	Отстраняване на свободно тяло от коляно Изваждане на чуждо тяло от коляно
49500-04	Освобождаване капсула на коляно Освобождаване сраствания на коляно
1481	**Други инцизии на тазобедрена става**
46401-07	Инцизия на тазова кост без разделяне
49303-00	Артротомия на тазобедрена става *Включва*: биопсия изваждане на свободно тяло *Не включва*: артроскопска биопсия (49363-00 [1482])
1548	**Процедури при други деформации на пръст**
46401-08	Ексцизия или корекция на бунионет *Включва:* такава, с остеотомия
46401-09	Ексцизия, остеосинтеза или възстановяване на пръст на крак Възстановяване на пръст с вгъване Възстановяване на пръст с препокриване Възстановяване на пръст с използване на протеза
49848-00	Корекция на пръст чукче
49848-01	Корекция на пръст нокът
1547	**Процедури при халукс валгус или халукс ригидус**
	Включва: бунионектомия
46475-00	Бунионектомия на халукс валгус с поставяне на протеза
49833-00	Корекция на халукс валгус чрез остеотомия на първа метатарзална кост, едностранно Бунионектомия, едностранна БДУ *Включва*: вътрешна фиксация Протеза
49827-00	Корекция на халукс валгус чрез трансфер на сухожилие адуктор халуцис, едностранно

1545	**Реконструктивни процедури на глезен или стъпало**
46924-00	Скъсяваща крайника операция на тарзални и метатарзални кости
46406-02	Среднотарзална остеосинтеза
46406-03	Тарзометатарзална остеосинтеза
1520	**Други възстановителни процедури на коляно или крак**
46401-11	Друга възстановяваща или пластична операция на патела
46404-05	Открито наместване на отделена епифиза на тибия и фибула
46403-06	Остеоклазия на патела
46403-07	Остеоклазия на тибия и фибула
90598-00	Друго възстановяване на коляно
46477-00	Костна пластика на патела
46474-02	Външна фиксация на тибия и фибула
49503-01	Пателофеморално стабилизиране Elmslie-Trillat процедура Fulkerson остеотомия Maquet процедура Пателарна стабилизация Тибиални: туберкулни: изместване напред остеотомия трансфер туберкулопластика
49569-00	*Кодирай също когато е направена:* артроскопия на коляно (49557-00 [1501]) *Не включва*: ревизия на пателофеморална стабилизация (49548-00 [1524])
1544	**Други възстановителни процедури на глезен или стъпало**
46401-12	Възстановяваща или пластична операция на тарзални и метатарзални кости
46477-01	Костна пластика на тарзални и метатарзални кости
46474-03	Външна фиксация на тарзални и метатарзални кости
46401-13	Отстраняване от тарзални и метатарзални кости на имплантиран уред
46403-08	Остеоклазия на тарзални и метатарзални кости
90599-00	Друго възстановяване на глезен
1500	**Вътрешна фиксация на фрактура на феморален кондил**
46403-00	Вътрешна фиксация на фемур без наместване на фрактура
46403-01	Вътрешна фиксация на патела без наместване на фрактура
46403-02	Вътрешна фиксация на тибия и фибула без наместване на фрактура
47585-00	Вътрешна фиксация на фрактура на патела
1528	**Остеотомия на глезен или стъпало**
	Включва: клиновидна остеотомия
46403-04	Вътрешна фиксация на тарзална и метатарзална кост без наместване на фрактура

48406-15	Остеотомия на тарзална кост
1499	**Остеотомия на дистален фемур, патела, тибия или фибула**
	Включва: клиновидна остеотомия
90555-00	Остеотомия на патела
48418-00	Остеотомия на тибия
1482	**Биопсия на тазобедрена става**
46476-01	Биопсия на бедрена кост
1502	**Биопсия на коляно**
46476-00	Биопсия на тибия и фибула
1530	**Други инцизионни процедури на стъпало**
46473-04	Биопсия на тарзални и метатарзални кости
46406-00	Артротомия за отстраняване на протеза на стъпало и/или пръст
90570-01	Освобождаване на ставна капсула, лигамент или хрущял на стъпало и/или пръст
1532	**Ексцизия на кост на стъпало**
48406-16	Остектомия на тарзална кост
48400-04	Остектомия на метатарзална кост
1569	**Графт на други мускулно-скелетни точки**
90583-00	Сухожилен графт, некласифициран другаде
90583-01	Мускулен графт, некласифициран другаде
1479	**Фиксация фрактура на таз или бедрена кост**
46474-01	Външна фиксация на бедрена кост
1578	**Реконструкция на крайник**
50303-00	Удължаване на крайник *Включва*: поставяне на кръгъл фиксатор (например Ilizarov, Orthofix) или подобно устройство монофокална остеотомия/кортикотомия *Забележка*: Изпълнена за удължаване на скъсен крайник по различни причини. Костта се срязва и фик-сатора се поставя по време на операцията. След операцията, фиксационните удъл-жители се въртят регулярно, причинявайки постепенно отдалечаване (удължаване) на костта. *Кодирай също когато е направена:* • корекция на костна деформация (90604-00 [1578]) • транспозиция на нерв (39321-00 [83]) • невролиза (39330-00 [77], 39321-00 [83]) • трансартикуларна фиксация (50300-00 [1578]) *Не включва*: биполярно удължаване на крайник (50306-00 [1578])
1554	**Други процедури за прилагане, поставяне или премахване върху други мускулно-скелетни точки**
47927-01	Премахване на игла, винт или тел от бедрена кост *Не включва*: такава при изваждане на плака, пръчка или пирон (47930-01 [1554])
47930-01	Премахване на пластина, пръчка или пирон от бедрена кост
1524	**Други ревизионни процедури на коляно**
90562-01	Отстраняване от патела на имплантиран уред
90562-02	Отстраняване от тибия и фибула на имплантиран уред

1492	**Ревизионна артропластика на тазобедрена става**
49324-01	Отстраняване от тазова кост на имплантиран уред
1477	**Други процедури за прилагане, поставяне или премахване върху таз или тазобедрена става**
46404-00	Поставяне на костен растежен стимулатор на фемур
1496	**Други процедури за прилагане, поставяне или премахване върху коляно или крак**
46404-01	Поставяне на костен растежен стимулатор на патела
46404-02	Поставяне на костен растежен стимулатор на тибия и фибула
1527	**Имобилизационни процедури на глезен или стъпало**
46404-03	Поставяне на костен растежен стимулатор на тарзални и метатарзални кости
1491	**Други възстановителни процедури на таз или тазобедрена става**
46403-05	Остеоклазия на фемур
1486	**Наместване на фрактура на таз или бедрена кост**
47516-01	Затворено наместване на фрактура на бедрена кост
47531-00	Затворено наместване фрактура на бедрена кост с вътрешна фиксация *Включва*: кръстосана фиксация интрамедуларна фиксация *Не включва*: такава на: • шийка (на) } • проксимален } • субкапитален } фемур (47519-00 [1479]) • трохантерна (пертрохантерна) (субтрохантерна) }
47528-00	Отворено наместване фрактура на бедрена кост
1507	**Затворено наместване фрактура на тибиално плато**
47546-00	Затворено наместване фрактура на медиално или латерално тибиално плато
47555-00	Затворено наместване фрактура на медиално и латерално тибиално плато
1509	**Затворено наместване фрактура на шафта на тибия или фибула**
47564-00	Затворено наместване фрактура на шафта на тибия
47567-00	Затворено наместване на интра-артикуларна фрактура на шафта на тибия
47564-01	Затворено наместване на фибуларна фрактура Затворено наместване на фибуларна фрактура: • глава • БДУ • проксимална • шафт *Не включва*: дистална фибула (47597-00 [1537])
1507	**Затворено наместване фрактура на тибиално плато**
47546-01	Затворено наместване фрактура на медиално или латерално тибиално плато с вътрешна фиксация
1509	**Затворено наместване фрактура на шафта на тибия или фибула**
47566-00	Затворено наместване фрактура на шафта на тибия с вътрешна фиксация *Включва*: кръстосана фиксация интрамедуларна фиксация
47566-04	Затворено наместване фрактура на шафта на тибия с вътрешна фиксация Затворено наместване на фибуларна фрактура: • глава } • БДУ } • проксимална } с вътрешна фиксация • шафт }

Не включва: дистална фибула (47600-00, 47603-00 [1537])

1493 Процедури при отделена епифиза на таз

Включва: вътрешна фиксация

47525-00 Затворено наместване на отделена епифиза на главата на фемура

47525-02 Отворено наместване на отделена епифиза на тазова кост

1567 Наместващи процедури на други мускулно-скелетни точки

90581-00 Наместване на разделена епифиза, некласифицирано другаде

Не включва: такава на:

- фемур (47525 [1493])
- радиус (90541 [1434])
- улна (90541 [1434])

Имобилизация или тракция на фрактура или луксация на таз или тазобедрена става

Нехирургично лечение на фрактура или луксация на таз и тазобедрена става

47480-00 Тракция на тазова фрактура

47492-00 Имобилизация на ацетабулна фрактура

47495-00 Тракция на ацетабулна фрактура

50352-00 Имобилизация на тазобедрена луксация

47516-00 Тракция на фрактура на бедрена кост

1508 Отворено наместване фрактура на тибиално плато

47549-00 Отворено наместване фрактура на медиално или латерално тибиално плато

1510 Отворено наместване фрактура на шафта на тибия или фибула

47570-00 Отворено наместване фрактура на шафта на тибия

47570-01 Отворено наместване фрактура на фибула

Отворено наместване на фибуларна фрактура:

- глава
- БДУ
- проксимална
- шафт

Не включва: дистална фибула (90558-00 [1539])

1538 Отворено наместване фрактура на калканеум, талус или метатарзус

47639-00 Отворено наместване фрактура на метатарзус

47639-01 Отворено наместване фрактура на метатарзус с вътрешна фиксация

1566 Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

90575-00 Ексцизия на мека тъкан, некласифицирана другаде

44376-00 Реампутация на ампутиран чукан

Ревизия на ампутационен чукан

Не включва: дебридман на ампутационен чукан (30023 [1566])
ревизия на ампутиран чукан на ръка (46483-00 [1471])

1559 Инцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

90568-00 Инцизия на мускул, некласифицирана другаде

Миотомия БДУ

90568-01 Инцизия на бурса, некласифицирана другаде

Бурсотомия БДУ

90568-02 Инцизия на мека тъкан, некласифицирана другаде

Отделяне на меки тъкани БДУ

Не включва: възстановяване на:

- Ахилесово сухожилие (най-голямото сухожилие на глезена) (49718-01 [1542])

	• сухожилие на стъпало (49809-01 [1544])
1572	**Други възстановителни процедури върху сухожилие на други мускулноскелетни точки**
47972-00	Отворена процедура върху сухожилна обвивка, некласифицирана другаде Изследване } Инцизия } Освобождаване } на сухожилна обвивка БДУ Шев } *Не включва*: инцизия или освобождаване на сухожилна обвивка на ръка (46363-00 [1440])
47954-00	Възстановяване на лигамент, некласифицирано другаде Изтегляне на сухожилие БДУ Скъсяване на сухожилие БДУ *Не включва*: това на ръка (47963-02 [1467])
90584-01	Повторно прикрепване на сухожилие, некласифицирано другаде
	Трансфер на сухожилие или лигамент, некласифициран другаде
47966-00	Трансплантация на сухожилие или лигамент БДУ
90584-00	Транспозиция на сухожилие, некласифицирано другаде
47957-00	Удължаване на сухожилие, некласифицирано другаде Удължаване на мускул БДУ *Не включва*: удължаване на Ахилесово сухожилие (49727-00 [1542]) тези с освобождаване на: • тазобедрена контрактура (виж блок [1480]) • хиперекстензионна деформация на пръст на крак (50345-00 [1548]) • колянна контрактура (виж блок [1498])
46406-04	Скъсяване на сухожилие, некласифицирано другаде Скъсяване на сухожилие БДУ
1565	**Ексцизионни процедури върху мускул на други мускулно-скелетни точки**
30229-00	Ексцизия на мускул, некласифицирана другаде *Не включва*: ексцизия на мускулна лезия НКД (31350-00 [1566]) такава на мускул, ангажиран в кожна лезия (31340-00 [1566])
1487	**Наместване луксация на тазобедрена става**
47048-00	Затворено наместване луксация на тазобедрена става Затворено наместване луксация на тазобедрена протеза
1506	**Наместване или луксация на коляно или патела**
47054-00	Затворено наместване луксация на коляно
47057-00	Затворено наместване луксация на патела
1529	**Други инцизионни процедури на глезен**
49706-00	Артротомия на глезен
49706-03	Освобождаване на глезенна контрактура
1539	**Отворено наместване фрактура на глезен или пръст**
47600-01	Отворено наместване фрактура на глезен с вътрешна фиксация на диастаза, фибула или малеол
1543	**Артродеза на глезен, стъпало или пръст**
50118-00	Артродеза на субталарна става
49845-00	Артродеза на първа метатарзофалангеална става
1522	**Реконструктивни процедури на коляно**

	Включва: почистване на остеофити (нотчпластика) *Не включва*: ревизия на реконструкция (49551-00 [1524])
49539-01	Реконструкция на коляно *Включва*: възстановяване или реконструкция на лигаменти: • колатерални • кръстовидни
1542	**Възстановяване на сухожилие или лигамент на глезен или стъпало**
49718-01	Възстановяване на ахилесово сухожилие Ахилотенотомия Разделяне } Инцизия } на Ахилесово сухожилие
49727-00	Удължаване на ахилесово сухожилие
1480	**Освобождаване контрактура на тазобедрена става**
	Включва: разделяне на обтураторен нерв удължаване или разделяне сухожилия на аддуктори и псоас мускул
50381-00	Предно освобождаване на бедрена контрактура, едностранно
1568	**Шев на други мускулно-скелетни точки**
90582-01	Шев на сухожилие, некласифициран другаде Отложен шев на сухожилие
1573	**Други възстановителни процедури върху мускул на други мускулно-скелетни точки**
90585-00	Повторно прикрепване на мускул, некласифицирано другаде
90941-00	Преместване или трансплантация на мускул Освобождаване на контрактура на Volkmann чрез мускулна трансплантация
47966-01	Трансфер на мускул, некласифициран другаде Транспозиция на мускул БДУ
90586-00	Други пластични процедури на мускул, некласифицирани другаде
1576	**Други реконструктивни процедури на други мускулно-скелетни точки**
46406-05	Възстановяване на сухожилен скрипец
1546	**Процедури при деформация на стъпало-еквиноварус**
	Процедури за клуб стъпало
50321-00	Освобождаване деформация на стъпало еквиноварус, едностранно
1533	**Ампутация на глезен или стъпало**
44364-00	Метатарзална ампутация
44361-00	Дезартикулация през глезен
44361-01	Ампутация на глезен през малеоли на тибия и фибула
44338-00	Ампутация на пръст на крак
1649	**Друг пълнослоен кожен графт**
	Пълнослоен инлей графт Wolfe графт *Включва*: ексцизия на кожа за графт възстановяване на вторичен дефект чрез шев *Кодирай също когато е направена:* • възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646]) *Не включва*: такава при изгаряне (виж блокове [1648])
45451-09	Пълнослоен кожен графт на друго място Пълнослоен кожен графт на множество места, некласифицирани в този блок

1655	Други възстановителни процедури на кожа и подкожна тъкан
90673-00	Корекция на синдактилия *Кодирай също когато е изпълнено:* • ламбо (45206-06, 45206-07, 42506-11 [1651]) • графт (45451-06, 45451-07, 45451-09 [1649], 45439-00, 45448-06, 45448-07 [1645])
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура от посочените в таблица **Кодове на основни процедури** и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21, насочени към основното заболяване.**

Процедури: 47927-01/47930-01; 90562-01; 90562-02; 46401-13; 49324-01 за отстраняване на имплантирани уреди от костите се отчитат не повече от един път годишно за една анатомична област на пациент.

Стикер за вложените импланти само при алогенна трансплантация (алографт при отчитане на кодове **46477-00, 46477-01, 46401-12, 47966-00, 90583-00, 47954-00, 4545109**), задължително се залепва в ИЗ.

При липса на залепен в ИЗ стикер за вложен алографт, пътеката не се счита за завършена.

Основна процедура с код 46477-00, 46477-01, 46401-12 може да се отчита само при диагноза по МКБ-10 М84.0-, М84.1-, М84.2-, Т93.2 или при неопластични процеси засягащи съответната кост (диагноза по МКБ-10 С79.5).

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

В обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“ в условия на спешност попада извършването само на процедури с кодове: 46474-01, 46474-02, 46474-03; 46403-00, 46403-01, 46403-02, 46403-04, 47927-01, 47930-01, 90562-01, 90562-02,

46401-13; 47480-00, 47492-00, 4749500, 50352-00, 47516-00, 47531-00, 47546-01, 4756600, 47566-04; 47549-00, 47570-00, 47570-01, 47639 00, 47639 01, 47585 00; 46404 05; 90580 01, 90580 02, 47048-00, 47054 00, 47057-00; 90582-01; 44338-00, 44364-00. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

Дейности по тази клинична пътека могат да се осъществяват и в **структура по хирургия** при спазване на изискванията на медицински стандарт „Ортопедия и травматология” за структура по ортопедия и травматология I ниво на компетентност.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ортопедия и травматология или Хирургична структура

2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ/интензивни легла
4. Клинична лаборатория
5. Рентгенов апарат за скопия и графия

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1 КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия и инструменти за фиксиращите процедури	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години: - лекари със специалност по ортопедия и травматология – двама или

- лекар със специалност по ортопедия и травматология - един (за структура по хирургия)
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – двама; или
- лекар със специалност по ортопедия и травматология - един (за структура по хирургия)
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се консултира от Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт „Медицинска онкология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение за пациенти с:

- фрактури в областта на тазовия пръстен и долните крайници;
- хемартроза;
- хронично настъпили артериални оклузии, неподлежащи на артериална реконструкция, с напреднали тъканни промени, нуждаещи се от първична ампутация.

Планирана диагностика и лечение при:

- заболявания, изискващи средни оперативни процедури в областта на тазовия пръстен и долните крайници, без спешни индикации;
- изчерпване на консервативните възможности при заболявания в областта на тазовия пръстен и долните крайници, доказано с медицинска документация;
- реконструктивни операции;
- отстраняване от костите на имплантирани уреди (на фемур, тибия, фибула, тарзални и метатарзални кости и фаланги на крак).

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Необходими предоперативни изследвания - биологичен материал за лабораторни изследвания, се взема до 24 час от постъпването. Образно изследване се извършва до 24 час от постъпването. Контролни изследвания се извършват до края на болничния престой. Рентгенологичното изследване не е задължително при лезии на меки тъкани и други състояния, които не се визуализират с такова изследване, но е **задължително след извършване на отстраняване на имплантирани уреди (средства) от костта.**

След провеждане на изследванията и стабилизиране състоянието на пациента с фрактура в областта на таза или долните крайници за средна оперативна процедура, както и при приемане на пациент за неголяма оперативна процедура поради заболявания в областта на таза и долните крайници, се провеждат клинични обсъждания. На тях се обсъжда и приема както вида на предстоящата оперативна процедура, така и вида на оперативното лечение - спешно или планово. След консилиума, пациента влиза в оперативната програма.

Абсолютни контраиндикации за оперативно лечение: нестабилна хемодинамика; морибундни болни.

Относителни контраиндикации за оперативно лечение: декомпенсирани придружаващи заболявания (диабет или други метаболитни заболявания, екстремна хипертония, сърдечна декомпенсация > 2ст, бъбречна инсуфициенция и др.)

Следоперативното лечение при престоя в ОАИЛ/КАИЛ и постоперативните процедури целят стабилизиране хемодинамиката на пациента. Балансират се кръвозагубите, нарушенията на водно-електролитния баланс. Следи се белодробната циркулация и метаболизма на пациента. Извършват се при необходимост превръзки на оперативното поле.

При достатъчна стабилизация на пациента той се извежда в съответната клиника/отделение, където остава до изпълняването на критериите за окончателното изписване. В клиниката/отделението се осъществяват дейности, произтичащи от добрата медицинска практика.

Медикаментозното лечение в пред– и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

В зависимост от обема, протичане на операцията и следоперативното състояние на болния, той се настанява или в КАИЛ/ОАИЛ, или при стабилно състояние се извежда директно в съответната клиника/отделение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се следоперативно на базата на клинични, рентгенографски или ехографски данни и резултата от интраоперативната находка.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания;
- в случаите на хоспитализация за отстраняване от костите на имплантирани уреди (на фемур, тибия, фибула, тарзални и метатарзални кости и фаланги на крак) и отстранени имплантирани в костите уреди.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

- контролни прегледи в лечебното заведение;
- продължаване на лечението, в това число планиране на дейностите по отстраняване на имплантираните в костите уреди;
- рехабилитация;
- амбулаторно наблюдение/диспансеризация.

Коректно попълнен фиш “Клинико-рентгенологичен минимум”.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, бл. МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Ортопедия и травматология". Документ №2 се прикрепя към лист "История на заболяването".

При процедури с кодове:

47480-00 Тракция на тазова фрактура
47492-00 Имобилизация на ацетабулна фрактура
47495-00 Тракция на ацетабулна фрактура
50352-00 Имобилизация на тазобедрена луксация
47516-00 Тракция на фрактура на бедрена кост

Не се изисква: лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2), задължителна предоперативна епикриза и Оперативен протокол.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Ортопедия и травматология").

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл. МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГА "Фиш за клинико-рентгенологичен минимум при изписване" .

Към ИЗ № ..... от .....

ФИШ ЗА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕН МИНИМУМ

Дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Походка: □ самостоятелна □ с едно помощно средство

□ с две помощни средства □ невъзможна

Имобилизация:

□ не □ с гипс □ с ортеза

Тромбоемболична профилактика:

□ да □ не

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА

Зарастнала:

□ per primam □ вторично

Хематом: □ да □ не

Наличие на оток на крайника:

□ не □ в дисталния край □ в проксималния край

□ на целия крайник

Оперативен шев:

□ свален □ не □ частично

АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

□ да □ не

ДРУГИ ДАННИ

Кръвна картина	Хемостазелогия	Рентгенографии
Хб Хт	Вр. Кървене Вр. Съсирване	Репозиция на счупването
Ер. Левко	Протромбиново време Фибриноген	Вид остеосинтеза

Лекуващ лекар:

.....

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) (ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ НА ТАЗА И ДОЛНИЯ КРАЙНИК СЪС СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ)

Какво представляват средните оперативни процедури в областта на таза и долните крайници?

При определени счупвания, изкълчвания или заболявания в областта на таза и долните крайници, необходимото лечение се свежда до извършването на средни по обем оперативни процедури. Тежестта на процедурата се определя както от сложността на увредата, така също от вида на оперативната интервенция и от срока на престоя в лечебното заведение. При такива състояния, долните крайници не могат или много трудно (изразена болка, ползване на помощни средства) могат да осъществяват основната си функция.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която можете да задавате допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво предстои на Вас или Вашето дете в болницата?

След направените изследвания, ще предложим операция, естеството на която ще Ви обясним. Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството на живота сериозно да се влоши.

В някои случаи, заболяванията и травмите, налагащи средни по обем оперативни процедури са сложни и комплексни. При тях се налагат повторни процедури, включително и за отстраняване на поставените метални остеосинтезни средства при предходните оперативни процедури. Независимо от това, навременно проведените средни оперативни процедури в значителна степен подобряват състоянието и са необходимо условие за по-нататъшно консервативно или оперативно лечение.

В редки случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашето дете решение. По време на болничния престой, на диагностичните или на оперативни процедури, както и в следоперативния период, могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на желания краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете въведени в обща упойка, в резултат на което ще заспите и за Вашия живот ще се грижи оперативният екип. Ще се направи необходимата оперативна процедура. След операцията ще бъдете настанен в интензивно отделение, където ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия персонал.

Посредством маншета, поставена на ръката, ще Ви бъде измервано кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферна венозна линия), по която ще текат инфузионни разтвори и ще се правят различни медикаменти.

Редица от неголемите оперативни процедури могат да бъдат осъществени и с прилагането на регионална (спинална, епидурална анестезия). При този вид упойка медикаментът за обезболяване се поставя с тънка игла, след направена локална анестезия в областта на гръбначния стълб. При този метод се постига пълно обезболяване на долните крайници, при запазване на ясно съзнание и възможен контакт с оперативния екип. В следоперативния период, в продължение на 6-10 часа е възможно да не сте в състояние да движите долните крайници. Това състояние е преходно и не трябва да Ви безпокои.

Понякога след операцията може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

До няколко дни след операцията, може да бъдете върнати обратно в предоперативното отделение.

След окончателното Ви или на Вашето дете стабилизиране, зарастване на раните и раздвижване, предстои изписване и рехабилитация.

КП № 220.1 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ В ОБЛАСТТА НА РАМЕННИЯ ПОЯС И ГОРНИЯ КРАЙНИК С ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1395	**Инцизионни процедури на рамо**
46407-00	Други инцизии на кости без разделяне на скапула, клавикула и гръден кош (ребра и стернум)
48406-06	Остеотомия на клавикула Клавикулотомия
48406-07	Остеотомия на скапула
1410	**Инцизионни процедури на хумерус или лакът**
48412-00	Остеотомия на хумерус
49100-00	Артротомия на лакът
1424	**Инцизия на радиус или улна**
	Включва: клиновидна остеотомия
46407-01	Други инцизии на кости без разделяне на радиус и/или улна
48406-02	Остеотомия на радиус
48406-04	Остеотомия на улна
1578	**Реконструкция на крайник**
50303-00	Удължаване на крайник *Включва*: поставяне на кръгъл фиксатор (например Ilizarov, Orthofix) или подобно устройство монофокална остеотомия/кортикотомия *Забележка*: Изпълнена за удължаване на скъсен крайник по различни причини. Костта се срязва и фик-сатора се поставя по време на операцията. След операцията, фиксационните удъл-жители се въртят регулярно, причинявайки постепенно отдалечаване (удължаване) на костта. *Кодирай също когато е направена:* • корекция на костна деформация (90604-00 [1578]) • транспозиция на нерв (39321-00 [83]) • невролиза (39330-00 [77], 39321-00 [83]) • трансартикуларна фиксация (50300-00 [1578]) *Не включва*: биполярно удължаване на крайник (50306-00 [1578])
1404	**Други възстановителни процедури на рамо**
46922-01	Друга възстановяваща или пластична операция на скапула и клавикула
48930-00	Стабилизиране на рамо *Включва*: възстановяване или прикрепяне на лабрум *Забележка*: Изпълнено при хабитуална луксация или многопосочна нестабилност
48906-00	Възстановяване на ротаторен маншон *Включва*: ексцизия на: • калцификати от маншона

	• корако-акромиален лигамент *Не включва*: такава чрез артроскопски или миниинвазивен достъп (48960-00 [1405]) такава с артропластика на рамо (48918-00 [1404])
1417	**Костен графт към раменна кост**
	Кодирай също когато е направена: • доставяне на графт материал чрез отделен разрез (47726-00 [1563])
48212-00	Костен графт към хумерус
1401	**Наместване фрактура на ключица или рамо**
47462-01	Затворено наместване фрактура на ключица с вътрешна фиксация
1413	**Затворено наместване фрактура на хумерус или лакът**
47426-01	Затворено наместване фрактура на проксимален хумерус с вътрешна фиксация
47451-00	Затворено наместване фрактура на шафта на хумерус с вътрешна фиксация *Включва*: интрамедуларна фиксация
1401	**Наместване фрактура на ключица или рамо**
47465-01	Отворено наместване фрактура на ключица с вътрешна фиксация
47468-01	Отворено наместване фрактура на скапула вътрешна фиксация
1414	**Отворено наместване на фрактура на хумерус или лакът**
47429-01	Отворено наместване фрактура на проксимален хумерус с вътрешна фиксация
47450-01	Отворено наместване фрактура на шафта на хумерус с вътрешна фиксация *Включва*: интрамедуларна фиксация
47459-01	Отворено наместване фрактура на дистален хумерус с вътрешна фиксация
47429-00	Отворено наместване фрактура на проксимален хумерус
47450-00	Отворено наместване фрактура на шафта на хумерус
47459-00	Отворено наместване фрактура на дистален хумерус
1427	**Затворено наместване фрактура на радиус**
47405-01	Затворено наместване фрактура на радиална глава или шийка с вътрешна фиксация
47381-00	Затворено наместване фрактура на шафт на радиус *Не* *Включва*: такава с: • луксация (47385-00, 47385-02 [1427]) • улна (47390-00, 47390-01 [1431])
47381-02	Затворено наместване фрактура на шафта на радиус с вътрешна фиксация *Не* *Включва*: такава с: • луксация (47385-00, 47385-02 [1427]) • улна (47390-00, 47390-01 [1431])
47385-02	Затворено наместване фрактура на шафта на радиус с луксация и вътрешна фиксация *Включва*: луксация на: дистална радио-улнарна } проксимална радиохумерална } става
47363-02	Затворено наместване на фрактура на дистален радиус с вътрешна фиксация *Включва*: фрактури на { Barton { Colles { Smith
1428	**Затворено наместване фрактура на улна или олекранон**
47396-01	Затворено наместване фрактура на олекранон с вътрешна фиксация
47381-03	Затворено наместване фрактура на шафт на улна с вътрешна фиксация *Не включва*: такава с: • луксация (47385 [1428]) • радиус (47390 [1431])
47385-03	Затворено наместване фрактура на шафт на улна с луксация и вътрешна фиксация *Включва*: луксация на:

	• дистална радио-улнарна } • проксимална радиохумерална } става
47363-03	Затворено наместване фрактура на дистална улна с вътрешна фиксация
1429	**Отворено наместване фрактура на радиус**
47408-01	Отворено наместване фрактура на радиална глава или шийка с вътрешна фиксация
47384-02	Отворено наместване фрактура на шафт на радиус с вътрешна фиксация *Не включва*: такава с: • луксация (47386-00, 47386-01 [1432]) • улна (47393-00, 47393-01 [1431])
47366-02	Отворено наместване фрактура на дистален радиус с вътрешна фиксация
1430	**Отворено наместване фрактура на улна или олекранон**
47399-01	Отворено наместване фрактура на олекранон с вътрешна фиксация
47402-01	Отворено наместване фрактура на олекранон с частична остектомия на фрагмент от олекранон и вътрешна фиксация *Включва*: реимплантация на сухожилие
47384-03	Отворено наместване фрактура на шафт на улна с вътрешна фиксация
47366-03	Отворено наместване фрактура на дистална улна с вътрешна фиксация
1431	**Наместване фрактура на шафт на радиус и улна**
47393-01	Отворено наместване фрактура на шафт на радиус и улна с вътрешна фиксация
1418	**Други възстановителни процедури на раменна кост или лакът**
46407-03	Отворено наместване на отделена епифиза на хумерус
49106-00	Артродеза на лакът
1402	**Наместване на луксация на ключица, скапула или рамо**
47012-00	Отворено наместване луксация на рамо Отворено наместване луксация на гленохумерална става
1416	**Отворено наместване луксация на хумерус или лакът**
47021-00	Отворено наместване луксация на лакът
1459	**Отворено наместване луксация на става на ръка**
47033-00	Отворено наместване луксация на кости на китка
1394	**Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху рамо**
48927-00	Премахване на раменна протеза
1400	**Друга ексцизия на рамо**
46407-04	Друга локална ексцизия или деструкция на ставни лезии на рамо
1412	**Други ексцизионни процедури на лакът и хумерус**
46407-05	Друга локална ексцизия или деструкция на ставни лезии на лакът
90535-00	Дезартикулация на лакът
44328-01	Ампутация през мишницата
1451	**Други ексцизионни процедури на китка**
46407-06	Друга локална ексцизия или деструкция на ставни лезии на китка
1403	**Артродеза на рамо**
48939-00	Артродеза на рамо
1468	**Други възстановителни процедури на китка**
49200-00	Артродеза на радиокарпална става Артродеза на китка *Включва*: костен графт

	вътрешна фиксация доставка на графт материал през същата инцизия *Кодирай също когато е направена:* • доставяне на графт материал през отделна инцизия (47726-00 [1563])
49209-00	Тотална артропластика на китка Тотална ставна подмяна на китка
46324-00	Артропластика на карпална кост Подмяна на карпална кост с използване на съседно сухожилие или други меки тъкани Резекционна артропластика на карпална кост *Включва*: синовиектомия трансфер или преустройство на сухожилие
46478-00	Пластична операция на длан с трансплантат на мускул или фасция
46478-01	Пластична операция на длан с друг трансплантат или имплантант
1467	**Други възстановителни процедури на ръка**
90548-00	Други пластични процедури на ръка
46507-00	Транспониране на пръст (лъч) на ръка върху съдово краче Трансфер на пръст (лъч) на ръка на съдово краче
1462	**Артропластика на интерфалангеална става на ръка**
	Хемиартропластика } Тотална артропластика } на фалангеална става на ръка Тотална подмяна на става } *Включва*: синовектомия трансфер или преустройство на сухожилие
46309-00	Артропластика на интерфалангеална става на ръка, 1 става
46312-00	Артропластика на интерфалангеална става на ръка, 2 стави
46315-00	Артропластика на интерфалангеална става на ръка, 3 стави
46318-00	Артропластика на интерфалангеална става на ръка, 4 стави
46321-00	Артропластика на интерфалангеална става на ръка, ≥ 5 стави
1463	**Артропластика на метакарпофалангеална става**
46309-01	Артропластика на метакарпофалангеална става, 1 става
46312-01	Артропластика на метакарпофалангеална става, 2 стави
46315-01	Артропластика на метакарпофалангеална става, 3 стави
46318-01	Артропластика на метакарпофалангеална става, 4 стави
46321-01	Артропластика на метакарпофалангеална става, ≥ 5 стави
1440	**Инцизионни процедури на мускул, сухожилие или фасция на ръка**
47981-02	Декомпресивна фасциотомия на ръка Декомпресивна фасциотомия на интеросално мускулно пространство на ръка
1469	**Реконструктивни процедури на ръка**
46411-00	Реконструкция на флексорно сухожилие пулей на ръка чрез сухожилен графт
1572	**Други възстановителни процедури върху сухожилие на други мускулноскелетни точки**
	Не включва: възстановяване на: • Ахилесово сухожилие (най-голямото сухожилие на глезена) (49718-01 [1542]) • сухожилие на стъпало (49809-01 [1544])
47966-00	Трансфер на сухожилие или лигамент, некласифициран другаде Трансплантация на сухожилие или лигамент БДУ
90584-00	Транспозиция на сухожилие, некласифицирано другаде

47954-00	Възстановяване на лигамент, некласифицирано другаде Изтегляне на сухожилие БДУ Скъсяване на сухожилие БДУ *Не включва*: това на ръка (47963-02 [1467])
1573	**Други възстановителни процедури върху мускул на други мускулно-скелетни точки**
90941-00	Преместване или трансплантация на мускул Освобождаване на контрактура на Volkmann чрез мускулна трансплантация
47966-01	Трансфер на мускул, некласифициран другаде Транспозиция на мускул БДУ
90586-00	Други пластични процедури на мускул, некласифицирани другаде
1569	**Графт на други мускулно-скелетни точки**
90583-00	Сухожилен графт, некласифициран другаде
90583-01	Мускулен графт, некласифициран другаде
1448	**Ампутация на китка, ръка или пръст**
44328-02	Дезартикулация през китката
1426	**Ексцизионни процедури на предмишница**
44328-00	Ампутация през предмишница
1566	**Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки**
44376-00	Реампутация на ампутиран чукан Ревизия на ампутационен чукан *Не включва*: дебридман на ампутационен чукан (30023 [1566]) ревизия на ампутиран чукан на ръка (46483-00 [1471])
Локално кожно ламбо, един стадий	
	Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап *Включва*: кожнофасциално ламбо възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев такова за изгаряне *Кодирай също когато е направено:* • възстановяване на вторичен дефект: • чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип) • некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация) *Не включва*: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680]) ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])
45200-00	Локално кожно ламбо на друго място Локално кожно ламбо БДУ
Директно дистантно кожно ламбо	
	Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от далечно място от дефекта и прикрепено директно към реципиентно място *Включва*: кожнофасциално ламбо възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев *Кодирай също когато е направена:* • възстановяване на вторичен дефект: • чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип) • некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация) *Не включва*: реконструкция на: • клепач чрез ламбо (45671-01, 45674-01 [1684]) • устна чрез ламбо 45671-00, 45674-00 [1685], ревизия на директно дистантно кожно ламбо (45239-01 [1658])

45230-00 Отлагане на директно дистантно кожно ламбо
Кожно ламбо, частично повдигнато към донорско място, с трансфер отложен за по-късен оперативен етап за подобряване кръвоснабдяването на ламбото. Може да бъде предварителна стъпка преди трансфера

45221-01 Директно дистантно кожно ламбо – първи етап
Директно дистантно кожно ламбо – първи етап (повдигане на ламбото от донорското място, трансфер и прикрепяне на реципиентно място):
- коремно
- кръстосано:
  - ръка
  - пръст на ръка
  - крак

Индиректно дистантно кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, преместено от донорско място далеч от дефекта към реципиентно място, чрез междинно място
Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова при изгаряне
тръбовиден педикул
Кодирай също когато е направена:
- възстановяване на вторичен дефект:
- чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
- некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: ревизия на индиректно дистантно кожно ламбо (45239-02 [1658])

45227-00 Индиректно дистантно кожно ламбо, формиране на тубовидно стълбче
Индиректно дистантно кожно ламбо с тубиране на кожно ламбо да екстериоризира кожната повърхност, да намали или елиминира груби зони

Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап
Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне
Кодирай също когато е направено:
- възстановяване на вторичен дефект:
- чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
- некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45200-00 Локално кожно ламбо на друго място
Локално кожно ламбо БДУ

Директно дистантно кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от далечно място от дефекта и прикрепено директно към реципиентно място
Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направена:
- възстановяване на вторичен дефект:
- чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
- некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: реконструкция на:
- клепач чрез ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
- устна чрез ламбо 45671-00, 45674-00 [1685],

ревизия на директно дистантно кожно ламбо (45239-01 [1658])

45221-01 Директно дистантно кожно ламбо – първи етап
Директно дистантно кожно ламбо – първи етап (повдигане на ламбото от донорското място, трансфер и прикрепяне на реципиентно място):

• коремно
• кръстосано:
  • ръка
  • пръст на ръка
  • крак

45224-01 Директно дистантно кожно ламбо – втори етап
Директно дистантно кожно ламбо – втори етап (разделяне на ламбото от донорското място):
• коремно
• кръстосано:
  • ръка
  • пръст на ръка
  • крак

Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап
Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне
Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)
Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45206-05 Локално кожно ламбо на ръка
Включва: китка
Не включва: такова при контрактура на Дюпюитрен (46384-00 [1467])
такова на:
• само пръст (45206-07 [1651])
• само палец (45206-06 [1651])

Директно дистантно кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от далечно място от дефекта и прикрепено директно към реципиентно място
Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)
Не включва: реконструкция на:
• клепач чрез ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
• устна чрез ламбо 45671-00, 45674-00 [1685],
ревизия на директно дистантно кожно ламбо (45239-01 [1658])

45224-01 Директно дистантно кожно ламбо – втори етап
Директно дистантно кожно ламбо – втори етап (разделяне на ламбото от донорското място):
• коремно
• кръстосано:
  • ръка
  • пръст на ръка
  • крак

Островно ламбо

Ламбо, използващо трансферирана тъкан, напълно отделена от околните тъкани и основата, с изключение на краче, съдържащо артерии и вени. Тъканта е тунелирана под кожата и прехвърлена на реципиентното място (с краче оставащо под кожата и прикрепено към донорското място)
Включва: фасциокутанно
фасциомиокутанно }

мускулно } островно ламбо
миокутанно }

Не включва: свободно ламбо (виж блок [1674])
това при реконструкция на гърда (45530-02 [1756])

45563-00 Островно ламбо на съдово краче
Неинервирано островно ламбо
Не включва: такава за транспозиция пръст на ръка (46507-00 [1467])

Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап
Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне
Кодирай също когато е направено:
- възстановяване на вторичен дефект:
- чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
- некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45200-00 Локално кожно ламбо на друго място
Локално кожно ламбо БДУ

Директно дистантно кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от далечно място от дефекта и прикрепено директно към реципиентно място
Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направена:
- възстановяване на вторичен дефект:
- чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
- некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: реконструкция на:
- клепач чрез ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
- устна чрез ламбо 45671-00, 45674-00 [1685],

ревизия на директно дистантно кожно ламбо (45239-01 [1658])

45224-01 Директно дистантно кожно ламбо – втори етап
Директно дистантно кожно ламбо – втори етап (разделяне на ламбото от донорското място):
- коремно
- кръстосано:
  - ръка
  - пръст на ръка
- крак

Ревизия на кожно ламбо

Включва: такава чрез липосукция

45239-00 Ревизия на локално кожно ламбо
Не включва: ревизия на ламбо при възстановяване на назална фистула (45714 [1680])

Други възстановителни процедури на кожа и подкожна тъкан

90673-00 Корекция на синдактилия
Кодирай също когато е изпълнено:
- ламбо (45206-06, 45206-07, 42506-11 [1651])
- графт (45451-06, 45451-07, 45451-09 [1649], 45439-00, 45448-06, 45448-07 [1645])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура от посочените в таблица **Кодове на основни процедури** и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21.**

Основни процедури с кодове **46407-00 и 48406-06/48406-07 и 48412-00; 46407-01; 48406-02/48406-04 не могат да се отчитат като процедури за отстраняване на имплантирани уреди от костта по тази клинична пътека.**

Стикер за вложените импланти само при алогенна трансплантация (алографт при отчитане на кодове **46321-01, 46324-00, 46478-01, 90583-00, 47954-00**, задължително се залепва в ИЗ.

При липса на залепен в ИЗ стикер за вложен алографт, пътеката не се счита за завършена.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Клиничната пътека включва дейности и услуги по т. 1.1 от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“; от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“ в условия на спешност попада извършването само на процедури с кодове: 48412-00, 46407-01, 48406-06, 48406-07, 48412-00, 48406-02, 48406-04; 48412-00, 48406-02, 48406-04;4746501, 47468-01, 47429-01, 47450-01, 47459-01; 46407-03, 4701200, 47021-00, 47033-00; 46407-04, 46407-05, 46407-06, 48939-00, 49106-00, 49200-00, 46309-00, 46312-00, 46315-00, 46318-00, 46321-00, 46309-01, 46312-01, 46315-01, 4631801, 46321-01, 4920900, 46324-00, 48930-00, 47981-02; 48906-00; 90586-00, 47954-00, 44328-02, 44328-00, 90535-00, 44328-01, 44376-00.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория
5. Рентгенов апарат за скопия и графия

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия и инструменти за фиксиращите процедури	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – трима;
- лекари със специалност по ортопедия и травматология – двама (за структура от II ниво);
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – трима;
- лекари със специалност по ортопедия и травматология – двама (за структура от II ниво);
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение чрез оперативни процедури с голям обем и сложност на пациенти с:

- травма и/или фрактура в областта на раменния пояс и горните крайници;
- клинични данни за наличие на изразени деформитети, контрактури в областта на ставите на горния крайник, сетивни нарушения, инфекции;
- първични и метастатични злокачествени новообразувания.

Планирано диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение при
други заболявания, изискващи големи оперативни процедури в областта на горния крайник;
заболявания в областта на горния крайник, индицирани при изчерпване на консервативните възможности, доказано с медицинска документация.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Необходими предоперативни изследвания - биологичен материал за лабораторни изследвания, се взема до 24 час от постъпването. Образно изследване се извършва до 24 час от постъпването. Контролни изследвания се извършват до края на болничния престой.

След провеждане на изследванията и стабилизиране състоянието на пациента за голяма оперативна процедура с фрактура или травма в областта на горния крайник, той се приема за лечение. След оперативното лечение в съответната клиника/отделение, се осъществяват необходимите лечебни дейности, произтичащи от добрата медицинска практика.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

Насочване към клинична онкологична комисия или клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти "Медицинска онкология" и "Клинична хематология") на лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Коректно попълнен фиш “Клинико-рентгенологичен минимум”.

Повторната хоспитализация за лечение на усложнения (фебрилитет, луксация на ендопротезата), възникнали в ранния следоперативен период и непроявили се в периода на хоспитализация, **не се отчита като нова клинична пътека.**

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, бл. МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Ортопедия и травматология”. Документ №2 се прикрепя към лист “История на заболяването”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Ортопедия и травматология”).

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, бл. МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГА *“*Фиш за клинико-рентгенологичен минимум при изписване*”*.

Към ИЗ № ..... от .....

ФИШ ЗА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕН МИНИМУМ

Дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Походка: □ самостоятелна □ с едно помощно средство

□ с две помощни средства □ невъзможна

Имобилизация:

□ не □ с гипс □ с ортеза

Тромбоемболична профилактика:

□ да □ не

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА

Зарастнала:

□ per primam □ вторично

Хематом: □ да □ не

Наличие на оток на крайника:

□ не □ в дисталния край □ в проксималния край

□ на целия крайник

Оперативен шев:

□ свален □ не □ частично

АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

□ да □ не

ДРУГИ ДАННИ

Кръвна картина	Хемостазелогия	Рентгенографии
Хб Хт Ер. Левко	Вр. Кървене Вр. Съсирване Протромбиново време Фибриноген	Репозиция на счупването Вид остеосинтеза

Лекуващ лекар:

.....

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

(ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ В ОБЛАСТТА НА РАМЕННИЯ ПОЯС И ГОРНИЯ КРАЙНИК С ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ)

Какво представляват големите оперативни процедури в областта на горния крайник?

При определени счупвания, изкълчвания или заболявания в областта на горните крайници и раменния пояс, необходимото лечение се свежда до извършването на големи оперативни процедури. Големината на процедурата се определя, както от сложността на увредата, така и от вида на оперативната интервенция и периода на престой на пациента в лечебното заведение.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои на Вас или Вашето дете вътре в болницата?

След направените изследвания, ще Ви предложим операция, която ще Ви обясним. Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството на живота Ви сериозно да се влоши.

Заболяванията и травмите, изискващи големи оперативни процедури, са сложни и комплексни. При тях се налагат повторни процедури, включително и за отстраняване на поставените метални остеосинтезни средства при предходните оперативни намеси. Независимо от това, навременно проведените големи оперативни процедури в значителна степен подобряват Вашето състояние и са необходимо условие за понататъшно консервативно или оперативно лечение.

Операцията би могла да крие много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашето дете решение. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния период, могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашето дете се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани, след което за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. Информация за вида на обезболяването ще Ви даде анестезиологът, който ще Ви посети в навечерието на операцията. По време на беседата ще можете да поставите всички вълнуващи Ви въпроси, след което ще Ви бъде поискано съгласие за извършване на необходимите за обезболяването манипулации.

След операцията Вие или Вашето дете ще отидете в отделение, където за Вас ще бъде приготвено легло и Вие ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измервано кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и ще се правят различни медикаменти.

Някои от големите оперативни процедури могат да бъдат осъществени и с прилагането на регионална анестезия. При този вид упойка медикаментът за обезболяване се поставя с тънка игла, след направена локална анестезия в областта на подмишничната ямка. При този метод се постига пълно обезболяване на горния крайник, при запазване на ясно съзнание и възможен контакт с оперативния екип. В следоперативния период в продължение на 6-10 часа е възможно да не усещате напълно и да не движите пълноценно крайника. Това състояние е преходно и не трябва да Ви безпокои.

Понякога след операцията Вие може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

След Вашето или на Вашето дете стабилизиране, нормално протичане на заздравяването на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

КП № 220.2 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ В ОБЛАСТТА НА РАМЕННИЯ ПОЯС И ГОРНИЯ КРАЙНИК С ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ ПРИ ПОВЕЧЕ ОТ ЕДИН ПРЪСТ (ЛЪЧ)

1. Минимален болничен престой – 4 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1467 Други възстановителни процедури на ръка	
46410-04	Операция на два и повече от два пръста (лъчи) на ръка **Включва**: Оперативна интервенция върху два или повече пръсти (лъчи) на ръката, засегнати от тежка травма (конквасация) на тъканите (кожа, мускули, сухожилия, съдове, нерви, кости)
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена основната оперативна процедура от посочените в таблица **Кодове на основни процедури** и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Клиничната пътека включва дейности и услуги по т. 1.1 от обхвата на медицинската специалност "Ортопедия и травматология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ортопедия и травматология.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория
5. Рентгенов апарат за скопия и графия

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия и инструменти за фиксиращите процедури	НЗОК не заплаща посочените изделия

НЗОК заплаща напълно или частично медицинските изделия. Неразделна част към ИЗ на пациента става "ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ". Клиничната пътека се отчита с Направлението за хоспитализация и надлежно попълнен „ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ".

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – трима, поне един от тях със сертификат за ВСД хирургия на ръката;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – трима, поне един от тях със сертификат за ВСД хирургия на ръката;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Изисквания към процеса на осъществяване на дейността в структура по ортопедия и травматология от III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология":

1. При извършване на съдова микрохирургична интервенция се изисква поне един специалист по ортопедия и травматология, който да притежава документ за придобита квалификация по микрохирургия.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение чрез оперативни процедури с голям обем и сложност на пациенти с:

- травма и/или фрактура в областта на раменния пояс и горните крайници;

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Необходими предоперативни изследвания - биологичен материал за лабораторни изследвания, се взема до 24 час от постъпването. Образно изследване се извършва до 24 час от постъпването. Контролни изследвания се извършват до края на болничния престой.

След провеждане на изследванията и стабилизиране състоянието на пациента за голяма оперативна процедура с фрактура или травма в областта на горния крайник, той се приема за лечение. След оперативното лечение в съответната клиника/отделение, се осъществяват необходимите лечебни дейности, произтичащи от добрата медицинска практика.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

Насочване към клинична онкологична комисия или клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти "Медицинска онкология" и "Клинична хематология") на лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Коректно попълнен фиш “Клинико-рентгенологичен минимум”.

Повторната хоспитализация за лечение на усложнения (фебрилитет, луксация на ендопротезата), възникнали в ранния следоперативен период и непроявили се в периода на хоспитализация, **не се отчита като нова клинична пътека.**

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Ортопедия и травматология”. Документ №2 се прикрепя към лист “История на заболяването”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Ортопедия и травматология”).

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, бл. МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГА “Фиш за клинико-рентгенологичен минимум при изписване” .

Към ИЗ № ..... от .....

ФИШ ЗА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕН МИНИМУМ

Дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Походка: □ самостоятелна □ с едно помощно средство

□ с две помощни средства □ невъзможна

Имобилизация:

□ не □ с гипс □ с ортеза

Тромбоемболична профилактика:

□ да □ не

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА

Зарастнала:

□ per primam □ вторично

Хематом: □ да □ не

Наличие на оток на крайника:

□ не □ в дисталния край □ в проксималния край

□ на целия крайник

Оперативен шев:

□ свален □ не □ частично

АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

□ да □ не

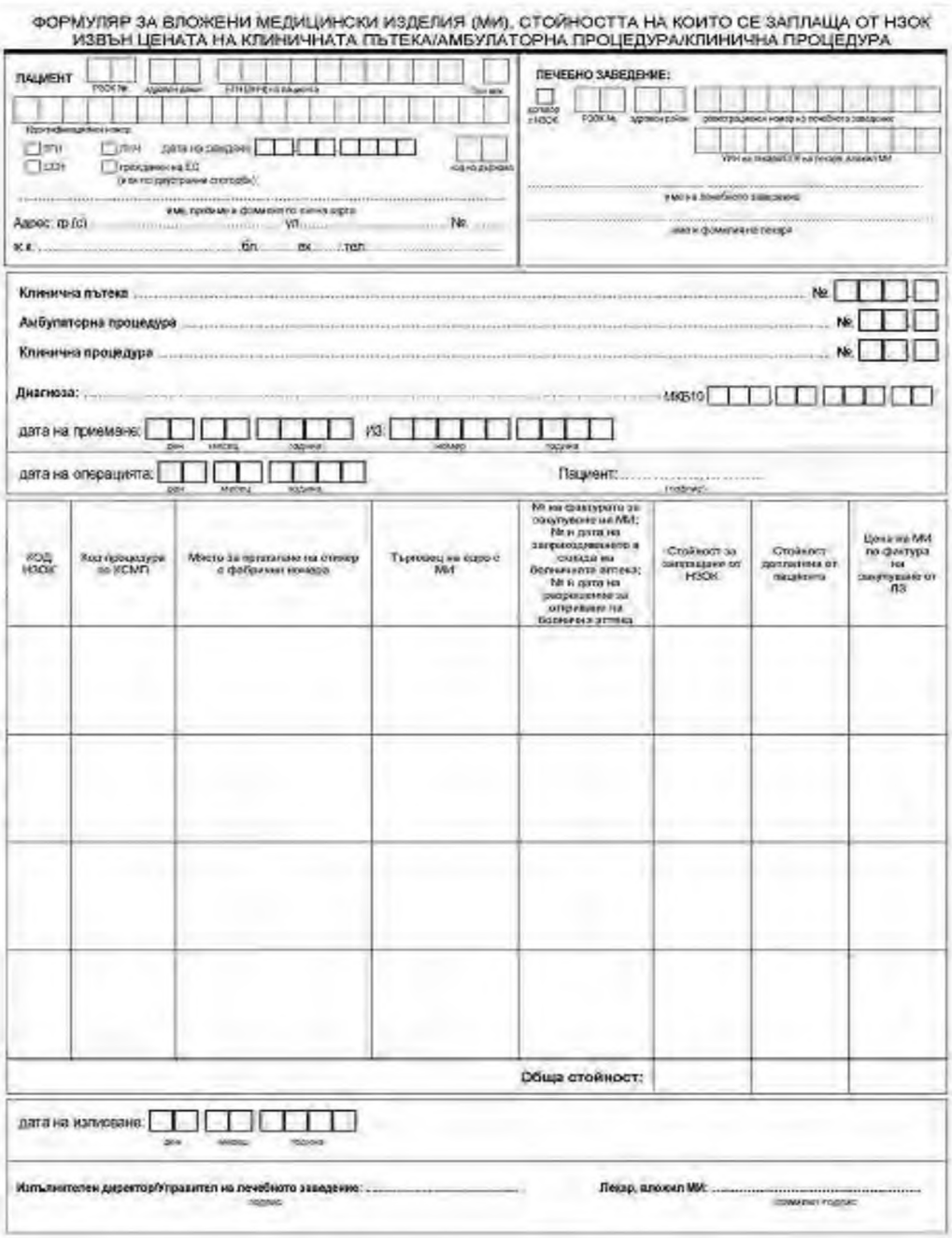
ДРУГИ ДАННИ

Кръвна картина	Хемостазелогия	Рентгенографии
Хб Хт Ер. Левко	Вр. Кървене Вр. Съсирване Протромбиново време Фибриноген	Репозиция на счупването Вид остеосинтеза

Лекуващ лекар:

……..

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА



ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

Клинична пътека ..... №

Амбулаторна процедура ..... №

Клинична процедура ..... №

Диагноза: МКБ10

дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година Пациент: подпис

КОД НЗОК	Код процедура по КСМП	Място за поставяне на стикер с фабрични номера	Търговско наименование на МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; № и дата на разрешението за отпускане на болничната аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура за закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ден месец година

Изпълнителен директор/Управител на лечебното заведение: ..... подпис

Лекар, вложил МИ: ..... собствен подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) (ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ В ОБЛАСТТА НА РАМЕННИЯ ПОЯС И ГОРНИЯ КРАЙНИК С ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ)

Какво представляват големите оперативни процедури в областта на горния крайник?

При определени счупвания, изкълчвания или заболявания в областта на горните крайници и раменния пояс, необходимото лечение се свежда до извършването на големи оперативни процедури. Големината на процедурата се определя, както от сложността на увредата, така и от вида на оперативната интервенция и периода на престой на пациента в лечебното заведение.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои на Вас или Вашето дете вътре в болницата?

След направените изследвания, ще Ви предложим операция, която ще Ви обясним. Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството на живота Ви сериозно да се влоши.

Заболяванията и травмите, изискващи големи оперативни процедури, са сложни и комплексни. При тях се налагат повторни процедури, включително и за отстраняване на поставените метални остеосинтезни средства при предходните оперативни намеси. Независимо от това, навременно проведените големи оперативни процедури в значителна степен подобряват Вашето състояние и са необходимо условие за по-нататъшно консервативно или оперативно лечение.

Операцията би могла да крие много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашето дете решение. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния период, могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашето дете се изисква известно усилие и от Ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани, след което за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. Информация за вида на обезболяването ще Ви даде анестезиологът, който ще Ви посети в навечерието на операцията. По време на беседата ще можете да поставите всички вълнуващи Ви въпроси, след което ще Ви бъде поискано съгласие за извършване на необходимите за обезболяването манипулации.

След операцията Вие или Вашето дете ще отидете в отделение, където за Вас ще бъде приготвено легло и Вие ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измервано кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и ще се правят различни медикаменти.

Някои от големите оперативни процедури могат да бъдат осъществени и с прилагането на регионална анестезия. При този вид упойка медикаментът за обезболяване се поставя с тънка игла, след направена локална анестезия в областта на подмишничната ямка. При този метод се постига пълно обезболяване на горния крайник, при запазване на ясно съзнание и възможен контакт с оперативния екип. В следоперативния период в продължение на 6-10 часа е възможно да не усещате напълно и да не движите пълноценно крайника. Това състояние е преходно и не трябва да Ви безпокои.

Понякога след операцията Вие може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

След Вашето или на Вашето дете стабилизиране, нормално протичане на зарастването на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

КП № 221 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ В ОБЛАСТТА НА РАМЕННИЯ ПОЯС И ГОРНИЯ КРАЙНИК С МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1398	**Остектомия на клавикула или скапула**
48406-08	Остектомия на клавикула Клавикулектомия
48406-09	Остектомия на скапула Скапулектомия
1412	**Други ексцизионни процедури на лакът**
48412-01	Остектомия на хумерус
1426	**Ексцизионни процедури на предмишница**
48406-03	Остектомия на радиус
1417	**Костен графт към раменна кост**
	Кодирай също когато е направена: • доставяне на графт материал чрез отделен разрез (47726-00 [1563])
48212-00	Костен графт към хумерус
1435	**Костен графт на предмишница**
	Кодирай също когато е направена: • доставяне на графт с отделна инцизия (47726-00 [1563])
48224-00	Костен графт към радиус или улна
1404	**Други възстановителни процедури на рамо**
48905-00	Костна пластика на скапула и/или клавикула
48918-00	Тотална артропластика на рамо Тотална замяна на раменна става *Включва*: възстановяване на ротаторен маншон *Не включва*: ревизия на тотално заменена раменна става (48921-00, 48924-00 [1406])
48915-00	Хемиартропластика на рамо
90533-00	Друго възстановяване на рамо
1418	**Други възстановителни процедури на раменна кост или лакът**
49115-00	Тотална артропластика на лакът Тотална подмяна на лакътна става
90536-00	Друго възстановяване на лакът
1406	**Ревизионни процедури на рамо**
48921-00	Ревизия на тотална раменна артропластика Ревизия на тотално заменена раменна става
1419	**Ревизионни процедури на раменна кост или лакът**
49116-00	Ревизионна артропластика на лакът *Включва*: изваждане на протеза
1472	**Ревизионни процедури на китка**
49210-00	Ревизионна артропластика на китка *Включва*: изваждане на протеза

1467	**Други възстановителни процедури на ръка**
46410-01	Реконструкция на палец
46410-00	Операция за полицизация с пришиване на нерви и кръвоснабдяване
46410-02	Реплантация на палец на ръка
46400-03	Реплантация на пръст на ръка
46400-07	Реплантация на ръка
1463	**Артропластика на метакарпофалангеална става**
46400-04	Реплантация на предмишница
1399	**Ампутация на рамо**
44331-00	Дезартикулация на рамо
44334-00	Интерскапулоторакална ампутация Интерторакоскапуларна ампутация
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура от посочените в блок **Кодове на основни процедури** и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21, насочени към основното заболяване.**

Стикер за вложените импланти само при алогенна трансплантация (алографт при отчитане на кодове 48905-00, 48212-00, 48224-00), задължително се залепва в ИЗ.

При липса на залепен в ИЗ стикер за вложен алографт, пътеката не се счита за завършена.

Основна процедура с код 48905-00, 48212-00, 48224-00 може да се отчита само при диагноза по МКБ-10 М84.0, М84.1, М84.2, Т92.1, S52.5 или при неопластични процеси засягащи съответната кост (диагноза по МКБ-10 С79.5).

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ,

ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника по ортопедия и травматология
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория
5. Рентгенов апарат за скопия и графия

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. КАТ/МРТ
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия и инструменти за фиксиращите процедури	НЗОК не заплаща посочените медицински изделия

НЗОК заплаща напълно или частично протези за раменна и лакътна става. Неразделна част към ИЗ на пациента става "ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ". Клиничната пътека се отчита с Направлението за хоспитализация и надлежно попълнен „ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ".

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология - трима;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология - трима;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

Изисквания към процеса на осъществяване на дейността в структура по ортопедия и травматология от III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология":

1. При извършване на съдова микрохирургична интервенция (реплантация) се изисква поне един специалист по ортопедия и травматология, който да притежава документ за придобита квалификация по микрохирургия.

2. При извършване на оперативни процедури с алопластика на раменна или лакътна става се изисква поне един специалист по ортопедия и

травматология, който да притежава документ за придобита квалификация по ендопротезиране на стави.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите по тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение чрез оперативни процедури с много голям обем и сложност на пациенти с:

- травма и/или фрактура на раменния пояс и горните крайници;
- клинични данни за наличие на изразени деформитети, контрактури в областта на ставите на горния крайник, сетивни нарушения, инфекции;
- първични и метастатични злокачествени новообразувания.

Диагностично уточняване и определяне на терапевтично поведение при заболявания в областта на горния крайник, индицирани при изчерпване на консервативните възможности, доказано с медицинска документация.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Необходими предоперативни изследвания - биологичен материал за лабораторни изследвания, се взема до 24 час от постъпването. Образно изследване се извършва до 24 час от постъпването. Контролни изследвания се извършват до края на болничния престой.

След провеждане на изследванията и стабилизиране състоянието на пациента за много голяма оперативна процедура с фрактура или травма в областта на горния крайник той се приема за лечение. След оперативното лечение в съответната клиника/отделение, се осъществяват необходимите лечебни дейности, произтичащи от добрата медицинска практика.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

Насочване към клинична онкологична комисия или клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти "Медицинска онкология" и "Клинична хематология") на лечебно заведение или обединение с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

Коректно попълнен фиш “Клинико-рентгенологичен минимум”.

Повторната хоспитализация за лечение на усложнения (фебрилитет, луксация на ендопротезата), възникнали в ранния следоперативен период и непроявили се в периода на хоспитализация, **не се отчита като нова клинична пътека**.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, бл. МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Ортопедия и травматология”. Документ №2 се прикрепя към лист “История на заболяването”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Ортопедия и травматология”).

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл. МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГА "Фиш за клинико-рентгенологичен минимум при изписване" .

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) (ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ В ОБЛАСТТА НА РАМЕННИЯ ПОЯС И ГОРНИЯ КРАЙНИК С МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ)

Какво представляват много големите оперативни процедури в областта на горния крайник?

При определени заболявания в областа на горните крайници и раменния пояс, необходимото лечение се свежда до извършването на много големи оперативни процедури. Големината на процедурата се определя, както от сложността на увредата, така и от вида на оперативната интервенция и периода на престой на пациента в лечебното заведение.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои на Вас или Вашето дете вътре в болницата?

След направените изследвания, ще Ви предложим операция, която ще Ви обясним. Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството на живота Ви сериозно да се влоши.

Заболяванията и травмите изискващи големи оперативни процедури са сложни и комплексни. При тях се налагат повторни процедури, включително и за отстраняване на поставените метални остеосинтезни средства при предходните оперативни намеси. Независимо от това навременно проведените големи оперативни процедури в значителна степен подобряват Вашето състояние и са необходимо условие за по-нататъшно консервативно или оперативно лечение.

Операцията би могла да крие много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашето дете решение. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния Ви период могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашето дете се изисква известно усилие и от ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани , след което за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. Информация за вида на обезболяването ще Ви даде анестезиологът, който ще Ви посети в навечерието на операцията. По време на беседата ще можете да поставите всички вълнуващи Ви въпроси, след което ще Ви бъде поискано съгласие за извършване на необходимите за обезболяването манипулации.

След операцията Вие или Вашето дете ще отидете в отделение, където за Вас ще бъде приготвено легло и Вие ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измервано кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и ще се правят различни медикаменти.

Някои от големите оперативни процедури могат да бъдат осъществени и с прилагането на регионална анестезия. При този вид упойка медикаментът за обезболяване се поставя с тънка игла, след направена локална анестезия в областта на подмишничната ямка. При този метод се постига

пълно обезболяване на горния крайник, при запазване на ясно съзнание и възможен контакт с оперативния екип. В следоперативния период, в продължение на 6-10 часа е възможно да не усещате напълно и да не движите пълноценно крайника. Това състояние е преходно и не трябва да Ви безпокои.

Понякога след операцията Вие може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

След Вашето или на Вашето дете стабилизиране, нормално протичане на заздравяването на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

Към ИЗ № ..... от .....

ФИШ ЗА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕН МИНИМУМ

Дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Походка: □ самостоятелна □ с едно помощно средство

□ с две помощни средства □ невъзможна

Имобилизация:

□ не □ с гипс □ с ортеза

Тромбоемболична профилактика:

□ да □ не

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА

Зарастнала:

□ per primam □ вторично

Хематом: □ да □ не

Наличие на оток на крайника:

□ не □ в дисталния край □ в проксималния край

□ на целия крайник

Оперативен шев:

□ свален □ не □ частично

АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

□ да □ не

ДРУГИ ДАННИ

Кръвна картина	Хемостазелогия	Рентгенографии
Хб Хт Ер. Левко	Вр. Кървене Вр. Съсирване Протромбиново време Фибриноген	Репозиция на счупването Вид остеосинтеза

Лекуващ лекар:

.....

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА /АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА



ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА/АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА/КЛИНИЧНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ

ЕГН/ЛНЧ дата на раждане

ЕИК

гражданин на ЕС

(или по друг начин)

име, презиме и фамилно име при раждане

Адрес: гр.(с.) ул. №

к.к. бл. вх. тел.

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

договор с НЗОК

РЗОК №

здравен район

регистрационен номер на лечебното заведение

УИН на медицинския надзорен клинично МИ

име на лечебното заведение

име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... №

Амбулаторна процедура ..... №

Клинична процедура ..... №

Диагноза: МКБ10

дата на приемане: ден месец година ИЗ: номер година

дата на операцията: ден месец година Пациент: подпис

КОД НЗОК	Код процедура по КСМП	Място за поставяне на стикер с фабрични номера	Търговско наименование на МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на завършването и снемане на болничната аптека; № и дата на разрешение за отпускане на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплатена от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ден месец година

Изпълнителен директор/Управител на лечебното заведение: ..... подпис

Лекар, вложил МИ: ..... собствен подпис

КП № 222 СРЕДНИ ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ В ОБЛАСТТА НА РАМЕННИЯ ПОЯС И ГОРНИЯ КРАЙНИК

1. Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1401	**Наместване фрактура на ключица или рамо**
47462-01	Затворено наместване фрактура на ключица с вътрешна фиксация
1413	**Затворено наместване фрактура на хумерус или лакът**
47426-01	Затворено наместване фрактура на проксимален хумерус с вътрешна фиксация
47451-00	Затворено наместване фрактура на шафта на хумерус с вътрешна фиксация *Включва*: интрамедуларна фиксация
1427	**Затворено наместване фрактура на радиус**
47405-01	Затворено наместване фрактура на радиална глава или шийка с вътрешна фиксация
47381-00	Затворено наместване фрактура на шафт на радиус *Не включва*: такава с: • луксация (47385-00, 47385-02 [1427]) • улна (47390-00, 47390-01 [1431])
47381-02	Затворено наместване фрактура на шафта на радиус с вътрешна фиксация *Не включва*: такава с: • луксация (47385-00, 47385-02 [1427]) • улна (47390-00, 47390-01 [1431])
47385-02	Затворено наместване фрактура на шафта на радиус с луксация и вътрешна фиксация *Включва*: луксация на: • дистална радио-улнарна } • проксимална радиохумерална } става
47363-02	Затворено наместване на фрактура на дистален радиус с вътрешна фиксация *Включва*: фрактури на { Barton, Colles, Smith
1428	**Затворено наместване фрактура на улна или олекранон**
47396-01	Затворено наместване фрактура на олекранон с вътрешна фиксация
47381-03	Затворено наместване фрактура на шафт на улна с вътрешна фиксация *Не включва*: такава с: • луксация (47385 [1428]) • радиус (47390 [1431])
47385-03	Затворено наместване фрактура на шафт на улна с луксация и вътрешна фиксация *Включва*: луксация на: • дистална радио-улнарна } • проксимална радиохумерална } става
47363-03	Затворено наместване фрактура на дистална улна с вътрешна фиксация
1429	**Отворено наместване фрактура на радиус**
47408-01	Отворено наместване фрактура на радиална глава или шийка с вътрешна фиксация
47384-02	Отворено наместване фрактура на шафт на радиус с вътрешна фиксация *Не включва*: такава с: • луксация (47386-00, 47386-01 [1432]) • улна (47393-00, 47393-01 [1431])
47366-02	Отворено наместване фрактура на дистален радиус с вътрешна фиксация
1430	**Отворено наместване фрактура на улна или олекранон**
47399-01	Отворено наместване фрактура на олекранон с вътрешна фиксация
47402-01	Отворено наместване фрактура на олекранон с частична остектомия на фрагмент

	от олекранон и вътрешна фиксация *Включва*: реимплантация на сухожилие
47384-03	Отворено наместване фрактура на шафт на улна с вътрешна фиксация
47366-03	Отворено наместване фрактура на дистална улна с вътрешна фиксация
1431	**Наместване фрактура на шафт на радиус и улна**
47393-01	Отворено наместване фрактура на шафт на радиус и улна с вътрешна фиксация
1400	**Друга ексцизия на рамо**
90603-06	Секвестректомия на клавикула *Включва*: антибиотична тампонада пробиване на кост *Кодирай също когато е направена:* • костен графт (48239-00, 48242-00 [1569]) • вътрешна фиксация (47921-00 [1554])
90603-07	Секвестректомия на скапула *Включва*: антибиотична тампонада пробиване на кост *Кодирай също когато е направена:* • костен графт (48239-00, 48242-00 [1569]) • вътрешна фиксация (47921-00 [1554])
1412	**Други ексцизионни процедури на лакът**
90603-08	Секвестректомия на хумерус *Включва*: антибиотична тампонада пробиване на кост *Кодирай също когато е направена:* • костен графт (виж блок [1417]) • вътрешна фиксация (47921-00 [1554])
48412-01	Остектомия на хумерус
46415-01	Локална ексцизия на лезия или тъкан на хумерус
46920-00	Вътрешна фиксация на хумерус без наместване на фрактура
49119-01	Освобождаване на ставна капсула, лигамент или хрущял на лакът
1445	**Синовектомия на става на ръка**
46336-00	Синовектомия на интерфалангеална става на ръка
46336-01	Синовектомия на метакарпална става
46342-01	Синовектомия на карпометакарпална става
1443	**Инцизионни процедури на китка**
	Не включва: инцизия на сухожилна обвивка на китка (46363-00 [1440])
48406-13	Остеотомия на карпална кост
46412-00	Разделяне на карпални и метакарпални кости
46413-00	Инцизия на фаланги на ръка без разделяне
46413-01	Клиновидна остеотомия на фаланги на ръка
46412-01	Разделяне на фаланги на ръка
49212-00	Артротомия на китка Отстраняване на свободно или чуждо тяло от китка
1441	**Инцизионни процедури върху кост на ръка**
46396-01	Остеотомия на метакарпална кост
1396	**Биопсия на рамо**

48946-00	Биопсия на скапула и/или клавикула
48944-00	Биопсия на хумерус
1426	**Ексцизионни процедури на предмишница**
46921-00	Биопсия на радиус и улна
46415-02	Локална ексцизия на лезия или тъкан на радиус и/или улна
90603-09	Секвестректомия на радиус *Включва*: антибиотична тампонада пробиване на кост *Кодирай също когато е направена:* • костен графт (виж блок [1435]) • вътрешна фиксация (47921-00 [1554])
48406-03	Остектомия на радиус
46342-00	Синовектомия на дистална радио-улнарна става
1400	**Друга ексцизия на рамо**
46415-00	Локална ексцизия на лезия или тъкан на скапула и клавикула
1398	**Остектомия на клавикула или скапула**
48406-08	Остектомия на клавикула Клавикулектомия
48406-09	Остектомия на скапула Скапулектомия
48406-17	Частична остектомия на скапула
48409-17	Частична остектомия на клавикула
1451	**Други ексцизионни процедури на китка**
48406-14	Остектомия на карпална кост
1449	**Други ексцизионни процедури върху кост на ръка**
46396-02	Остектомия на пръст на ръка
46510-00	Намаляване на макродактилия
1461	**Костен графт на китка, метакарпус или фаланга на ръка**
	Включва: доставка на графт през същата инцизия *Кодирай също когато е направена:* • доставяне на графт през отделна инцизия (47726-00 [1563])
48230-00	Костен графт към скафоид
46402-00	Костен графт на метакарпална кост
46402-01	Костен графт на фаланга на ръка
1409	**Други процедури за прилагане, поставяне или премахване върху хумерус или лакът**
46418-00	Прилагане на външно фиксиращо устройство на хумерус
46422-00	Отстраняване на имплантиран уред от хумерус
46424-01	Поставяне на костен растежен стимулатор на хумерус
1422	**Други процедури за прилагане, поставяне или премахване върху радиус или улна**
46418-01	Прилагане на външно фиксиращо устройство на радиус или улна
46422-02	Отстраняване на имплантиран уред от радиус и/или улна
46424-02	Поставяне на костен растежен стимулатор на радиус и/или улна

1578	**Реконструкция на крайник**
46419-00	Скъсяваща крайника операция, некласифицирана другаде
1418	**Други възстановителни процедури на раменна кост или лакът**
46419-01	Скъсяваща крайника операция на хумерус
46421-00	Остеоклазия на хумерус
46407-02	Закрито наместване на отделена епифиза на хумерус
1436	**Други възстановителни процедури на предмишница**
46419-03	Скъсяваща крайника операция на радиус и улна
90593-01	Други процедури върху мускул, сухожилие, фасция или бурса, некласифицирани другаде
1469	**Реконструктивни процедури на ръка**
46419-06	Удължаваща крайника операция на фаланги на ръката
1576	**Други реконструктивни процедури на други мускулно-скелетни точки**
46406-05	Възстановяване на сухожилен скрипец
1468	**Други възстановителни процедури на китка**
90542-00	Друго възстановяване на китка
46324-00	Артропластика на карпална кост Подмяна на карпална кост с използване на съседно сухожилие или други меки тъкани Резекционна артропластика на карпална кост *Включва*: синовиектомия трансфер или преустройство на сухожилие
46395-00	Открито наместване на отделена епифиза на карпални и метакарпални кости
46395-01	Открито наместване на отделена епифиза на фаланги на ръка
1470	**Реконструктивни процедури на китка**
46419-07	Възстановяваща или пластична операция на фаланги на ръката
1404	**Други възстановителни процедури на рамо**
46922-00	Остеоклазия на скапула или клавикула
1436	**Други възстановителни процедури на предмишница**
46421-02	Остеоклазия на радиус и/или улна
1394	**Процедури за прилагане, поставяне или премахване върху рамо**
46923-00	Вътрешна фиксация на скапула или клавикула, без наместване на фрактура
46422-01	Отстраняване на имплантиран уред от скапула или клавикула
46424-00	Поставяне на костен растежен стимулатор на скапула или клавикула
1425	**Други инцизионни процедури на предмишница**
90543-00	Вътрешна фиксация на радиус и улна без наместване на фрактура
1554	**Други процедури за прилагане, поставяне или премахване върху други мускулно-скелетни точки**
90561-00	Поставяне или подмяна на скелетно-мускулен стимулатор
90566-00	Премахване или подмяна на скелетно-мускулен стимулатор *Не включва*: такава с подмяна (90561-00 [1554])
1414	**Отворено наместване на фрактура на хумерус или лакът**
47429-00	Отворено наместване фрактура на проксимален хумерус

47450-00	Отворено наместване фрактура на шафта на хумерус
47459-00	Отворено наместване фрактура на дистален хумерус
1429	**Отворено наместване фрактура на радиус**
47408-00	Отворено наместване фрактура на радиална глава или шийка
47384-00	Отворено наместване фрактура на шафт на радиус *Не включва*: такава с: • луксация (47386-00, 47386-01 [1432]) • улна (47393-00, 47393-01 [1431])
47366-00	Отворено наместване фрактура на дистален радиус
47366-02	Отворено наместване фрактура на дистален радиус с вътрешна фиксация
1430	**Отворено наместване фрактура на улна или олекранон**
47384-01	Отворено наместване фрактура на шафт на улна *Не включва*: такава с: • луксация (47386-02, 47386-03 [1432]) • радиус (47393 [1431])
1431	**Наместване фрактура на шафт на радиус и улна**
47393-00	Отворено наместване фрактура на шафт на радиус и улна
1455	**Отворено наместване фрактура на карпус**
47351-01	Отворено наместване фрактура на карпус с вътрешна фиксация
1456	**Отворено наместване фрактура на метакарпус на ръка**
47342-01	Отворено наместване фрактура на метакарпус с вътрешна фиксация
1434	**Наместване на отделена епифиза на радиус или улна**
	Включва: вътрешна фиксация
90541-00	Затворено наместване на отделена епифиза на радиус или улна
90541-01	Отворено наместване на отделена епифиза на радиус или улна
1442	**Инцизионни процедури върху става на ръка**
46803-00	Артротомия за отстраняване на протеза на длан и пръст
1395	**Инцизионни процедури на рамо**
48912-00	Артротомия на рамо *Включва*: изваждане на чуждо тяло
90600-01	Освобождаване на сраствания или контрактура на рамо *Не включва*: такава с някоя друга мускулоскелетна процедура на рамо – пропусни кода
1410	**Инцизионни процедури на хумерус или лакът**
49100-00	Артротомия на лакът
1440	**Инцизионни процедури на мускул, сухожилие или фасция на ръка**
46381-01	Освобождаване на ставна капсула, лигамент или хрущял на китка
90544-00	Освобождаване сраствания на ръка Освобождаване сраствания на ръка: • фасция • мускул • сухожилие БДУ *Не включва*: тенолиза на сухожилие на ръка: • екстензорно (46450-00 [1440]) • флексорно (46453-00 [1440])
47981-02	Декомпресивна фасциотомия на ръка Декомпресивна фасциотомия на интеросално мускулно пространство на ръка

90545-00	Инцизия на мека тъкан на ръка Отделяне мускули на ръка Миотомия на ръка Тенотомия на ръка БДУ
1460	**Артродеза на ръка**
46303-00	Артродеза на карпометакарпална става
46300-01	Артродеза на метакарпофалангиална става
46300-00	Артродеза на интерфалангеална става на ръка
1463	**Артропластика на метакарпофалангеална става**
46309-01	Артропластика на метакарпофалангеална става, 1 става
1467	**Други възстановителни процедури на ръка**
46394-00	Шев на капсула или лигамент на длан
46410-03	Повторно прикрепване на мускул на длан
46394-01	Шев на сухожилно влагалище на длан
46394-02	Шев на друго сухожилие на длан
46391-02	Промяна на дължината на мускул или сухожилие на длан
1572	**Други възстановителни процедури върху сухожилие на други мускулноскелетни точки**
	Не включва: възстановяване на: • Ахилесово сухожилие (най-голямото сухожилие на глезена) (49718-01 [1542]) • сухожилие на стъпало (49809-01 [1544])
47957-00	Удължаване на сухожилие, некласифицирано другаде Удължаване на мускул БДУ *Не включва*: удължаване на Ахилесово сухожилие (49727-00 [1542]) тези с освобождаване на: • тазобедрена контрактура (виж блок [1480]) • хиперекстензионна деформация на пръст на крак (50345-00 [1548]) • колянна контрактура (виж блок [1498])
46406-04	Скъсяване на сухожилие, некласифицирано другаде Скъсяване на сухожилие БДУ
90584-01	Повторно прикрепване на сухожилие, некласифицирано другаде
46394-03	Повторно прикрепване на сухожилие на длан
47972-00	Отворена процедура върху сухожилна обвивка, некласифицирана другаде Изследване } Инцизия } Освобождаване } на сухожилна обвивка БДУ Шев } *Не включва*: инцизия или освобождаване на сухожилна обвивка на ръка (46363-00 [1440])
1568	**Шев на други мускулно-скелетни точки**
90582-01	Шев на сухожилие, некласифициран другаде Отложен шев на сухожилие
1450	**Други ексцизионни процедури на ръка**
46392-01	Ексцизия на лезия на мускул на длан
46392-02	Ексцизия на сухожилие на длан за трансплантат

46392-03	Сухожилна тенонектомия на длан
1451	**Други ексцизионни процедури на китка**
90547-03	Ексцизия на лезия на сухожилно влагалище на длан Ексцизия на ганглион от сухожилно влагалище
1466	**Възстановяване сухожилие на ръка**
	Възстановяване на сухожилие на китка
46391-00	Удължаване на сухожилие на длан
46391-01	Скъсяване на сухожилие на длан
46804-00	Транспозиция на сухожилие на длан
46417-00	Преместване лигамент на ръка Трансплантация сухожилие на ръка
46426-00	Първично възстановяване на флексорно сухожилие на ръка, проксимално към А1 пулей
46429-00	Вторично възстановяване на флексорно сухожилие на ръка, проксимално към А1 пулей
46432-00	Първично възстановяване на флексорно сухожилие на ръка, дистално към А1 пулей
46435-00	Вторично възстановяване на флексорно сухожилие на ръка, дистално към А1 пулей
46420-00	Първично възстановяване на екстензорно сухожилие на ръка
46423-00	Вторично възстановяване на екстензорно сухожилие на ръка
1473	**Процедури при малет пръст**
46438-00	Затворено фиксиране на пресрещнат пръст
46441-00	Отворено възстановяване на пресрещнат пръст *Включва*: фиксация с игла
1559	**Инцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки**
90568-02	Инцизия на мека тъкан, некласифицирана другаде Отделяне на меки тъкани БДУ
90571-00	Освобождаване сращане на мека тъкан, некласифицирано другаде
1565	**Ексцизионни процедури върху мускул на други мускулно-скелетни точки**
30229-00	Ексцизия на мускул, некласифицирана другаде *Не включва*: ексцизия на мускулна лезия НКД (31350-00 [1566]) такава на мускул, ангажиран в кожна лезия (31340-00 [1566]
90577-00	Доставяне на мускул или фасция за графт
1564	**Ексцизионни процедури върху сухожилие на други мускулно-скелетни точки**
90578-00	Доставяне на сухожилие за графт
47969-00	Теносиновектомия, некласифицирана другаде Теносиновектомия БДУ
1566	**Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки**
90579-00	Фасциектомия, некласифицирана другаде
1573	**Други възстановителни процедури върху мускул на други мускулно-скелетни точки**
90585-00	Повторно прикрепване на мускул, некласифицирано другаде
47966-01	Трансфер на мускул, некласифициран другаде Транспозиция на мускул БДУ
1574	**Други възстановителни процедури на други мускулно-скелетни точки**

30238-00	Възстановяване на фасция, некласифицирано другаде Удължаване на фасция Фасциопластика Пликация на фасция
1448	**Ампутация на китка, ръка или пръст**
44325-00	Среднокарпална ампутация
44325-01	Трансметакарпална ампутация
1649	**Друг пълнослоен кожен графт**
	Пълнослоен инлей графт Wolfe графт *Включва*: ексцизия на кожа за графт възстановяване на вторичен дефект чрез шев *Кодирай също когато е направена:* • възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646]) *Не включва*: такава при изгаряне (виж блокове [1648])
45451-05	Пълнослоен кожен графт на ръка *Включва*: такъв с графт на пръст или палец китка *Не включва*: пълнослоен кожен графт на: • само пръст (45451-07 [1649]) • само палец (45451-06 [1649])
1640	**Алографт, ксенографт или синтетичен кожен графт**
90670-00	Алографт Алогенна временна биологична превръзка Хомогенна временна биологична превръзка Разцепен кожен: • алографт • хомографт
1661	**Процедури за прилагане, поставяне или премахване на тъканен експандер или имплант**
45566-00	Поставяне на тъканен експандер *Не включва*: интраоперативен тъканен експандер (45572-00 [1661]) такава за гърда (45539-00 [1756])
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура от посочените в **таблица Кодове на основни процедури** и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21, насочени към основното заболяване.**

Процедури 46422-01; 46422-00 и 46424-02 за отстраняване на имплантирани уреди от костите се отчитат не повече от един път годишно за една анатомична област на пациент.

Стикер за вложените импланти само при алогенна трансплантация (алографт при отчитане на кодове 46402-00, 46402-01, 46419-07, 45451-05, 90670-00), задължително се залепва в ИЗ.

При липса на залепен в ИЗ стикер за вложен алографт, пътеката не се счита за завършена.

Основна процедура с код 46402-00, 46402-01, 46419-07 може да се отчита само при диагноза по МКБ-10 М84.0, М84.1, М84.2, S62.4-, S67.8, T92.1, T92.2 или при неопластични процеси засягащи съответната кост (диагноза по МКБ-10 С79.5).

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност,

съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“ (за кодове 47462-01, 47426-01, 47451-00, 47405-01, 47381-00, 4738102, 47385-02, 47363-02, 47396-01, 47381-03, 47385-03, 47363-03, 47408-01, 47384-02, 4736602, 47399-01, 47402-01, 47384-03, 47366-03, 47393-01 - само в условията на спешност), и от обхвата на медицинската специалност „Пластичновъзстановителна хирургия и естетична хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластичновъзстановителна хирургия и естетична хирургия“ (само за процедури с кодове: 45451-05, 90670-00, 45566-00). В обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“ в условия на спешност попада извършването само на процедури с кодове 4641800, 46418-01; 46923-00, 46920-00, 90543-00, 46422-01, 46422-00, 46422-02; 4746201, 47426-01, 47451-00, 47405-01, 47381-00, 47381-02, 47385-02, 47363-02, 47396-01, 47381-03, 47385-03, 47363-03, 47429-00, 47450-00, 47459-00, 47408-00, 47384-00, 4736600, 47384-01, 47366-02, 47393-00, 47408-01, 47384-02, 47366-02, 47399-01, 4740201, 47384-03, 47366-03, 47393-01, 47351-01, 47342-01, 46407-02, 90541-00, 90541-01, 4639500, 46395-01,81.93; 82.21; 46394-01, 46417-00, 46426-00, 46429-00, 46432-00, 46435-00, 46420-00, 46423-00.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

Дейности по тази клинична пътека могат да се осъществяват и в **структура по хирургия** при спазване на изискванията на медицински стандарт „Ортопедия и травматология” за структура по ортопедия и травматология I ниво на компетентност.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по ортопедия и травматология Или Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по пластично-възстановителна и естетична хирургия (за посочените кодове)
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ/за дейности от първо ниво на компетентност – съгласно изискванията на
медицински стандарт „Анестезиология и интензивно лечение“ за първо ниво на компетентност
4. Клинична лаборатория
5. Рентгенов апарат за скопия и графия

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия и инструменти за фиксиращите процедури	НЗОК не заплаща посочените медицински изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – двама

или

лекар със специалност по ортопедия и травматология – един за клиника/отделение по хирургия

или

- лекари със специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия – двама (за кодове: 45451-05 или 90670-00 или 45566-00);
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – двама

или

лекар със специалност по ортопедия и травматология – един за клиника/отделение по хирургия

или

- лекари със специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия – двама (за кодове: 45451-05 или 90670-00 или 45566-00);
- лекар/и със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се консултира от Онкологичен комитет, осигурен от лечебното заведение чрез договор.

4. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и оперативно лечение за пациенти с:

- травма;
- рентгенологични данни за фрактура;
- клинични данни за наличие на изразени деформитети, контрактури в областта на ставите на горния - крайник, сетивни нарушения;
- рентгенови данни за заболявания изискващи средни оперативни процедури в областта на горния крайник.

Планирана диагностика и оперативно лечение при:

- заболявания в областта на горния крайник, индицирани за извършване на средни оперативни процедури поради изчерпване на консервативните възможности;
- отстраняване от костите на имплантирани уреди (на скапула, клавикула, хумерус, радиус и улна).

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Необходими предоперативни изследвания - биологичен материал за лабораторни изследвания се взема до 12 час от постъпването. Образно изследване се извършва до 12 час от постъпването. Контролни изследвания се извършват до края на болничния престой.

Рентгенологичното изследване не е задължително при лезии на меки тъкани и други състояния, които не се визуализират с такова изследване, но е **задължително след отстраняване на имплантирани уреди (средства) от костта.**

Абсолютни контраиндикации: нестабилна хемодинамика.

Относителни контраиндикации: декомпенсирани придружаващи заболявания (диабет или други метаболитни заболявания, екстремна хипертония, сърдечна декомпенсация > 2ст, бъбречна инсуфициенция и др.)

След провеждане на изследванията и стабилизиране състоянието на пациента за неголяма оперативна процедура с фрактура или травма в областта на горния крайник, той се приема за лечение. След оперативното лечение в съответната клиника/отделение, се осъществяват необходимите лечебни дейности, произтичащи от добрата медицинска практика.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

Поставя се следоперативно на базата на анамнестични, клинични, рентгенографски данни и резултата от интраоперативната находка, както и резултата от патоморфологичното изследване, ако такова е извършвано.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.
- в случаите на хоспитализация за отстраняване от костите на имплантирани уреди (на скапула, клавикула, хумерус, радиус и улна) и отстранени имплантирани в костите уреди.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

- контролни прегледи в лечебното заведение;
- продължаване на лечението, в т. ч. планиране на дейностите по отстраняване на имплантираните в костите уреди".
- рехабилитация;
- амбулаторно наблюдение/диспансеризация

Коректно попълнен фиш “Клинико-рентгенологичен минимум”.

Повторната хоспитализация за лечение на усложнения (фебрилитет, луксация на ендопротезата), възникнали в ранния следоперативен период и непроявили се в периода на хоспитализация, **не се отчита като нова клинична пътека.**

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, бл. МЗ – НЗОК №7.*

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Ортопедия и травматология”. Документ №2 се прикрепя към лист “История на заболяването”.

При процедури с кодове:

47480-00 Тракция на тазова фрактура
47492-00 Имобилизация на ацетабулна фрактура
47495-00 Тракция на ацетабулна фрактура
50352-00 Имобилизация на тазобедрена луксация
47516-00 Тракция на фрактура на бедрена кост

Не се изисква: лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2), задължителна предоперативна епикриза и Оперативен протокол.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Ортопедия и травматология”).

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, бл. МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГА *"Фиш за клинико-рентгенологичен минимум при изписване"*
.

Към ИЗ № ..... от .....

ФИШ ЗА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕН МИНИМУМ

Дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Походка: □ самостоятелна □ с едно помощно средство

□ с две помощни средства □ невъзможна

Имобилизация:

□ не □ с гипс □ с ортеза

Тромбоемболична профилактика:

□ да □ не

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА

Зарастнала:

□ per primam □ вторично

Хематом: □ да □ не

Наличие на оток на крайника:

□ не □ в дисталния край □ в проксималния край

□ на целия крайник

Оперативен шев:

□ свален □ не □ частично

АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

□ да □ не

ДРУГИ ДАННИ

Кръвна картина	Хемостазелогия	Рентгенографии
Хб Хт Ер. Левко	Вр. Кървене Вр. Съсирване Протромбиново време Фибриноген	Репозиция на счупването Вид остеосинтеза

Лекуващ лекар:

.....

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) (СРЕДНИ ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ В ОБЛАСТТА НА РАМЕННИЯ ПОЯС И ГОРНИЯ КРАЙНИК)

Какво представляват средните оперативни процедури в областта на горния крайник?

При определени счупвания, изкълчвания или заболявания в областта на горните крайници, необходимото лечение се свежда до извършването на неголеми оперативни процедури. Големината на процедурата се определя както от сложността на увредата, така и от вида на оперативната интервенция и периода на престой на пациента в лечебното заведение.

Защо трябва да постъпите в болница?

В болницата ще бъдат извършени различни изследвания, за някои от които ще Ви предоставим допълнителна информация, след прочитането на която Вие или Вашите близки могат да задават допълнителни въпроси. Въз основа на тези изследвания ще Ви бъде предложен план на лечение, което допълнително ще Ви бъде обяснено.

Какво Ви предстои на Вас или Вашето дете вътре в болницата?

След направените изследвания, ще Ви предложим операция, която ще Ви обясним. Извършването на операцията ще Ви осигури по-добро качество на живот. В случай, че операцията не се извърши, Вашето състояние или това на Вашето дете може прогресивно да се влошава и прогнозата за качеството на живота Ви сериозно да се влоши.

В някои случаи заболяванията и травмите, изискващи неголеми оперативни процедури, са сложни и комплексни и при тях се налагат повторни процедури, включително и за отстраняване на поставените метални остеосинтезни средства при предходните оперативни процедури. Независимо от това, навременно проведените неголеми оперативни процедури в значителна степен подобряват Вашето състояние и са необходимо условие за по-нататъшно консервативно или оперативно лечение.

В редки случаи операцията се извършва при много висок оперативен риск, който ще Ви бъде допълнително разяснен, за да вземете най-правилното за Вас или Вашето дете решение. По време на Вашия болничен престой, по време на диагностичните или оперативни процедури или в следоперативния период, могат да възникнат независещи от лечебния процес усложнения, което може да доведе до повторна операция със съответните рискове.

За успешното провеждане на лечението на Вас или Вашето дете се изисква известно усилие и от ваша страна. Не всички манипулации и етапи от лечението са леки за пациента, а някои от тях са свързани с болка. Вашето сътрудничество и търпение е важно за постигането на еднакво желания от нас и от Вас краен успешен резултат.

Какво представлява самата операция?

Вие или Вашето дете ще бъдете въведени в операционната зала след съответна предоперативна подготовка и тоалет. Там ще бъдете анестезирани, след което за Вашия живот ще се грижи оперативния екип. Ще се направи необходимата оперативна процедура. След операцията Вие или Вашето дете ще отидете в отделение, където за Вас ще бъде приготвено легло и Вие ще се възстановявате под внимателните грижи на лекуващия Ви персонал.

Посредством маншета, поставена на Вашата ръка, ще Ви бъде измервано кръвното налягане.

В една вена на предмишницата или на гърба на дланта ще Ви бъде поставена пластмасова канюла (периферен венозен път), по която ще текат инфузионни разтвори и ще се правят различни медикаменти.

Редица от неголемите оперативни процедури могат да бъдат осъществени и с прилагането на регионална анестезия. При този вид упойка медикаментът за обезболяване се поставя с тънка игла, след направена локална анестезия в областта на подмишничната ямка. При този метод се постига пълно обезболяване на горния крайник, при запазване на ясно съзнание и възможен контакт с оперативния екип. В следоперативния период, в продължение на 6-10 часа е възможно да не усещате напълно и да не движите пълноценно крайника. Това състояние е преходно и не трябва да Ви безпокои.

Понякога след операцията Вие може да бъдете объркани (дезориентирани), което не е необичайно. Всеки човек реагира по различен начин на медикаментите и ефекта от операцията. Бъдете спокойни, това състояние е преходно и преминава за няколко часа.

След Вашето или на Вашето дете стабилизиране, нормално протичане на зарастването на раните и раздвижване предстои изписване и продължаване на лечението в домашни условия.

КП № 223 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ГРЪДНИЯ КОШ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

ОСНОВНИ КОДОВЕ НА ПРОЦЕДУРИ

Други процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма	
90175-00	Други процедури на гръдна стена
38456-03	Други процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма с интраторакален достъп Имплантация на диафрагмален пейсмейкър
Корекция на пектус каринатум или екскаватум	
38457-00	Възстановяване на пектус каринатум Радикална корекция на пектус каринатум
Други възстановителни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма	
90176-00	Възстановяване на гръдна стена Затваряне на торакостомия Шев на лацерация на гръдна стена *Не включва*: торакопластика (38427-00, 38430 [565])
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура от посочените в таблица **Кодове на основни процедури** и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в **Приложение № 21, насочени към основното заболяване.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Гръдна хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Гръдна хирургия“; от обхвата на медицинската специалност „Хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“; от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“ от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ортопедия и травматология".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по гръдна хирургия и/или Клиника по детска хирургия или Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2.Операционен блок/зали
3. Клиника/отделение за интензивно лечение
4. Клинична лаборатория
5. Звено за образна диагностика; рентгенов апарат, ехографски апарат

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия за робот асистирана хирургия	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по гръдна хирургия – един

или

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – трима;

или

- лекари със специалност по хирургия – шест
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекар със специалност по гръдна хирургия – един

или

- лекари със специалност по ортопедия и травматология – трима;

или

- лекари със специалност по детска хирургия – пет
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностика и лечение за пациенти с:

- травми;
- възпалителни заболявания на стернума и ребрата (туберкулоза, остеомиелит, Титце с-м, периостит и др.);
- паразитни заболявания на стернума и ребрата (ехинокок и др.);
- вродени заболявания на гръдната стена, стернума и ребрата;
- гръбначни изкривявания, водещи до деформация на гръдния кош (сколиоза, кифоза и др.);
- травматични увреди на гръдната стена - пектус каринатум.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Необходими предоперативни изследвания - биологичен материал за лабораторни изследвания се взема до 12 час от постъпването. Образно изследване се извършва до 12 час от постъпването. Контролни изследвания се извършват до края на болничния престой.

На хоспитализация в ортопедо-травматологична клиника/отделение подлежат пациенти с:

- пектус екскаватум;
- комбинирани деформации на гръдния кош;
- синдром на Поланд;
- синдром на Марфан;
- аплазия/хипоплазия на стернума;
- стернум сцизум;
- аплазия/хипоплазия на ребрата;
- синостоза на ребра;
- допълнителни шийни ребра (скаленус антикус с-м);
- тортиколис;
- синдром на Клипел-Файл;
- гръбначни изкривявания, водещи до деформация на гръдния кош (сколиоза, кифоза и др.);
- тумори и тумороподобни заболявания на стернума и ребрата;
- мекотъканни новообразувания на гръдната стена (фибром, липом и др.)
- възпалителни заболявания на стернума и ребрата (туберкулоза, остеомиелит, с-м на Титце и др.);
- ехинокок и други паразитни заболявания на стернума и ребрата;
- посттравматична деформация на гръдната стена;
- ятрогенни деформации на гръдната стена.

Оперативното лечение на болните се извършва след включване в оперативната програма и задълбочено обсъждане по време на колегиуми, проведени в съответната клиника. При необходимост се консултират с различни специалисти за уточняване на необходимата предоперативна подготовка или следоперативна терапия (напр. химиотерапия при туморни заболявания или туберкулоза).

Оперативното лечение на вродените и придобити деформации на гръдния кош, условно може да се раздели на следните процедури:

При предна гръдна стена се прилагат различни оперативни техники в зависимост от големината, формата и степента на деформацията. Общото при тези техники е, че се извършват остеотомии на ребрата (нормална или клиновидна), остеотомии на стернума (надлъжни, напречни или комбинирани), отпрепариране на париеталната плевра от стернума и ребрата и премахване на всички сраствания в тази област. Освобождаване на диафрагмата от процесус ксифоидеус. Финалната част от оперативните процедури се състои от фиксиране на така направените коригиращи остеотомии с метални имплантати, костни трансплантати или комбиниране на метални имплантати и костни трансплантати.

При деформации, касаещи задна или задно-страничната гръдна стена, се прилагат оперативни техники, които се състоят от парциална или тотална резекция на едно до 6-7 ребра, в зависимост от необходимостта за получаване на най-добра корекция. Медиалния край на реброто/ребрата внимателно се дезартикулират от косто-трансверзалната и косто-вертебралната стави. Резецират се също така и процеси трансверзи, процеси спинози, и ако се налага - част от

дъгата на прилежащия прешлен. Латералната част на ребрата се фиксира към гръбначния стълб или към прилежащите отгоре и отдолу ребра.

При възпалителни (специфични и неспецифични) заболявания се пристъпва към секвестректомия, парциална резекция или тотална остектомия на заболялата кост.

При допълнително шийно ребро, брахиален радикулит и деформация на м. стерноклейдомастоидеус се извършва процедурата миотомия, която е сериозна оперативна интервенция, тъй като зоната, в която се работи се характеризира с изключително сложна анатомия. Структурите, които трябва да бъдат протектирани по време на оперативната процедура, са: н. акцесориус и а. субклавия при биполарна миотомия на м.стерноклеидомастоидеус; н. френикус и а. субклавия при миотомия на м. скаленус антериор; пл. брахиалис, в. югуларис интерна и а. каротис комунис при резекция на допълнително шийно ребро.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Постоперативно и след хистологично изследване (ако е необходимо); по преценка при определени нозологии.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

Коректно попълнен фиш “Клинико-рентгенологичен минимум“

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, *бл. МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Ортопедия и травматология”. Документ №2 се прикрепя към лист “История на заболяването”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Ортопедия и травматология”).

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“, бл. МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

КЪМ ИЗ НА ПАЦИЕНТА СЕ ПРИЛАГА “Фиш за клинико-рентгенологичен минимум при изписване” .

Към ИЗ № ..... от .....

ФИШ ЗА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕН МИНИМУМ

Дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Походка: □ самостоятелна □ с едно помощно средство

□ с две помощни средства □ невъзможна

Имобилизация:

□ не □ с гипс □ с ортеза

Тромбоемболична профилактика:

□ да □ не

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА

Зарастнала:

□ per primam □ вторично

Хематом: □ да □ не

Наличие на оток на крайника:

□ не □ в дисталния край □ в проксималния край

□ на целия крайник

Оперативен шев:

□ свален □ не □ частично

АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

□ да □ не

ДРУГИ ДАННИ

Кръвна картина	Хемостазелогия	Рентгенографии
Хб Хт Ер. Левко	Вр. Кървене Вр. Съсирване Протромбиново време Фибриноген	Репозиция на счупването Вид остеосинтеза

Лекуващ лекар:

.....

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) (ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ГРЪДНИЯ КОШ)

Заболяванията на гръдния кош са разнообразни и различни по тежест.

Най-често се срещат т.нар. *хлътнали (обущарски)* и *изпъкнали (птичи)* гърди. Те се появяват в ранната детска възраст и се засилват в пубертета. Някои от тези деформации са силно изразени и могат да доведат освен до изразен статичен и козметичен дефект до тежки изменения в белия дроб и сърцето. Това изисква оперативна корекция в детско-юношеската възраст. Операциите за тази корекция спадат към големите интервенции. При съвременната оперативна техника и анестезия резултатите са много добри, а компликациите са редки, макар че понякога могат да бъдат сериозни.

Оперативното лечение на болните със заболявания на гръдния кош се извършва след задълбочено обсъждане с пациентите или родителите. При необходимост се провеждат консултации с различни специалисти за уточняване на необходимата предоперативна подготовка или следоперативна терапия.

При оперативното лечение на деформациите на предна гръдна стена се прилагат различни оперативни техники в зависимост от големината, формата и степента на деформацията. Общото при тези техники е, че се извършва коригираща процедура, включваща мобилизиране на ребрата и гръдната кост и довеждането им до нормална позиция. Финалната част от оперативните процедури се състои от фиксиране на така направената корекция чрез поставяне на метални имплантати, костни трансплантати или комбиниране на метални имплантати и костни трансплантати.

При деформации, засягащи задна или задно-страничната гръдна стена се прилагат оперативни техники, които се състоят от парциално или тотално отстраняване на едно или няколко ребра или тяхното пластично моделиране (торакопластика), в зависимост от необходимостта за получаване на най-добра корекция.

При възпалителни (специфични и неспецифични) заболявания се извършва частично отстраняване на заболялата кост.

При допълнително шийно ребро, брахиален радикулит и деформация на м. стерноклейдомастоидеус се извършва процедурата миотомия или отстраняване на притикащото допълнително ребро, което цели осигуряване на повече пространство за важните съдове и нерви, намиращи се областта.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

КП № 224 СЕПТИЧНИ (БАКТЕРИАЛНИ) АРТРИТИ И ОСТЕОМИЕЛИТИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой – 7 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Стафилококов артрит и полиартрит

M00.00	Множествена локализация			
M00.01	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M00.02	Мишница	раменна кост	лакътна става	
M00.03	Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M00.04	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M00.05	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M00.06	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M00.07	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M00.08	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

<u>Пневмококов артрит и полиартрит</u>

M00.10	Множествена локализация			
M00.11	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M00.12	Мишница	раменна кост	лакътна става	
M00.13	Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M00.14	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M00.15	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M00.16	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M00.17	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M00.18	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Други стрептококови артрити и полиартрити

M00.20	Множествена локализация			
M00.21	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M00.22	Мишница	раменна кост	лакътна става	
M00.23	Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M00.24	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M00.25	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M00.26	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M00.27	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M00.28	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Артрити и полиартрити, предизвикани от други уточнени бактериални агенти

При необходимост от идентифициране на бактериалния агент се използва допълнителен код (B95-B96).

M00.80	Множествена локализация			
M00.81	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M00.82	Мишница	раменна кост	лакътна става	
M00.83	Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M00.84	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M00.85	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M00.86	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M00.87	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M00.88	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Остър хематогенен остеомиелит

M86.00	Множествена локализация			
M86.01	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M86.02	Мишница	раменна кост	лакътна става	

M86.03	Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
M86.04	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M86.05	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M86.06	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M86.07	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M86.08	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

Други форми на остър остеомиелит

M86.10	Множествена локализация		
M86.11	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна стави
M86.12	Мишница	раменна кост	лакътна става
M86.13	Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
M86.14	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M86.15	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M86.16	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M86.17	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M86.18	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

Подостър остеомиелит

M86.20	Множествена локализация		
M86.21	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна стави
M86.22	Мишница	раменна кост	лакътна става
M86.23	Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
M86.24	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M86.25	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става

M86.26	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M86.27	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M86.28	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

Мултиплен хроничен остеомиелит

M86.30	Множествена локализация		
M86.31	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна стави
M86.32	Мишница	раменна кост	лакътна става
M86.33	Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
M86.34	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M86.35	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M86.36	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M86.37	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M86.38	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

Хроничен остеомиелит с фистула

M86.40	Множествена локализация		
M86.41	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна стави
M86.42	Мишница	раменна кост	лакътна става
M86.43	Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
M86.44	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M86.45	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M86.46	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M86.47	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M86.48	Други	гръбначен стълб ребра шия череп	

		глава		
		тяло		

Други хронични хематогенни остеомиелити

M86.50	Множествена локализация			
M86.51	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M86.52	Мишница	раменна кост	лакътна става	
M86.53	Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M86.54	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M86.55	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M86.56	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M86.57	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M86.58	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Други хронични остеомиелити

M86.60	Множествена локализация			
M86.61	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M86.62	Мишница	кост	лакътна става	
M86.63	Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M86.64	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M86.65	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M86.66	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M86.67	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M86.68	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

Друг остеомиелит

Абсцес на Brodie

M86.80	Множествена локализация			
M86.81	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави

M86.82	Мишница	раменна кост	лакътна става
M86.83	Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
M86.84	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M86.85	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M86.86	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M86.87	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M86.88	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

Остеомиелит, неуточнен

Костна инфекция БДУ

M86.90	Множествена локализация		
M86.91	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна стави
M86.92	Мишница	раменна кост	лакътна става
M86.93	Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става
M86.94	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости
M86.95	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става
M86.96	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M86.97	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M86.98	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Рентгенография на гръбначен стълб	
58100-00	Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
58103-00	Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57506-00 Рентгенография на хумерус

57506-01 Рентгенография на лакът

57506-02 Рентгенография на предмишница

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

57512-03 Рентгенография на длан, пръсти и китка

Рентгенография на таз

59503-00 Рентгенографска пелвиметрия

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

Компютърна томография на крайник

56619-00 Компютърна томография на крайник
Включва: ръка
кост пръст
крайници крак
меки тъкани

Компютърна томография на таз

56409-00 Компютърна томография на таз

Магнитно резонансен образ

90901-06 Магнитно резонансна томография на таз
Включва: пикочен мехур
Простата

90901-07 Магнитно резонансна томография на крайници

Микробиологични изследвания

91929-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от ухо и/или нос и/или гърло и/или ларинкс за култура и чувствителност

91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

1923 Хематологични изследвания

Включва задължително всяко едно от следните:

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-11	Изследване на фибриноген

1924 Биохимични изследвания

Включва задължително всяко едно от следните:

91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Аспирация на други мускулно-скелетни точки

50124-00	Аспирация на става или друга синовиална кухина, некласифицирана другаде Аспирация на бурса

Приложение на агент в други мускулно-скелетни точки

50124-01	Приложение на агент в става или друга синовиална кухина, некласифицирано другаде Прилагане на агент в става или друга синовиална кухина за локален ефект БДУ Инжектиране: • в бурса на: • кортикостероид • локален анестетик

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент *Виж допълнителни знаци* Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп

	• венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент *Виж допълнителни знаци* Прилагане на фармакологичен агент чрез: • инфузионен порт • Port-A-Cath • резервоар (подкожен) • устройство за съдов достъп • венозен катетър *Кодирай също когато е направена:* • поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766]) • зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920]) *Не включва*: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена ако са приложени и отчетени минимум четири основни диагностични процедури, от които задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания, посочени в блок 1923 „Хематологични изследвания“ и блок 1924 „Биохимични изследвания“), и една основна терапевтична процедура, посочени в блок **Кодове на основни процедури**.

Когато се използват кодовете от блок 1923 и 1924, се извършват и кодират всички кодове на изследвания от двата блока и се считат за една основна диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана най- малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“; от обхвата на медицинската специалност „Педиатрия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Педиатрия“; от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по педиатрия или Клиника по детска ревматология или Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по ортопедия и травматология
2. Клинична лаборатория
3. Отделение по образна диагностика
4. Лаборатория (отделение) по клинична патология (съгласно медицински стандарт по Хирургия - Детска хирургия)

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Вирусологична лборатория (съгласно медицински стандарт по Хирургия - Детска хирургия)
4. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- четирима лекари със специалност педиатрия
или
- лекар със специалност по детска ревматология или детска ревмокардиология
или
- лекар със специалност по детска хирургия
или
- двама лекари със специалност по ортопедия и травматология;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност клинична лаборатория.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Диагностика и лечение за пациенти със:

- остър септичен артрит;
- остър остеомиелит;
- септичен артрит с интоксикационно-фебрилен синдром;
- септичен артрит или остеомиелит със СУЕ по Панченко над 20 мм или CRP с 50 % над нормата;
- септичен артрит или остеомиелит в хода на друго заболяване;
- болни с рецидив на септичния артрит;
- болни с рецидив на остеомиелита.

б) ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания при спешни индикации се взема до 6 час от постъпването, а в останалите случаи се взема до 24 час от постъпването.

Медикаментозното лечение започва до 6 час от началото на хоспитализацията. В случай на необходимост рентгенография се извършва до 24 час от началото на хоспитализацията.

- антибактериални медикаменти -съобразно възрастта и етиологията;
- антимикотични медикаменти;
- локално (вътреставно) антибиотично лечение;
- нестероидни противовъзпалителни средства;
- криотерапия.

Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променени показатели се извършват задължително до края на хоспитализацията.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на проведените лабораторни, инструментални и образни изследвания, според посочените изисквания за завършена клинична пътека (извършени изискуемите от клиничната пътека диагностични и терапевтични процедури).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- поставена окончателна диагноза;
- овладяване на фебрилитета;
- подобрение в общото състояние и подобрение на функционалния капацитет на засегнатите стави;
- подобрение на показателите за възпалителна активност на заболяването.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл. МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл. МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника/попечителя), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника/попечителя) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) (СЕПТИЧНИ (БАКТЕРИАЛНИ) АРТРИТИ И ОСТЕОМИЕЛИТИ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ)

Септичният артрит е гнойна (бактериална) инфекция на една или повече стави.

Среща се във всяка възраст, но честотата е най – голяма в първите две години от живота.

Най – честият причинител при децата до 4 год. възраст е Haemophylus influencae, при децата над 4 год. – златистият стафилокок (40 – 50 %), следван от стрептококи, пневмококи и др.

Инфекцията се разпространява най – често по кръвен път, рядко чрез рана или по съседство при наличие на остеомиелит у новороденото и кърмачето.

Най – често се засягат големите стави, които носят тежестта на тялото: коляно, тазобедрени и глезенни стави, като в 95 % от случаите възпалението се локализира само в една става.

Началото е най - често остро с температура и влошаване на общото състояние с признаци на локално възпаление на засегнатите стави – болка, ограничения в движенията (куцане), оток, топлина и зачервяване. В кръвната картина се установяват данни за възпаление. За диагнозата са необходими рентгенологично изследване и извършване на ставна пункция с посявка на ставното съдържимо за определяне на причинителя.

Лечението е с антибиотици, съобразно резистентността на причинителя в продължение на 3 – 4 седмици. Често се налага хирургичен дренаж за евакуиране на гнойта от ставата. В началото на заболяването се препоръчва покой. Важна след това е адекватната кинезитерапия.

Прогноза: Ранното разпознаване, адекватното антибиотично лечение и бързото евакуиране на гнойта гарантират пълно възстановяване.

Остеомиелитът е костна инфекция причинена най- често от златистия стафилокок (80 – 90 %), по-рядко от стрептококи, пневмококи, грам- отрицателни бактерии.

При 4/5 от случаите остеомиелитът засяга детската възраст (половината от болните са кърмачета).

Източник на заболяването са кожни инфекции, ангини, травми, но в голям брой от случаите причината е неясна. Следва разпространение по кръвен път с локализиране на причинителя в дългите тръбни кости. Предилекционно се засягат големи кости (бедро, подбедрица, рамо, предмишница). В кърмаческа възраст огнищата могат да бъдат множествени.

Характерни са висока температура, понякога замъглено съзнание до септичен шок, силни локални болки, мекотъканни отоци, зачервяване на кожата и ограничения в движенията.

Нелекуваният остър остеомиелит може да премине в хронична форма.

Диагнозата се поставя въз основа на микробиологично изследване на кръв (хемокултура), посявка от гноен пунктат, рентгенография, сцинтиграфия.

Провежда се антибиотично лечение съобразно резистентността на причинителя в продължение на 4 – 6 седмици и при необходимост се прави хирургичен дренаж.

Прогноза: Ранното разпознаване, адекватното антибиотично лечение и бързото евакуиране на гнойта гарантират пълно възстановяване.

КП № 225 ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ В ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНАТА ОБЛАСТ С МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ – 3 ДНИ

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Екзентерация на орбита	
	Евисцерация на орбита
42536-00	Екзентерация на орбита
42536-04	Екзентерация на орбита с отстраняване на прилежащите структури
42536-05	Екзентерация на орбита с терапевтично отстраняване на орбитална кост
42536-01	Екзентерация на орбита с кожен графт
	Не включва: :такава с трансплантация на темпорален мускул (42536-03 **[225]**)
42536-02	Екзентерация на орбита с трансплантация на темпорален мускул
	Не включва: тази с кожен графт (42536-03 **[225]**)
42536-03	Екзентерация на орбита с кожен графт и трансплантация на темпорален мускул
Други ексцизионни процедури на орбита	
42573-00	Ексцизия на периорбитален дермоид, напред към орбиталната преграда
42574-00	Ексцизия на орбитален дермоид, назад към орбиталната преграда
Други процедури на орбита	
90083-00	Други процедури на орбита
Орбитотомия с биопсия или ексцизия	
	Не включва: отстраняване и замяна на кост (виж блок [227])
42542-00	Експлоративна орбитотомия, преден аспект, с ексцизия на лезия
42543-00	Експлоративна орбитотомия, ретробулбарен аспект, с ексцизия на лезия
42542-01	Експлоративна орбитотомия, преден аспект с отстраняване на чуждо тяло Премахване на чуждо тяло от орбита, преден аспект, чрез инцизия
42543-01	Експлоративна орбитотомия, ретробулбарен аспект, с отстраняване на чуждо тяло Премахване на чуждо тяло от орбита, ретробулбарен аспект, чрез инцизия
42545-01	Орбитотомия за декомпресия на орбита чрез отстраняване на интраорбиталните (перибулбарни) (ретробулбарни) мазнини *Забележка*: Извършена при дистироидна очна болест
42533-01	Експлоративна орбитотомия с биопсия
Орбитотомия с отстраняване и подмяна на кост	
	Декомпресионна орбитотомия с отстраняване и замяна на кост
42530-00	Експлоративна орбитотомия, изискваща отстраняване и подмяна на кост
42530-01	Експлоративна орбитотомия с биопсия, изискваща отстраняване и подмяна на кост
42539-00	Експлоративна орбитотомия с ексцизия на лезия, изискваща отстраняване и подмяна на кост

42539-01 Експлоративна орбитотомия с отстраняване на чуждо тяло, изискваща отстраняване и подмяна на кост

42545-00 Орбитотомия за декомпресия на орбита чрез фенестрация на ≥ 2 стени

Включва: отстраняване и подмяна на кост

Забележка: Извършена при дистироидна очна болест

Ринопластика

Включва: турбинектомия

Кодирай също когато е направена:
• септопластика (41671-02, 41671-03 [379])

Не включва: увеличаваща ринопластика само с имплант (45051-01 [1682])
смесен графт на нос (45656-00 [1669])
ревизия на ринопластика (45650-00 [1687])
кожно:
• ламбо на нос (45206-01 [1651], 45221-01, 45224-01 [1653], 45230 [1653] и [1654],
45227-00, 45233, 45236-00 [1654])
• графт на нос (45400-01 [1641], 45400-00 [1642], 45448-01 [1645], 45445-00 [1647],
45451-01 [1649])

45638-00 Тотална ринопластика
Корекция на хрущял и костен свод
Ринопластика БДУ

Ексцизионни процедури на език

41779-01 Тотална ексцизия на език
Тотална глосектомия

Не включва: такава с частична фарингектомия (41785-01 **[420]**)

Ексцизионни процедури на слюнчена жлеза или канал

30247-00 Тотална екстирпация на паротидната жлеза
Тотална паротидектомия

30250-00 Тотална екстирпация на паротидната жлеза със запазване на лицевия нерв
Тотална паротидектомия със запазване на лицевия нерв

90138-00 Ексцизия на лезия на слюнчена жлеза

30259-00 Ексцизия на подезична жлеза

30256-00 Ексцизия на подчелюстна жлеза

Ексцизия на лезия на уста или небце

30275-00 Радикална ексцизия на интраорална лезия

Включва: резекция на:
• лимфен възел (и)
• мандибула

Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

31340-00 Ексцизия на мускул,кост или хрущял,ангажирани с кожна лезия

Кодирай първо:
• ексцизия на кожна лезия (31205, 31230, 31235 **[1620]**)

Други ексцизионни процедури на фаринкс

31412-00 Ексцизия на рецидивираща или персистираща парафарингеална лезия с цервикален достъп

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

33827-00 Възстановяване на каротидна артерия чрез директна анастомоза

32766-00 Възстановяване на друга артерия чрез директна анастомоза

Възстановяване на вена с анастомоза

33827-01 Възстановяване на югуларна вена чрез директна анастомоза

32766-01 Възстановяване на друга вена чрез директна анастомоза

Други ексцизионни процедури върху кост на други мускулно-скелетни точки

30241-00 Ексцизия на костна лезия, некласифицирана другаде
Ексцизия на доброкачествено костно новообразувание БДУ
Не включва: такава с анатомично специфичен алографт (50230-00 [1563])

90572-00 Остектомия, некласифицирана другаде
Ексцизия на кост БДУ
Не включва: такава на кост, включена в кожна лезия (31340-00 [1566])

50203-00 Маргинална ексцизия на костна лезия

50230-00 Резекция на костна лезия с анатомичен специфичен алографт

Резекция на мандибула

45605-00 Частична резекция на мандибула
Сегментна резекция на мандибула
Хемимандибулектомия

52120-00 Частична резекция на мандибула с кондилектомия
Хемимандибулектомия с кондилектомия
Сегментна резекция на мандибула с кондилектомия

45602-00 Субтотална резекция на мандибула

45755-00 Темпоромандибуларна менисцектомия

Не включва: такава с:
- експлорация на темперомандибуларна става (45869-00, 45871-00, 45873-00 **[1362]**)
- ламбо или графт (45873-00 **[1362]**)

45611-00 Мандибуларна кондилектомия

Не включва: такава с мандибуларна резекция:
- частична (52120-00 **[1699]**)
- тотална (45599-00 **[1699]**)

Резекция на мандибула

45599-00 Тотална резекция на двете страни на долната челюст

Включва: кондилектомия

Реконструкция на мандибула

45608-00 Реконструкция на мандибуларния кондил

45608-01 Частична реконструкция на мандибула
Хемимандибуларна реконструкция
Сегментна реконструкция на мандибула

45608-02 Субтотална реконструкция на мандибула

45608-03 Тотална реконструкция на мандибула

45608-04 Реконструкция на мандибула чрез костна дистракция
Мандибуларна дистракционна остеосинтеза

45791-00 Изграждане на липсващ кондил и възходящ клон

Забележка: Извършена за хемифациална микросомия

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на кост за графт (47726-00 **[1563]**)

Резекция на максила

45605-01 Частична резекция на максила
Хемимаксилектомия
Сегметна резекция на максила

45602-01 Субтотална резекция на максила

45596-00 Тотална резекция на 1 максила

Включва: резекция на орбитален под

45597-00 Тотална резекция на двете максили

Включва: резекция на орбитален под

Резекция на друга лицева кост

Включва: маларна кост
назална кост
резекция на околни меки тъкани
зигоматична кост

Кодирай също когато е направена:
• зигоматична реконструкция (90683-00 [1715])

Не включва: резекция на:
• мандибула (45599-00, 45602-00, 45605-00, 45611-00 [1699])
• максила (45596-00, 45597-00, 45602-01, 45605-01 [1700])

90678-00 Частична резекция на друга лицева кост, некласифицирана другаде

90678-01 Субтотална резекция на друга лицева кост, некласифицирана другаде

90678-02 Тотална резекция на друга лицева кост, некласифицирана другаде

Реконструкция на други черепни и лицеви кости

90684-00 Друга реконструкция на лицева кост

Реконструкция на максила

Реконсктруктивна остеопластика на максила

Кодирай също когато е направена:
• ламбо (виж блокове **[1671]** и **[1674]**)

52122-00 Частична реконструкция на максила
Сегментна реконструкция на максила

52122-01 Субтотална реконструкция на максила

52122-02 Тотална реконструкция на 1 максила

52122-03 Тотална реконструкция на двете максили

Реконструкция на зигоматична кост

Реконскструктивна остеопластика на зигоматична кост

90683-00 Реконструкция на зигоматична кост

Не включва: такова за корекция на Treacher Collins синдром (45773-00 **[1711]**)
такава с:
- реконструкция на гленоидална ямка, зигоматична дъга и темпорална кост (45788-00 **[1717]**)
- премахване на лезия включваща средната черепна и инфратемпорална ямка (**[17]**)

Реконструкция на орбитална кухина

Включва: орбитална основа
орбитална стена
редукция на пролабирало или заклещено орбитално съдържание

Не включва: корекция на:
- хипертелоризъм (45767, 45770-00 [1711])
- орбитална дистопия (45776-00, 45779-00 [1711])
- синдром наTreacher Collins (45773-00 [1711])

преместване напред на лицева кост (45782, 45785 [1710])

45590-00 Реконструкция на орбитална кухина

45590-01 Реконструкция на орбитална кухина с имплант

Включва: алопластичен }
силиконов } имплант (пач)
синтетичен (изкуствен) }

45593-00 Реконструкция на орбитална кухина с хрущялен графт

45593-01 Реконструкция на орбитална кухина с имплант и хрущялен графт

Включва: алопластичен }
силиконов } имплант (пач)
синтетичен (изкуствен) }

45593-02 Реконструкция на орбитална кухина с костен графт

45593-03 Реконструкция на орбитална кухина с имплант и костен графт

Включва: алопластичен }
силиконов– } имплант (пач)
синтетичен (изкуствен) }

Други възстановителни процедури на орбита

90082-00 Друго възстановяване на орбита

Гениопластика

45761-00 Редукционна гениопластика
Редукция на брадичка

45761-01 Уголемяваща гениопластика
Увеличаване на брадичка, включващо меки тъкани и кост
Гениопластика БДУ
Ментопластика БДУ

Включва: костен графт

Не включва: увеличаване на брадичка включващо само меки тъкани (45051-00 [1682])

Остеотомия или остектомия на зигома

Остеопластика чрез остеотомия на зигоматична кост

Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])

Не включва: реконструктивна остеопластика на зигоматична кост (90683-00 [1715])
такава с корекция на орбитална дистопия (45776-00, 45779-00 [1711])
такава с вътрешна фиксация (90680 [1704])

90679-00 Остеотомия на зигоматична кост, едностранна

90679-01 Остеотомия на зигоматична кост, двустранна

90679-02 Остектомия на зигоматична кост, едностранна

90679-03 Остектомия на зигоматична кост, двустранна

Остеотомия или остектомия на зигоматична кост с вътрешна фиксация

Остеопластика чрез остеотомия или остектомия на зигоматична кост чрез вътрешна фиксация

Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове

Кодирай също когато е направена:
• доставяне на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])

Не включва: такава с корекция на орбитална дистопия (45776-00, 45779-00 [1711])

90680-00 Остеотомия на зигоматична кост с вътрешна фиксация, едностранна

90680-01 Остеотомия на зигоматична кост с вътрешна фиксация, двустранна

90680-02 Остектомия на зигоматична кост с вътрешна фиксация, едностранна

90680-03 Остектомия на зигоматична кост с вътрешна фиксация, двустранна

Друго възстановяване на череп и лицева кост

90681-00 Друго възстановяване на лицева кост

Остеотомия или остектомия на мандибула или максила

Мандибуларна или максиларна остеопластика чрез остеотомия или остектомия

Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове

Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• доставяне на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])

Не включва: сложни комбинации от остеотомия/остектомия върху долна или горна челюст (45731, 45735-00, 45741-00, 45747-00 [1707])
множество (повече от две) процедури на:
• мандибула (45731-00 [1707])
• максила (45731-01 [1707])
такава с вътрешна фиксация (45723, 45729 [1706])

45720-00 Остеотомия на мандибула, едностранно

45726-00 Остеотомия на мандибула, двустранно

45720-01 Остеотомия на максила, едностранно

45726-01 Остеотомия на максила, двустранно
Le Fort I остеотомия

45720-02 Остектомия на мандибула, едностранно

45726-02 Остектомия на мандибула, двустранно

45720-03 Остектомия на максила, едностранно

45726-03 Остектомия на максила, двустранно

Остеотомия или остектомия на мандибула или максила с вътрешна фиксация

Мандибуларна или максиларна остеопластика чрез остеотомия или остектомия с вътрешна фиксация

Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове

Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• доставяне на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])

Не включва: сложни комбинации от остеотомия/остектомия върху долна или горна челюст (45732, 45738-00, 45744-00, 45752-00 [1708])
множество (повече от две) процедури на:
• мандибула (45732-00 [1708])
• максила (45732-01 [1708])

45723-00 Остеотомия на мандибула с вътрешна фиксация, едностранно

45729-00 Остеотомия на мандибула с вътрешна фиксация, двустранна

45723-01 Остеотомия на максила с вътрешна фиксация, едностранно

45729-01 Остеотомия на максила с вътрешна фиксация, двустранна
Le Fort I остеотомия с вътрешна фиксация

45723-02 Остектомия на мандибула с вътрешна фиксация, едностранно

45729-02 Остектомия на мандибула с вътрешна фиксация, двустранна

45723-03 Остектомия на максила с вътрешна фиксация, едностранно

45729-03 Остектомия на максила с вътрешна фиксация, двустранна

Остеотомия или остектомия на мандибула или максила, комбинирани процедури

Мандибуларна или максиларна остеопластика чрез остеотомия или остектомия, комбинирани процедури

Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове

Забележка: Този блок включва множество остеотомии или множество остектомии или комбинация от процедури на мандибула и максила или двете кости

Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• доставка на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])

Не включва: среднолицеви остеотомии (45753-00 [1709])
такава с вътрешна фиксация (45732, 45738-00, 45744-00, 45752-00 [1708])

45731-00 Остеотомии или остектомии на мандибула, ≤ 3 процедури

45731-01 Остеотомии или остектомии на максила, ≤ 3 процедури

45735-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила, 4 процедури

45741-00 Остеотомии или остектомии, на мандибулата и максилата, 5 процедури

45747-00 Остеотомии или остектомии, на мандибула и максила ≥ 6 процедури

Среднолицеви остеотомии

3 или повече среднолицеви остеотомии (остеопластики)
Le Fort II } остеотомия
Le Fort III }

(остеопластика)
Модифицирана Le Fort III (маларно-максиларна) (назомаларна) }

Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове

Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• доставка на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])

45753-00 Среднолицеви остеотомии

45754-00 Среднолицеви остеотомии с вътрешна фиксация

Преместване напред на челна кост

Фронтално костно преоформяне чрез остеотомия и преместване напред

Не включва: това с хирургия на темпопариетална или окципитална област (45785-03 [1717])

45782-00 Преместване напред на челна кост, едностранно

45782-01 Преместване напред на челна кост с частично преместване на орбита, едностранно

45782-02 Преместване напред на челна кост с тотално преместване на орбита, едностранно

45785-00 Преместване напред на челна кост, двустранно

45785-01 Фронтално преместване напред с частично преместване на орбита, двустранно

45785-02 Фронтално преместване напред с тотално преместване на орбита, двустранно

Корекция на черепна деформация

Включва: костен графт

Не включва: преместване напред на челна кост (45782, 45785 [1710])
процедури за краниостеноза (40115-00, 40118-00 [1718])
реконструкция на гленоидална ямка, зигоматична дъга и темпорална кост (45788-00 [1717])
реконструкция на орбитална кухина (45590, 45593 [1716])
тотална реконструкция на черепен свод (45785-03 [1717])

45773-00 Периорбитална корекция на Treacher Collins синдром
Двустранна реконструкция на латерални и долни части на орбита

Включва: костно ламбо от черепния свод
ребро и/или илиачен костен графт

45767-01 Интракраниална корекция на хипертелоризъм с Le Fort III остеотомия
Фасциално лицево разделяне на две

45770-00 Субкраниална корекция на хипертелоризъм
Екстракраниална корекция на хипертелоризъм
Тотална репозиции на орбита за хипертелоризъм, субкраниална или екстракраниална

Други ексцизионни процедури върху кост на други мускулно-скелетни точки

47726-00 Доставяне на кост за графт чрез отделен разрез

Не включва: такава от същата инцизия – пропусни кода
: такава с ринопластика (45644-01, 45644-02 **[1679]**)

47732-00 доставяне васкуларизирано костно краче за графт

Не включва: такава от същата инцизия – пропусни кода

Графт на други мускулно-скелетни точки

48239-00 Костен графт, некласифициран другаде

Кодирай също когато е направена:
• доставка на кост за графт чрез отделна инцизия (47726-00 **[1563]**)

48242-00 Костен графт с вътрешна фиксация, некласифициран другаде

Кодирай също когато е направена:
• доставка на кост за графт чрез отделна инцизия (47726-00 **[1563]**)

50206-01 Маргинална ексцизия на лезия на кост с автографт на дефекта

50206-02 Маргинална ексцизия на костна лезия с алографт на дефекта

50206-03 Маргинална ексцизия на костна лезия с циментиране на дефекта

Мускулно ламбо

Мускулно ламбо, взето от донорско място в близост до дефекта и трансферирано към реципиентно място, със собствено кръвоснабдяване

Кодирай също когато е направена:
• кожен графт към реципиентно място (виж Индекс: Графт, кожа, по локализация или по вид)

Не включва: мускулно ламбо:
• свободно (виж блок [1674])
• остров (виж блок [1673])
миокутанно ламбо:
• свободно (виж блок [1674])
• остров (виж блок [1673])
• БДУ (виж блок [1671])

45015-00 Отложено мускулно ламбо
Ламбо, частично повдигнато на донорското място, с отложен трансфер за по-късен оперативен епизод, за подобряване на кръвоснабдяването на ламбото

45009-01 Мускулно ламбо

Островно ламбо

Ламбо, използващо трансферирана тъкан, напълно отделена от околните тъкани и основата, с изключение на краче, съдържащо артерии и вени. Тъканта е тунелирана под кожата и прехвърлена на реципиентното място (с краче оставащо под кожата и прикрепено към донорското място)

Включва: фасциокутанно
фасциомиокутанно } островно ламбо
мускулно }
миокутанно }

Не включва: свободно ламбо (виж блок [1674])
това при реконструкция на гърда (45530-02 [1756])

45563-00 Островно ламбо на съдово краче
Неинервирано островно ламбо

Не включва: такава за транспозиция пръст на ръка (46507-00 [1467])

45563-01 Островно ламбо на нервно-съдово краче
Инервирано островно ламбо

Не включва: такава към ръка за пулпарна инервация (46504-00 [1467])

Реконструкция на устна или уста

Не включва: реконструкция на заешка устна (45701-00, 45704-00 [1689])

45671-00 Реконструкция на устна с ламбо, единствен или първи етап
Abbe ламбо на устна, първи етап
Estlander ламбо
Gillies ветрилообразно ламбо
Karapandzic ламбо
McGregor ламбо
Модифицирано Gillies ламбо

45674-00 Реконструкция на устна с ламбо, втори етап

	Разделяне по Abbe ламбо на устна
52324-00	Реконструкция на уста с директно ламбо от език, единствен или първи етап
52327-00	Реконструкция на уста с директно ламбо от език, втори етап
Контурна реконструкция	
45051-00	Реконструкция на контурите на лицето с имплант Увеличаваща ринопластика с имплант Увеличение на брадичка, включваща меките тъкани с имплант ***Не включва:*** увеличаваща ринопластика с графт (45641, 45644 **[1679]**) увеличение на брадичка с костен графт (45761-00 **[1702]**)
45051-01	Друга реконструкция на контурите с имплант Мускулно увеличение (контурно) с имплант
Контурно възстановяване	
	Не включва: при ринопластика (45641, 45644 [1679])
45647-00	Възстановяване на лицев контур с използване на костен графт
45647-01	Възстановяване на лицев контур с използване на хрущялен графт
45647-02	Възстановяване на лицев контур с използване на костен и хрущялен графт
Графт на други мускулно-скелетни точки	
90583-00	Сухожилен графт, некласифициран другаде
90583-01	Мускулен графт, некласифициран другаде
Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21.**

Основна процедура **92191-00 или 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Лицево-челюстна хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Лицево-челюстна хирургия"; от обхвата на медицинската специалност "Ушно-носни-гърлени болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ушно- носни -гърлени болести"; от обхвата на медицинската специалност "Пластично-възстановителна и естетична хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пластично-възстановителна и естетична хирургия" (за процедури с кодове 42536-00, 42536-04; 45638-00; 33827-00, 32766-00, 33827-01, 32766-01; 50230-00; 45015-00, 45009-01, 45563-00, 45563-01, 45671-00, 45674-00, 52324-00, 52327-00; 47726-00, 47732-00, 48239-00, 48242-00, 50206-01, 50206-02, 50206-03; 45051-00, 45051-01, 45647-00, 45647-01, 45647-02, 90583-00, 90583-01).

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по лицево-челюстна хирургия или Клиника по пластично-възстановителна хирургия или Клиника/отделение по УНГ
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия и инструменти за фиксиращите процедури	НЗОК не заплаща посочените изделия

б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по ЛЧХ - двама лекари със специалност по лицево-челюстна хирургия

или

в клиника/отделение по ПВЕХ - трима лекари със специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия

или

- в клиника/отделение по УНГ - двама лекари с призната специалност по "Ушно-носно-гърлени болести",

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по ЛЧХ - двама лекари със специалност по лицево-челюстна хирургия

или

- в клиника/отделение по ПВЕХ - трима лекари със специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия

или

- в клиника/отделение по УНГ - двама лекари с призната специалност по "Ушно-носно-гърлени болести",
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Специалисти по пластично-възстановителна хирургия могат да изпълняват само следните процедури с кодове: 42536-00, 42536-04; 45638-00; 33827-00, 32766-00, 33827-01, 32766-01; 50230-00; 45015-00, 45009-01, 45563-00, 45563-01, 45671-00, 45674-00, 52324-00, 52327-00; 47726-00, 47732-00, 48239-00, 48242-00, 50206-01, 50206-02, 50206-03; 45051-00, 45051-01, 45647-00, 45647-01, 45647-02, 90583-00, 90583-01.

Насочване към клинична онкологична комисия или клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“) на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение за пациенти с:

- туморни процеси на меките тъкани на лицето, лицевите и челюстните кости, устните, устната кухина и езика, слюнчените жлези и шията, по утвърден лечебен план след обсъждане от Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“);
- кисти и други тумори на слюнчени жлези.

Диагностика и лечение при случаи за реконструктивни операции в лицево-челюстната област по медицински показания

Дейностите и се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

б). ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 6 час от постъпването.

В случаите извън спешност вземането на биологичен материал се извършва до 24 час.

Други медико-диагностични изследвания - образни или инструментални се извършват до 48 час от постъпването.

Когато на базата на клиничните и параклиничните изследвания се приеме, че се касае за туморен, възпалителен процес неподлежащ на консервативно лечение в големите слюнчени жлези, или наличие на калкулус в паренхима на жлезата, пациента се оперира, като интраоперативно при необходимост се изпраща материал за гефрир и след получаването му операцията се завършва в съответния обем.

***Показания за консервативна паротидектомия**:*

- тумори, развиващи се в дълбокия фарингеален дял на жлезата;
- плеоморфен аденом;
- малигнени тумори, без локално разпространение към лицевия нерв;
- камък в паренхима на жлезата;
- хроничен сиалоаденит.

При консервативната паротидектомия се получава временна пареза на мимическата мускулатура, която отзвучава до шест месеца.

Радикалната паротидектомия е свързана с постоянна парализа на мимическата мускулатура.

Екстирпация на подчелюстната слюнчена жлеза се извършва при всички тумори – доброкачествени и злокачествени, наличие на камък в паренхима на жлезата и хроничен рецидивиращ възпалителен процес на жлезата.

Медикаментозното лечение в пред– и следоперативния период се определя от състоянието на пациента и характера на заболяването.

Доброкачествените тумори обикновено са капсулирани и добре ограничени от околните тъкани и при тях се извършва екстирпация или ексцизия на туморната формация.

При злокачествени процеси се извършва радикална ексцизия на лезията в клинично здрави граници. При ангажиране на съседни органи се провежда блок резекция. Регионалния лимфен басейн подлежи на оперативно лечение - селективна или терапевтична шийна лимфна дисекция.

Показания за радикална паротидектомия:

- малигнени тумори при Т1 и Т2, с инфилтрация в лицевия нерв;
- всички малигнени тумори Т3, Т4.

При злокачествени новообразувания на слюнчени жлези, ангажиращи съседни структури, се прави разширена блок - резекция.

Операциите на злокачествени новообразувания на подчелюстната жлеза, ангажиращи двигателните и сетивните нерви на езика, водят до постоянна парализа и сетивни смущения.

При злокачествени новообразувания на слюнчените жлези, ангажиращи долната челюст, изискващи сегментна резекция на челюстта или хемиексартикулация се налага едномоментна или допълнителна отсрочена реконструктивна операция за възстановяване на челюстта.

При наличие на метастази на регионалните лимфни възли се провежда шийна дисекция от съответната страна или двустранно. По преценка може да се проведе и елективна шийна дисекция без клинични данни за шийни метастази при високо рисковите случаи за развитие на окултни лимфни метастази.

Първичните злокачествени тумори в лицево-челюстната област подлежат на самостоятелно оперативно, самостоятелно лъчелечение или комплексно (оперативно, лъчелечение, химиотерапия).

Рецидивите биват локални, локо-регионални и регионални и подлежат на оперативно лечение, лъчетерапия или химиотерапия.

Неоперабилните болни или такива с неоперабилни рецидиви подлежат на диспансеризация и палиативни грижи от онкодиспансерите.

При необходимост и възможности се провежда и съответното пластично възстановяване на дефекта.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

При пациенти постъпващи за реконструктивни операции, съобразно техния общ и локален статус се възприема определена оперативна тактика и се провежда съответно оперативно лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза с определяне на степен на малигненост и стадий на тумора по TNM класификация само при онкологични процеси. При всички останали случаи поставянето на окончателна диагноза се извършва на основата на общохирургичните принципи.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Хирургия”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

- Документиране на предоперативни дни в “История на заболяването” (ИЗ).
- Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Хирургия”).
- Документиране на следоперативните дни в “История на заболяването” (ИЗ).

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ №2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Големите оперативни дефекти в лицевата област са изискват трудни и дълготрайни операции поради завишените критерии за естетически приемливото възстановяване на предната част на лицето.

Основните цели при тези операции са съхраняване на функцията на органите, контурите на лицето и симетрията на лицевите половини. Белезите трябва успешно да имитират естествените кожни гънки и да са почти незабележими. Възстановяването на формата и функцията на органите е основната цел на всяка реконструкция и тя трябва да бъде осъществявана по най - простия за изпълнение, достъпен и технически възможен начин. Намаляването на болничния престой, увеличаване преживяемостта на тъканите и съхраняването на функцията на донорските участъци и органи, са също основни критерии при планирането на операциите.

Възстановяване на дефектите с трансплантати се прилага в случаите, когато е налице значителен дефицит на местни тъкани, които не са в състояние да осигурят добро покритие на дефектите. Нужните за реконструкцията тъкани и структури могат да се вземат от отдалечени участъци заедно с прилежащите им съдове и нерви, да бъдат съединени към локалните кръвоносни съдове в приемната ложа и да се адаптират към цялостната кръвна циркулация.

Възстановяването на някои големи дефекти на лицето може да налага използването на комбинация от няколко техники - свободна трансплантация на тъкани и местна пластика.

Както във всички други органи, така и в лицево-челюстната и шийната област се развиват доброкачествени и злокачествени онкологични новообразувания.

Доброкачествените тумори обикновено са капсулирани и добре ограничени от околните тъкани и при тях се извършва екстирпация на туморната формация.

При необходимост и възможности се провежда и съответното пластично възстановяване на дефекта.

Злокачествените новообразувания имат тенденция да нарастват. Злокачествените новообразувания могат да проникват в съседни органи като ги разрушават. Клетки от тумора могат да се разпространят (метастазират) по кръвните и лимфните съдове в други органи.

Онкологичното новообразувание най-често се развива под формата на подутина или незарастваща рана (язва). Когато при прегледа има съмнение за него, обикновено се налагат някои изследвания, необходими за поставяне на точната диагноза, от която зависи и методът на лечение.

Злокачествените онкологични новообразувания налагат незабавно и радикално хирургично лечение, когато това е възможно. Злокачественото новообразувание е заболяване, което крие реален риск от разсейки (метастази) в близост до устната кухина, а също и в други органи, например бели дробове, кости, черен дроб и др. Лечението в такъв напреднал етап от болестта е много трудно. Затова оперативната намеса е по - сполучлива, когато се прави във възможно най - ранен стадий на болестта. При операцията (под обща упойка) се налага да бъде изрязана заедно с тумора и част от съседната здрава тъкан, която огражда туморния процес включително и челюстните кости. Полученият дефект след изрязване на тумора се възстановява с пластична операция или едномоментно или след изчакване на определен период от време. Понякога се прави и премахване на лимфни възли от шията или под долната челюст, засегнати от туморния процес. Почти винаги се налага и облъчване на оперативното поле (преди или след операцията). След оперативната намеса говорът, храненето и преглъщането са затруднени в различна степен, но обикновено след няколко месеца пациентите възстановяват говора си до голяма степен в зависимост от обема на изрязаната тъкан. След изписването пациентите се явяват на контролен преглед всеки месец до първите шест месеца и по преценка на лекуващия лекар.

Доброкачествените новообразувания обикновено са капсулирани и добре ограничени от околните тъкани. Те се отстраняват заедно с капсулата без да засягат околните здрави тъкани.

Най-важно значение за поставяне на диагнозата има микроскопското изследване на туморната тъкан. За целта се изрязва предварително част от тумора, която се изследва микроскопски. Тази манипулация се нарича вземане на биопсия.

След получаване на резултата от изследването се определят начинът на лечение и обемът на операцията.

Прогнозата и възможностите за лечение зависят от вида на тумора и степента на неговото разпространение, което е от особено значение.

Разпространеност на процеса – "стадиране"

Когато е открито (диагностицирано) онкологично новообразувание, е необходимо да се определи дали туморните клетки са се разпространили и в други части на тялото, т.е. да се определи стадият на заболяването, което ще позволи ефективно планиране на бъдещото лечение.

За рецидив говорим, когато имаме отново поява на тумор, след като вече е бил лекуван.

ПРЕГЛЕД НА ВЪЗМОЖНОСТИТЕ ЗА ЛЕЧЕНИЕ

Целта на лечението е да се унищожат туморните клетки. Възможностите за това са няколко:

- ***хирургично лечение*** – "изрязване" на тумора;
- ***лъчева терапия*** – използват се рентгенови или други лъчи с висока енергия за унищожаване на туморните клетки;
- ***химиотерапия*** – използват се медикаменти за убиване на туморните клетки.

Хирургичното лечение е най-често използваното лечение при всички стадии на заболяването. То винаги трябва да бъде радикално, т.е. стремежът е да бъдат премахнати всички туморни клетки, защото тези които остават след операцията дават начало на развитие на нов тумор.

При разпространение (метастазиране) на тумора в регионалните лимфни възли (лимфните възли на шията), метастазите също се лекуват хирургично като се премахва целият лимфен басейн в блок от съответната страна (шийна дисекция). Понякога се взима решение за извършване на шийната дисекция профилактично, без да има клинични данни за метастази в лимфните възли.

Туморът "просмуква" (инфилтрира) в здравата тъкан, като я разрушава и туморните клетки могат да се разпространят по лимфните или кръвоносните съдове в други органи, където дават начало на нови тумори. Затова е важно туморът да бъде открит още в началото на неговото появяване, за да може хирургичното лечение да е ефективно.

Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото (тумора), посредством пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия).

Трябва да се отбележи, че различните видове тумори имат различна чувствителност към радиоактивните лъчи. Лъчевата терапия може да бъде използвана самостоятелно или в комбинация с хирургично лечение. Ако е премахнат целия видим тумор по време на операцията, лекарят може да приложи лъчетерапия за да убие клетките, останали невидими след операцията.

Химиотерапията използва специални лекарства за убиване на туморните клетки. Тези лекарства (химиотерапевтици) могат да бъдат таблети или разтвори, които се прилагат венозно. Химиотерапевтиците, постъпвайки в кръвообращението, преминават през цялото тяло и могат да унищожат туморни клетки извън първичното огнище.

Химиотерапията рядко се използва като самостоятелно лечение, а обикновено се прилага в комбинация с някои от другите методи.

Имунотерапията се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с тумора. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатория, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват туморните клетки. Имунотерапията се съчетава с другите видове лечения.

КП № 226 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ В ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНАТА ОБЛАСТ С ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ – 2 ДНИ

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Ревизия на други пластични процедури на мека тъкан

45650-00 Ревизия на ринопластика
Повторна ревизия на ринопластика

Ринопластика

Включва: турбинектомия

Кодирай също когато е направена:
• септопластика (41671-02, 41671-03 [379])

Не включва: увеличаваща ринопластика само с имплант (45051-01 [1682])
смесен графт на нос (45656-00 [1669])
ревизия на ринопластика (45650-00 [1687])
кожно:
• ламбо на нос (45206-01 [1651], 45221-01, 45224-01 [1653], 45230 [1653] и [1654],
45227-00, 45233, 45236-00 [1654])
• графт на нос (45400-01 [1641], 45400-00 [1642], 45448-01 [1645], 45445-00 [1647],
45451-01 [1649])

45641-00 Ринопластика, използваща назален или септален хрущялен графт

Увеличаваща ринопластика, използваща назален или септален хрущялен графт

45632-00 Ринопластика включваща корекция на хрущял
Ринопластика на върха на носа

45638-00 Тотална ринопластика
Корекция на хрущял и костен свод
Ринопластика БДУ

Ексцизионни процедури на език

30272-00 Частична ексцизия на езика
Частична глосектомия

Не включва: такава за намаление на размера (45675-01 [1665])
такава с частична фарингектомия (41785-00 [420])

Възстановителни процедури на език

90136-00 Друго възстановяване на език

Ексцизионни процедури на слюнчена жлеза или канал

90138-00 Ексцизия на лезия на слюнчена жлеза

30253-00 Частична резекция на паротидна жлеза

Частична паротидектомия

Включва: експозиция на лицевия нерв

Ексцизия на лезия на уста или небце

90141-00 Локална ексцизия или деструкция на лезия на твърдо небце

Локална ексцизия или деструкция на тъкани на твърдо небце

Не включва: отстраняване на папиларна хиперплазия (45831-00 [403])

30275-00 Радикална ексцизия на интраорална лезия

Включва: резекция на:
- лимфен възел (и)
- мандибула

Ексцизия, устна

45665-00 Пълнослойна клиновидна ексцизия на устна

Ексцизия лезия на устна, пълнослойна

Включва:възстановяване чрез директно зашиване

Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан

Включва: бенигнена/малигнена:
- киста
- тумор

Не включва: ексцизия (на):
- чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612], 90662-00 [1617])
- белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657])
- синус (30099-00 [1630])
- язва (31205-01 [1630])
- хемохирургия на Moh (31000-00 [1626])

31230-03 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на устна

Не включва: ексцизия на лезии(и) на вермилион (ръб) (45668-00 [1664])
пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-00 [1664])

Ексцизия на лезия на уста или небце

90141-01 Ексцизия на друга лезия на устата

Не включва: ексцизия на лезия на горния аеро-дигестивен тракт (31400-00) [421])

Реконструкция на устна или уста

Не включва: реконструкция на заешка устна (45701-00, 45704-00 [1689])

45671-00 Реконструкция на устна с ламбо, единствен или първи етап

Abbe ламбо на устна, първи етап
Estlander ламбо
Gillies ветрилообразно ламбо
Karapandzic ламбо
McGregor ламбо
Модифицирано Gillies ламбо

45674-00 Реконструкция на устна с ламбо, втори етап

Разделяне по Abbe ламбо на устна

Други процедури за възстановяване на уста, небце или увула

45676-00 Друго възстановяване на уста

Трахеостомия

Не включва: самостоятелно обслужване на трахеостомия (90179-06 [568])

41881-01 Отворена трахеостомия, постоянна

Включва: отделяне на тироидния истмус
отделяне на подезични мускули

Прекъсване на артерия

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране

Не включва: такава при висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

34100-02 Прекъсване на каротидна артерия

41707-00 Прекъсване на максиларна артерия

Включва: такава чрез трансантрален достъп

Забележка: Изпълнена за спиране на епистаксис

52141-00 Прекъсване на мандибуларна артерия

41725-00 Прекъсване на етмоидална артерия

Включва: такава чрез трансорбитален достъп
такава за спиране на назална хеморагия

52141-01 Прекъсване на фациална артерия

52141-02 Прекъсване на лингвална артерия

Прекъсване на вена

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране

Не включва: такава за:
• перфориращи вени (виж блокове [727] и [728])
• висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някаква друга съдова процедура – пропусни кода

52141-03 Прекъсване на лицева вена

52141-04 Прекъсване на лингвална вена

52141-05 Прекъсване на мандибуларна вена

34100-03 Прекъсване на югуларна вена

34106-19 Прекъсване на друга вена

Директно затваряне на артерия

Шев на артериална рана:
• директна
• латерална

33824-00 Директно затваряне на каротидна артерия

90209-03 Директно затваряне на друга артерия

Възстановяване на артерия чрез анастомоза

Възстановяване целостта на артерия с директна анастомоза

33827-00 Възстановяване на каротидна артерия чрез директна анастомоза

32766-00 Възстановяване на друга артерия чрез директна анастомоза

Директно затваряне на вена

Шев на венозно нараняване:
• директно
• латерално

33824-01 Директно затваряне на югуларна вена

90232-00 Директно затваряне на друга вена

Ексцизни процедури на лимфни възли на шията

Ексцизия на шийни лимфни възли

31423-01 Регионална ексцизия на лимфни възли на шия
Ограничена ексцизия на шийни лимфни възли
Регионална лимфна ексцизия с ексцизия на лимфо-дренажната зона включваща кожа, подкожни тъкани и мастна тъкан

Други ексцизионни процедури върху кост на други мускулно-скелетни точки

30241-00 Ексцизия на костна лезия, некласифицирана другаде
Ексцизия на доброкачествено костно новообразуване БДУ
Не включва: такава с анатомично специфичен алографт (50230-00 [1563])

90572-00 Остектомия, некласифицирана другаде
Ексцизия на кост БДУ
Не включва: такава на кост, включена в кожна лезия (31340-00 [1566])

Друго възстановяване на череп и лицева кост

45758-00 Артропластика на темпоромандибуларна става
Не включва: такава с:
• ламбо или графт (45873-00 [1362])
• множество процедури включващи капсула, кондиларна глава и менискус (виж блок [1362])

90681-00 Друго възстановяване на лицева кост

Остеотомия или остектомия на мандибула или максила

Мандибуларна или максиларна остеопластика чрез остеотомия или остектомия
Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове
Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• доставяне на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])
Не включва: сложни комбинации от остеотомия/остектомия върху долна или горна челюст (45731, 45735-00, 45741-00, 45747-00 [1707])
множество (повече от две) процедури на:
• мандибула (45731-00 [1707])
• максила (45731-01 [1707])
такава с вътрешна фиксация (45723, 45729 [1706])

45720-00 Остеотомия на мандибула, едностранно

Остеотомия или остектомия на мандибула или максила с вътрешна фиксация

Мандибуларна или максиларна остеопластика чрез остеотомия или остектомия с вътрешна фиксация
Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове
Кодирай също когато е направена:
• гениопластика (45761 [1702])
• доставяне на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])
Не включва: сложни комбинации от остеотомия/остектомия върху долна или горна челюст (45732, 45738-00, 45744-00, 45752-00 [1708])
множество (повече от две) процедури на:
• мандибула (45732-00 [1708])
• максила (45732-01 [1708])

45723-00 Остеотомия на мандибула с вътрешна фиксация, едностранно

45729-00 Остеотомия на мандибула с вътрешна фиксация, двустранна

Остеотомия или остектомия на мандибула или максила

Мандибуларна или максиларна остеопластика чрез остеотомия или остектомия

Включва: костен графт
транспозиция на нерви и съдове

Кодирай също когато е направена:

• гениопластика (45761 [1702])
• доставяне на кост за графт от друга локализация (47726-00 [1563])

Не включва: сложни комбинации от остеотомия/остектомия върху долна или горна челюст (45731, 45735-00, 45741-00, 45747-00 [1707])
множество (повече от две) процедури на:
• мандибула (45731-00 [1707])
• максила (45731-01 [1707])
такава с вътрешна фиксация (45723, 45729 [1706])

45720-03 Остектомия на максила, едностранно

45720-01 Остеотомия на максила, едностранно

Гениопластика

45761-00 Редукционна гениопластика
Редукция на брадичка

45761-01 Уголемяваща гениопластика
Увеличаване на брадичка, включващо меки тъкани и кост
Гениопластика БДУ
Ментопластика БДУ

Включва: костен графт

Не включва: увеличаване на брадичка включващо само меки тъкани (45051-00 [1682])

Контурно възстановяване

Не включва: при ринопластика (45641, 45644 [1679])

45647-00 Възстановяване на лицев контур с използване на костен графт

Контурна реконструкция

45051-00 Реконструкция на контури на лице с имплант
Увеличаваща ринопластика с имплант
Увеличение на брадичка, включваща меки тъкани с имплант

Не включва: увеличаваща ринопластика с графт (45641, 45644 [1679])
увеличение на брадичка с костен графт (45761-00 [1702])

Наместване на темпоромандибуларна става

53203-00 Отворено наместване на луксация на темпоромандибуларна става

Възстановителни процедури на максила, мандибула или темпоромандибуларна става

45841-00 Увеличаване на алвеоларен гребен чрез костен графт или алографт

Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан

Включва: бенигнена/малигнена:
• киста
• тумор

Не включва: ексцизия (на):
• чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612], 90662-00 [1617])
• белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657])

• синус (30099-00 [1630])
• язва (31205-01 [1630])
• хемохирургия на Moh (31000-00 [1626])

31230-00 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на клепач

Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-01 [1662])

31230-01 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на нос

31230-02 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на ухо

Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-02 [1663])

31235-00 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на друго място на главата

Ексцизия на лезии(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• буза
• лице БДУ
• чело
• пре- и постаурикуларен регион
• скалп

31235-01 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на шия

31205-00 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на друго място

Друг пълнослоен кожен графт

Пълнослоен инлей графт
Wolfe графт

Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: такава при изгаряне (виж блокове [1648])

45451-24 Пълнослоен кожен графт на други зони на лицето

Включва: буза
брадичка
чело

Не включва: цяло лице (45451-25 [1649])

Процедури за прилагане, поставяне или премахване на тъканен експандер или имплант

45572-00 Интраоперативно поставяне на тъканен експандер

Поставяне на тъканен пълнител заедно с друга хирургична процедура

Кодирай първо:
• извършена хирургична процедура(и)

Не включва: такава за гърда (45539-00 [1756])

Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21**.

Основна процедура **92191-00 или 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Лицево-челюстна хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Ушно-носни-гърлени болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ушно-носни-гърлени болести" (за процедури с кодове: 45650-00, 45641-00, 45632-00, 45638-00, 30272-00; 90138-00, 30253-00, 90141-00, 30275-00, 45665-00, 31230-03, 90141-01, 45671-00, 45674-00, 45676-00, 41881-01, 34100-02, 41707-00, 52141-00, 41725-00, 52141-01, 52141-02, 52141-03, 52141-04, 52141-05, 34100-03, 34106-19, 33824-00, 90209-03, 32766-00, 33827-00, 33824-01, 90232-00, 31423-01, 31235-00, 31230-00, 31230-02, 31230-01, 31235-01, 31205-00, 45451-24), от обхвата на медицинската специалност "Пластично-възстановителна и естетична хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пластично-възстановителна и естетична хирургия" (за процедури с кодове: 45650-00, 45641-00, 45632-00, 45638-00, 30275-00, 45665-00, 31230-03, 90141-01, 45671-00, 45674-00, 45676-00, 41881-01, 34100-02, 41707-00, 52141-00, 41725-00, 52141-01, 52141-02, 52141-03, 52141-04, 52141-05, 34100-03, 34106-19, 33824-00, 90209-03, 32766-00, 33827-00; 45761-00, 45761-01, 31235-00, 31230-00, 31230-02, 31230-01, 31235-01, 31205-00, 45451-24, 45572-00), от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", (за процедура с код 31423-01 при деца до 3 години).

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по лицево-челюстна хирургия или Клиника/отделение по ПВЕХ или Клиника/отделение по УНГ или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия и инструменти за фиксиращите процедури	НЗОК не заплаща посочените изделия
Външни и вътрешни назални сплинтове.	НЗОК не заплаща посочените изделия

б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години

- в клиника/отделение по ЛЧХ - двама лекари със специалност по лицево-челюстна хирургия

или

- в клиника/отделение по ПВЕХ - двама лекари със специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия

или

- в клиника/отделение по УНГ - двама лекари с призната специалност по "Ушно-носно-гърлени болести",
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години

- в клиника/отделение по ЛЧХ - двама лекари със специалност по лицево - челюстна хирургия или двама лекари със специалност орална хирургия

или

- в клиника/отделение по ПВЕХ - двама лекари със специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия

или

- в клиника/отделение по УНГ - двама лекари с призната специалност по "Ушно-носно-гърлени болести",

или

- в клиника/отделение по Детска хирургия - двама лекари с призната специалност "Детска хирургия" (за процедура с код 31423-01 при деца до 3 години).
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Специалисти по пластично-възстановителна хирургия могат да изпълняват само следните процедури с кодове: 45650-00, 45641-00, 45632-00, 45638-00, 30275-00, 45665-00, 31230-03, 90141-01, 45671-00, 45674-00, 45676-00, 41881-01, 34100-02, 41707-00, 52141-00, 41725-00, 52141-01, 52141-02, 52141-03, 52141-04, 52141-05, 34100-03, 34106-19, 33824-00, 90209-03, 32766-00, 33827-00; 45761-00, 45761-01, 31235-00, 31230-00, 31230-02, 31230-01, 31235-01, 31205-00, 45451-24, 45572-00.

Специалисти по УНГ могат да изпълняват само следните процедури с кодове: 45650-00, 45641-00, 45632-00, 45638-00, 30272-00; 90138-00, 30253-00, 90141-00, 30275-00, 45665-00, 31230-03, 90141-01, 45671-00, 45674-00, 45676-00, 41881-01, 34100-02, 41707-00, 52141-00, 41725-00, 52141-01, 52141-02, 52141-03, 52141-04, 52141-05, 34100-03, 34106-19, 33824-00, 90209-03, 32766-00, 33827-00, 33824-01, 90232-00, 31423-01, 31235-00, 31230-00, 31230-02, 31230-01, 31235-01, 31205-00, 45451-24.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт „Медицинска онкология“) на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Оперативно лечение с голям обем и сложност при пациенти с:

- всички случаи на злокачествени туморни процеси на меките тъкани на лицето, лицевите и челюстните кости, устните, устната кухина и езика, слюнчените жлези и шията, като лечебният план се определя от онкокомитет;
- хронични рецидивиращи сиалоаденити.

Оперативно лечение с голям обем и сложност при пациенти за:

- реконструктивни операции в лицево-челюстната област, неиндицирани от травма;
- реконструктивни операции в лицево-челюстната област, неиндицирани от травма, с изключение на: “Състояния след оперативна репозиция и фиксация при фрактури на средния лицев етаж с остеосинтеза” и “Състояния след оперативно лечение на изолирани фрактури на фронтална кост и фронтален синус”.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

б). ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 6 час от постъпването.

В случаите извън спешност вземането на биологичен материал се извършва до 24 час.

Други медико-диагностични изследвания - образни или инструментални се извършват до 48 час от постъпването.

Когато на базата на клиничните и параклиничните изследвания се приеме, че се касае за туморен процес, или възпалителен процес неподлежащ на консервативно лечение в големите слюнчени жлези, или наличие на калкулус в паренхима на жлезата, пациента се оперира, като интраоперативно при необходимост се изпраща материал за гефрир и след получаването му операцията се завършва в съответния обем.

Показания за консервативна паротидектомия:

- тумори, развиващи се в дълбокия фарингеален дял на жлезата;
- плеоморфен аденом;
- малигнени тумори, без локално разпространение към лицевия нерв;
- камък в паренхима на жлезата;

- хроничен сиалоаденит.

При консервативната паротидектомия се получава временна пареза на мимическата мускулатура, която отзвучава до два месеца.

Радикалната паротидектомия е свързана с постоянна парализа на мимическата мускулатура.

Екстирпация на подчелюстната слюнчена жлеза се извършва при всички тумори – доброкачествени и злокачествени, наличие на камък в паренхима на жлезата и хроничен рецидивиращ възпалителен процес на жлезата.

Медикаментозното лечение в пред– и следоперативния период се определя от състоянието на пациента и характера на заболяването.

Доброкачествените тумори обикновено са капсулирани и добре ограничени от околните тъкани и при тях се извършва екстирпация или ексцизия на туморната формация.

При злокачествени процеси се извършва радикална ексцизия на лезията в клинично здрави граници. При ангажиране на съседни органи се провежда блок резекция. Регионалния лимфен басейн подлежи на оперативно лечение - елективна или терапевтична шийна лимфна дисекция.

Показания за радикална паротидектомия:

- малигнени тумори при Т1 и Т2, с инфилтрация в лицевия нерв;
- всички малигнени тумори Т3, Т4.

При злокачествени новообразувания на слюнчени жлези, ангажиращи съседни структури, се прави разширена блок - резекция.

Операциите на злокачествени новообразувания на подчелюстната жлеза, ангажиращи двигателните и сетивните нерви на езика, водят до постоянна парализа и сетивни смущения.

При злокачествени новообразувания на слюнчените жлези, ангажиращи долната челюст, изискващи сегментна резекция на челюстта или хемиексартикулация се налага едномоментна или допълнителна отсрочена реконструктивна операция за възстановяване на челюстта.

При наличие на метастази на регионалните лимфни възли се провежда шийна дисекция от съответната страна или двустранно. По преценка може да се проведе и елективна шийна дисекция без клинични данни за шийни метастази при високо рисковите случаи за развитие на окултни лимфни метастази.

Първичните злокачествени тумори в лицево-челюстната област подлежат на самостоятелно оперативно, самостоятелно лъчелечение или комплексно (оперативно, лъчелечение, химиотерапия).

Рецидивите биват локални, локо-регионални и регионални и подлежат на оперативно лечение, лъчетерапия или химиотерапия.

Неоперабилните болни или такива с неоперабилни рецидиви подлежат на диспансеризация и палиативни грижи от онкодиспансерите.

При необходимост и възможности се провежда и съответното пластично възстановяване на дефекта.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

При пациенти постъпващи за реконструктивни операции, съобразно техния общ и локален статус се възприема определена оперативна тактика и се провежда съответно оперативно лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза с определяне на степен на малигненост и стадий на тумора по TNM класификация само при онкологични процеси. При всички останали случаи поставянето на окончателна диагноза се извършва на основата на общохирургичните принципи.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинично и биохимично) и:

- отзвучаване на ранните следоперативни симптоми - болки и невъзможност за преглъщане, хранене поне с течно-кашава храна;
- общи физиологични показатели - липса фебрилитет и нормален оздравителен процес на оперативната рана.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Хирургия”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

- Документиране на предоперативни дни в “История на заболяването” (ИЗ).
- Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Хирургия”).
- Документиране на следоперативните дни в “История на заболяването” (ИЗ).

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ №2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Големите оперативни дефекти в лицевата област са изискват трудни и дълготрайни операции поради завишените критерии за естетически приемливото възстановяване на предната част на лицето.

Основните цели при тези операции са съхраняване на функцията на органите, контурите на лицето и симетрията на лицевите половини. Белезите трябва успешно имитират естествените кожни гънки и да са почти незабележими. Възстановяването на формата и функцията на органите е основната цел на всяка реконструкция и тя трябва да бъде осъществявана по най-простия за изпълнение, достъпен и технически възможен начин. Намаляването на болничния престой, увеличаване преживяемостта на тъканите и съхраняването на функцията на донорските участъци и органи, са също основни критерии при планирането на операциите.

Възстановяване на дефектите с трансплантати се прилага в случаите, когато е налице значителен дефицит на местни тъкани, които не са в състояние да осигурят добро покритие на дефектите. Нужните за реконструкцията тъкани и структури могат да се вземат от отдалечени участъци заедно с прилежащите им съдове и нерви, да бъдат съединени към локалните кръвоносни съдове в приемната ложа и да се адаптират към цялостната кръвна циркулация.

Възстановяването на някои големи дефекти на лицето може да налага използуването на комбинация от няколко техники - свободна трансплантация на тъкани и местна пластика.

Както във всички други органи, така и в лицево-челюстната и шийната област се развиват доброкачествени и злокачествени - онкологични новообразувания.

Доброкачествените тумори обикновено са капсулирани и добре ограничени от околните тъкани и при тях се извършва екстирпация на туморната формация.

При необходимост и възможности се провежда и съответното пластично възстановяване на дефекта.

Злокачествените новообразувания имат тенденция да нарастват. Злокачествените новообразувания могат да се проникват в съседни органи като ги разрушават. Клетки от тумора могат да се разпространят (метастазират) по кръвните и лимфните съдове в други органи.

Онкологичното новообразувание най-често се развива под формата на подутина или незарастваща рана (язва). Когато при прегледа има съмнение за него, обикновено се налагат някои изследвания, необходими за поставяне на точната диагноза, от която зависи и методът на лечение.

Злокачествените онкологични новообразувания налагат незабавно и радикално хирургично лечение, когато това е възможно. Злокачественото новообразувание е заболяване, което крие реален риск от разсейки (метастази) в близост до устната кухина, а също и в други органи, например бели дробове, кости, черен дроб и др. Лечението в такъв напреднал етап от болестта е много трудно. Затова оперативната намеса е по - сполучлива, когато се прави във възможно най - ранен стадий на болестта. При операцията (под обща упойка) се налага да бъде изрязана заедно с тумора и част от съседната здрава тъкан, която огражда туморния процес включително и челюстните кости. Полученият дефект след изрязване на тумора се възстановява с пластична операция или едномоментно или след изчакване на определен период от време. Понякога се прави и премахване на лимфни възли от шията или под долната челюст, засегнати от туморния процес. Почти винаги се налага и облъчване на оперативното поле (преди или след операцията). След оперативната намеса говорът, храненето и преглъщането са затруднени в различна степен, но обикновено след няколко месеца пациентите възстановяват говора си до голяма степен в зависимост от обема на изрязаната тъкан. След изписването пациентите се явяват на контролен преглед всеки месец до първите шест месеца и по преценка на лекуващия лекар.

Доброкачествените новообразувания обикновено са капсулирани и добре ограничени от околните тъкани. Те се отстраняват заедно с капсулата без да засягат околните здрави тъкани.

Най-важно значение за поставяне на диагнозата има микроскопското изследване на туморната тъкан. За целта се изрязва предварително част от тумора, която се изследва микроскопски. Тази манипулация се нарича вземане на биопсия.

След получаване на резултата от изследването се определят начинът на лечение и обемът на операцията.

Прогнозата и възможностите за лечение зависят от вида на тумора и степента на неговото разпространение, което е от особено значение.

Разпространеност на процеса – "стадиране"

Когато е открито (диагностицирано) онкологично новообразувание, е необходимо да се определи дали туморните клетки са се разпространили и в други части на тялото, т.е. да се определи стадият на заболяването, което ще позволи ефективно планиране на бъдещото лечение.

За рецидив говорим, когато имаме отново поява на тумор, след като вече е бил лекуван.

Преглед на възможностите за лечение

Целта на лечението е да се унищожат туморните клетки. Възможностите за това са няколко:

- ***хирургично лечение*** – "изрязване" на тумора;
- ***лъчева терапия*** – използват се рентгенови или други лъчи с висока енергия за унищожаване на туморните клетки;

- ***химиотерапия*** – използват се медикаменти за убиване на туморните клетки.

Хирургичното лечение е най-често използваното лечение при всички стадии на заболяването. То винаги трябва да бъде радикално, т.е., стремежът е да бъдат премахнати всички туморни клетки, защото тези които остават след операцията дават начало на развитие на нов тумор.

При разпространение (метастазиране) на тумора в регионалните лимфни възли (лимфните възли на шията), метастазите също се лекуват хирургично като се премахва целият лимфен басейн в блок от съответната страна (шийна дисекция). Понякога се взима решение за извършване на шийната дисекция профилактично, без да има клинични данни за метастази в лимфните възли.

Туморът "просмуква" (инфилтрира) в здравата тъкан, като я разрушава и туморните клетки могат да се разпространят по лимфните или кръвоносните съдове в други органи, където дават начало на нови тумори. Затова е важно туморът да бъде открит още в началото на неговото появяване, за да може хирургичното лечение да е ефективно.

Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото (тумора), посредством пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия).

Трябва да се отбележи, че различните видове тумори имат различна чувствителност към радиоактивните лъчи. Лъчевата терапия може да бъде използвана самостоятелно или в комбинация с хирургично лечение. Ако е премахнат целия видим тумор по време на операцията, лекарят може да приложи лъчетерапия за да убие клетките, останали невидими след операцията.

Химиотерапията използва специални лекарства за убиване на туморните клетки. Тези лекарства (химиотерапевтици) могат да бъдат таблети или разтвори, които се прилагат венозно. Химиотерапевтиците, постъпвайки в кръвообращението, преминават през цялото тяло и могат да унищожат туморни клетки извън първичното огнище.

Химиотерапията рядко се използва като самостоятелно лечение, а обикновено се прилага в комбинация с някои от другите методи.

Имунотерапията се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с тумора. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатория, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват туморните клетки. Имунотерапията се съчетава с другите видове лечения.

КП № 227 ОПЕРАТИВНИ ПРОЦЕДУРИ В ЛИЦЕВО - ЧЕЛЮСТНАТА ОБЛАСТ СЪС СРЕДЕН ОБЕМ И СЛОЖНОСТ

1. МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ – 2 ДНИ

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ДРУГА НЕВРЕКТОМИЯ

39327-00 Невректомия на дълбок периферен нерв

Не включва: интракраниална невректомия при тригеминална невралгия (39106-00 [73])

ИНЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА КЛЕПАЧ

90090-00 Изрязване на блефарорафия

ЕКСЦИЗИЯ НА ЛЕЗИЯ (И) НА КОЖА И ПОДКОЖНА ТЪКАН

Включва: бенигнена/малигнена:
- киста
- тумор

Не включва: ексцизия (на):
- чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612], 90662-00 [1617])
- белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657])
- синус (30099-00 [1630])
- язва (31205-01 [1630])
- хемохирургия на Moh (31000-00 [1626])

31230-00 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на клепач

Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-01 [1662])

ЕКСЦИЗИЯ, КЛЕПАЧ

45665-01 Пълнослойна клиновидна ексцизия на клепач

Ексцизия на лезия на клепач, пълнослойна

Включва: възстановяване чрез директно зашиване

Не включва: такава при ектропия или ентропия (45626-01 [239])

ИНЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА КЛЕПАЧ

90084-00 Инцизия на клепач

Инцизия ръба на клепача

ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА БЛЕФАРОПТОЗА

Не включва: реоперация за корекция на предишно възстановяване на блефароптоза (виж блок [1688])
ревизия на шевове на мускул леватор след предишна корекция на блефароптоза ([1687])

45623-00 Корекция птоза на клепач чрез техника с шев на мускул фронталис

45623-01 Корекция птоза на клепач чрез техника с фасциална примка на мускул фронталис

45623-02 Корекция птоза на клепач чрез резекция или подобряване на мускул леватор

45623-03 Корекция птоза на клепач чрез друга техника на мускул леватор

45623-04 Корекция птоза на клепач чрез тарзална техника

45623-05 Корекция птоза на клепач чрез други техники
Корекция на птоза на клепач БДУ

РЕОПЕРАЦИЯ ЗА КОРЕКЦИЯ НА ПРЕДИШНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ ПТОЗА НА КЛЕПАЧ

Реоперация за блефароптоза

Не включва: ревизия на шевове на мускул леватор след предишна корекция на блефароптоза (45625-00 [1687])

45624-05 Реоперативна корекция на предишна възстановителна процедура при птоза на клепач, чрез други техники
Реоперативна корекция на предишна възстановителна процедура при блефароптоза БДУ

ДРУГИ ВЪЗСТАНОВИТЕЛНИ ПРОЦЕДУРИ НА КЛЕПАЧ

42863-00 Свиване на клепача
Свиване на клепача при:
- анофталмос
- скъсяване на клепачния ръб

Не включва: такава с графт на клепач (42860 [234])

ПРОЦЕДУРИ ЗА ЕКТРОПИОН ИЛИ ЕНТРОПИОН

Включва: ексцизия на тарзален хрущял [тарзектомия]

Кодирай също когато е направена:
- реконструкция на клепач (45614-00, 45671-01, 45674-01 [1684])

42581-00 Каутеризация на ектропион

42581-01 Каутеризация на ентропион

45626-00 Корекция на ектропион или ентропион чрез шев техника
Репозиция на предна ламела на клепача

45626-01 Корекция на ектропион или ентропион с клиновидна резекция
Тарзоконюнктивално диамантно възстановяване на ектропион

42866-00 Възстановяване на ектропион или ентропион чрез опъване или скъсяване на долни ретрактори
Репозиция на задна ламела на клепача чрез опъване или скъсяване на долни ретрактори

42866-01 Възстановяване на ектропион или ентропион чрез друго възстановяване на долните ретрактори
Репозиция на задна ламела на клепача чрез друго възстановяване на долни ретрактори

ДРУГИ ВЪЗСТАНОВИТЕЛНИ ПРОЦЕДУРИ НА КЛЕПАЧ

42584-00 Тарзорафия
Блефарорафия
Канторафия
Ревизия на белег на тарзална плоча

ЕКСЦИЗИЯ НА ЛЕЗИЯ (И) НА КОЖА И ПОДКОЖНА ТЪКАН

Включва: бенигнена/малигнена:
- киста
- тумор

Не включва: ексцизия (на):
- чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612], 90662-00 [1617])
- белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657])
- синус (30099-00 [1630])
- язва (31205-01 [1630])

• хемохирургия на Moh (31000-00 [1626])

31230-02 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на ухо

Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-02 [1663])

ЕКСЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА ВЪНШНО УХО

Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия на ухо (45665-02 [1663])

30104-00 Ексцизия на преаурикуларен синус
Радикална ексцизия на преаурикуларен синус или киста

41506-00 Екстирпация на ушен полип, външно ухо

ИМПЛАНТИРАНЕ НА ТИТАНИЕВ ФИКСАТОР (ОСЕОИНТЕГРАЦИОННА ПРОЦЕДУРА)

Имплантиране на титанов винт за осеоинтеграция
Осеоинтеграция за прикрепване на протезна подмяна, първи етап
Поставяне на титанов фиксатор при осеоинтеграция

Кодирай също когато е направена:
• костен графт (виж Индекс: Графт, кост)
• фиксиране на транскутанна основа (45797 [1697])
• възстановяване с ламбо (виж Индекс: Ламбо, по локализация)
• реконструкция (виж Индекс: Реконструкция, по локализация)

Не включва: интраорална осеоинтеграционна процедура (45845-00 [400])

45794-01 Осеоинтеграционна процедура, имплантиране на титанов фиксатор за закрепване на ушна протеза

ДРУГИ ПРОЦЕДУРИ НА ВЪНШНО УХО

Включва: ушна мида
външен слухов канал

90111-00 Други процедури на външно ухо
Инцизия на външно ухо

ПРЕКЪСВАНЕ НА АРТЕРИЯ

Включва: клипсиране
разделяне
лигиране

Не включва: такава при висцерални артериални аневризми (33133-00, 33169-00 [698])
с някоя друга съдова процедура – пропусни кода

41725-00 Прекъсване на етмоидална артерия
Включва: такава чрез трансорбитален достъп
такава за спиране на назална хеморагия

41707-00 Прекъсване на максиларна артерия

Включва: такава чрез трансантрален достъп

Забележка: Изпълнена за спиране на епистаксис

СПИРАНЕ НА НАЗАЛНА ХЕМОРАГИЯ

Не включва: такава чрез лигиране на:
• етмоидална артерия (41725-00 [697])
• максиларна артерия (41707-00 [697])

41677-00 Спиране на предна назална хеморагия чрез тампонада и/или каутеризация
Спиране на носно кървене:
• област на Little
• БДУ

Включва: диатермия
поставяне на балон

ДРУГО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА НОС

45714-01 Затваряне на друга назална фистула
Назолабиална фистулектомия
Назофарингеална фистулектомия
Възстановяване на назална фистула БДУ
Включва: възстановяване на ламбо
ревизия на ламбо

РИНОПЛАСТИКА

Включва: турбинектомия
Кодирай също когато е направена:
• септопластика (41671-02, 41671-03 [379])
Не включва: увеличаваща ринопластика само с имплант (45051-01 [1682])
смесен графт на нос (45656-00 [1669])
ревизия на ринопластика (45650-00 [1687])
кожно:
• ламбо на нос (45206-01 [1651], 45221-01, 45224-01 [1653], 45230 [1653] и [1654],
45227-00, 45233, 45236-00 [1654])
• графт на нос (45400-01 [1641], 45400-00 [1642], 45448-01 [1645], 45445-00 [1647],
45451-01 [1649])

45632-00 Ринопластика включваща корекция на хрущял
Ринопластика на върха на носа

ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА НАЗАЛЕН СЕПТУМ

41671-02 Септопластика
Включва: турбинектомия
Кодирай също когато е направена:
• ринопластика (виж блок [1679])

ДРУГИ ПРОЦЕДУРИ НА НОСА

90133-00 Други процедури на носа

МАКСИЛАРНА АНТРОСТОМИЯ

41716-01 Интраназална максиларна антростомия, едностранно
Средна меатална антростомия, едностранна
Включва: унцинектомия

ИНЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА НАЗАЛНИ СИНУСИ

41743-00 Трепанация на фронтален синус
Синусотомия на фронтален синус

ДРУГИ ПРОЦЕДУРИ НА НАЗАЛНИ СИНУСИ

41716-04 Други интраназални процедури на максиларен синус

41737-00 Други интраназални процедури на фронтален синус

41737-01 Други интраназални процедури на етмоидален синус

ИНЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА НАЗАЛНИ СИНУСИ

41737-04 Етмоидотомия

41752-02 Сфеноидотомия

41719-00 Дренаж на максиларен синус през зъбна алвеола
Дренаж на назален синус през зъбен джоб

ДРУГИ ЕКСЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА НАЗАЛНИ СИНУСИ

Не включва: интраназално отстраняване на полипи от носните синуси:
• максиларна кухина (41716-03 [385])
• етмоидален (41737-06 [385])
• фронтален (41737-05 [385])
• сфеноидален (41752-03 [385])
радикална етмоидектомия (41734-00 [388])

41737-02 Етмоидектомия, едностранна

41737-09 Фронтална синусектомия

41716-06 Ексцизия на лезия от максиларен синус
Външна максиларна антректомия
Включва: такава чрез достъп по Caldwell-Luc
Не включва:ексцизия на полип (41716-03 [385])
максиларна антректомия:
• интраназална (41716 [387])
• радикална (41710, 41713 [387])
• обикновена (41716 [387])

41752-01 Сфеноидектомия

МАКСИЛАРНА АНТРОСТОМИЯ

41710-00 Радикална максиларна антростомия, едностранно
Антростомия по Caldwell-Luc, едностранна
Радикална максиларна антректомия, едностранна
Не включва: такава с трансантрална:
• етмоидектомия (41713-00 [387])
• невректомия на Видианов нерв (41713-01 [387])

ЕКСЦИЗИЯ НА ЛЕЗИЯ НА УСТА ИЛИ НЕБЦЕ

90141-00 Локална ексцизия или деструкция на лезия на твърдо небце
Локална ексцизия или деструкция на тъкани на твърдо небце
Не включва: отстраняване на папиларна хиперплазия (45831-00 [403])

ДРУГИ ПРОЦЕДУРИ ЗА ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА УСТА, НЕБЦЕ ИЛИ УВУЛА

30052-04 Затваряне фистула на устата
Не включва: затваряне на фистула:
• назолабиална (45714-01 [1680])
• оро-антрална (41722-00 [388])
• ороназална (45714-00 [1680])

ДРУГИ ЕКСЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА УСТА, НЕБЦЕ ИЛИ УВУЛА

41810-01 Увулектомия
Ексцизия на лезия на увула, БДУ
Не включва: ревизионна увулектомия

ДРУГИ ПРОЦЕДУРИ НА УСТА, НЕБЦЕ ИЛИ УВУЛА

90143-00 Други процедури на уста

ДРУГИ ЕКСЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА ФАРИНКС

30289-00 Ексцизия на бранхиална фистула

ТРАХЕОСТОМИЯ

Не включва: самостоятелно обслужване на трахеостомия (90179-06 [568])

41881-00 Отворена трахеостомия, временна
Трахеостомия БДУ
Включва: отделяне на тироиден истмус
отделяне на подезични мускули

ДРУГИ ПРОЦЕДУРИ НА АРТЕРИИ И ВЕНИ

30058-01 Контрол на постоперативна хеморагия, некласифицирани другаде

ЕКСЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА МАКСИЛА, МАНДИБУЛА ИЛИ ТЕМПОРОМАНДИБУЛАРНА СТАВА

45825-01 Ексцизия на максиларна или мандибуларна екзостоза

НАМЕСТВАНЕ ФРАКТУРА НА МАКСИЛА ИЛИ МАНДИБУЛА

Не включва: наместване алвеоларен ръб на мандибула или максила (90530 [1367])

47756-00 Затворено наместване на фрактура на мандибула с фиксация

НАМЕСТВАНЕ НА ФРАКТУРА ИЛИ ЛУКСАЦИЯ НА ДРУГА ЛИЦЕВА КОСТ

Не включва: наместване на орбитална фрактура (45590, 45593 [1716])

90530-02 Затворено наместване фрактура на лицеви кости, некласифицирано другаде

ДРУГИ ЕКСЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ КОСТ НА ДРУГИ МУСКУЛНО-СКЕЛЕТНИ ТОЧКИ

30241-00 Ексцизия на костна лезия, некласифицирана другаде
Ексцизия на доброкачествено костно новообразуване БДУ
Не включва: такава с анатомично специфичен алографт (50230-00 [1563])

90572-00 Остектомия, некласифицирана другаде
Ексцизия на кост БДУ
Не включва: такава на кост, включена в кожна лезия (31340-00 [1566])

ПРОЦЕДУРИ ЗА ПРИЛАГАНЕ, ПОСТАВЯНЕ ИЛИ ПРЕМАХВАНЕ ВЪРХУ ГЛАВА

52102-00 Премахване на игла, винт или тел от максила, мандибула или зигоматична кост

ЕКСЦИЗИЯ НА ЛЕЗИЯ (И) НА КОЖА И ПОДКОЖНА ТЪКАН

Включва: бенигнена/малигнена:
• киста
• тумор

Не включва: ексцизия (на):
• чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612], 90662-00 [1617])
• белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657])
• синус (30099-00 [1630])
• язва (31205-01 [1630])
• хемохирургия на Moh (31000-00 [1626])

31235-00 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на друго място на главата
Ексцизия на лезии(и) на кожа и подкожна тъкан на:

• буза
• лице БДУ
• чело
• пре- и постаурикуларен регион
• скалп

АЛОГРАФТ, КСЕНОГРАФТ ИЛИ СИНТЕТИЧЕН КОЖЕН ГРАФТ

90672-00 Синтетичен кожен графт
Графт от кожен заместител например Biobrane, Integra изкуствен епидермис
Временна превръзка от синтетична кожа

ДРУГ РАЗЦЕПЕН КОЖЕН ГРАФТ, МАЛЪК

Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: алографт (90670 [1640])
инлей графт (45445-00 [1647])
синтетичен кожен графт (90672 [1640])
такъв за:
• изгаряния (45485, 45486, 45488, 45494-00 [1643], 45406-00 [1644])
• гранулираща зона (45400, 45403 [1641] и [1642])
ксенографт (90671 [1640])

45439-00 Малък разцепен кожен графт на друга зона
Малък разцепен кожен графт на множество места, некласифицирани в този блок

РЕВИЗИЯ НА КОЖНО ЛАМБО

Включва: такава чрез липосукция

45239-00 Ревизия на локално кожно ламбо

Не включва: ревизия на ламбо при възстановяване на назална фистула (45714 [1680])

ОСВОБОЖДАВАНЕ НА КОЖА И ПОДКОЖНА ТЪКАН

Не включва: освобождаване на контрактура от изгаряне (45519-00 [1656])

45515-01 Освобождаване контрактура на кожа и подкожна тъкан
Разделяне на мрежова контрактура
Z-пластика на контрактура

ДРУГИ ВЪЗСТАНОВИТЕЛНИ ПРОЦЕДУРИ НА КОЖА И ПОДКОЖНА ТЪКАН

90675-00 Друго възстановяване на кожа и подкожна тъкан

ДРУГИ ПРОЦЕДУРИ ЗА ПРИЛАГАНЕ, ПОСТАВЯНЕ ИЛИ ПРЕМАХВАНЕ ВЪРХУ ДРУГИ МУСКУЛНО-СКЕЛЕТНИ ТОЧКИ

47948-00 Премахване на устройство за външна фиксация

Забележка: Вътрешните фиксиращи устройства са дефинирани в началото на Глава 15 Опорно-двигателен апарат

ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и две диагностични процедури от различни блокове**, посочени в Приложение № 21**.

Основна процедура **92191-00 или 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Лицево-челюстна хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Орална хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Орална хирургия" и медицински стандарт "Лицево-челюстна хирургия" (за процедури с кодове: 45714-01, 41719-00, 41716-06, 41710-00, 90141-00, 30052-04, 90143-00, 45825-01, 47756-00 и 47948-00), от обхвата на медицинската специалност "Ушно-носни-гърлени болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ушно-носни-гърлени болести", и от обхвата на медицинската специалност "Пластично-възстановителна и естетична хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пластично-възстановителна и естетична хирургия" (за процедури с кодове: 39327-00; 31230-00, 45665-01; 45623-00, 45623-01, 45623-02, 45623-03, 45623-04, 45623-05, 45624-05, 42863-00, 42581-00, 42581-01, 45626-00, 45626-01, 42866-00, 42866-01, 42584-00, 30104-00, 31230-02, 41506-00, 45794-01, 90111-00; 41707-00; 45714-01, 45632-00, 41671-02; 90143-00; 45515-01, 90675-00).

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по лицево-челюстна хирургия или Клиника/отделение по пластично-възстановителна хирургия (за конкретно посочените кодове на процедури) или Клиника/отделение по УНГ или Клиника/отделение по Орална хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура

1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
5. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия и инструменти за фиксиращите процедури	НЗОК не заплаща посочените изделия

б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по ЛЧХ – двама лекари със специалност "Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия" и/или "Лицево-челюстна хирургия" и/или „Орална хирургия“, от които поне един със специалност "Лицево-челюстна хирургия". **Специалисти по „Орална хирургия“ изпълняват само процедури с кодове 45714-01, 41719-00, 41716-06, 41710-00, 90141-00, 30052-04, 90143-00, 45825-01, 47756-00 и 47948-00**

или

- в клиника/отделение по ПВЕХ - двама лекари със специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия

или

- в клиника/отделение по Орална хирургия - двама лекари със специалност по Орална хирургия. Специалисти по „Орална хирургия“ изпълняват само процедури с кодове 45714-01, 41719-00, 41716-06, 41710-00, 90141-00, 30052-04, 90143-00, 45825-01, 47756-00 и 47948-00

или

- в клиника/отделение по УНГ - двама лекари с призната специалност по "Ушно-носно-гърлени болести”
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по ЛЧХ – двама лекари със специалност "Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия" и/или "Лицево-челюстна хирургия" и/или „Орална хирургия“, от които поне един със специалност "Лицево-челюстна хирургия". **Лекари със специалност „Орална хирургия“ изпълняват само процедури с кодове 45714-01, 41719-00, 41716-06, 41710-00, 90141-00, 30052-04, 90143-00, 45825-01, 47756-00 и 47948-00**

или

- в клиника/отделение по ПВЕХ двама лекари със специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия

или

- в клиника/отделение по Орална хирургия - двама лекари със специалност по Орална хирургия. Лекари със специалност „Орална хирургия“ изпълняват само процедури с кодове 45714-01, 41719-00, 41716-06, 41710-00, 90141-00, 30052-04, 90143-00, 45825-01, 47756-00 и 47948-00

или

- в клиника/отделение по УНГ- лекари с призната специалност по "Ушно-носно-гърлени болести",
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Специалисти по пластично-възстановителна и естетична хирургия могат да изпълняват само следните процедури с кодове: 39327-00; 31230-00, 45665-01; 45623-00, 45623-01, 45623-02, 45623-03, 45623-04, 45623-05, 45624-05, 42863-00, 42581-00, 42581-01, 45626-00, 45626-01, 42866-00, 42866-01, 42584-00, 30104-00, 31230-02, 41506-00, 45794-01, 90111-00; 41707-00; 45714-01, 45632-00, 41671-02; 90143-00; 45515-01, 90675-00.

Насочване към Клинична онкологична комисия (съгласно медицински стандарт „Медицинска онкология“) на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказаноонкологично заболяване.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Оперативно лечение със среден обем и сложност при пациенти с:

- големи травми на меките тъкани в лицево-челюстната област;
- случаи на туморни и тумороподобни процеси и други заболявания на меките тъкани и кости в лицево-челюстната област и шията;
- сиалолитиаза.

Ексцизии на зъбни лезии от челюстта при пациенти с:

- Фоликуларни кисти на челюстите в детска възраст
- кератокисти на челюстите ангажиращи три и повече зъба,
- кератокисти на клона на и/или ъгъла на долната челюст, максиларния синус, базата на долната челюст,
- рецидивиращи кератокисти,
- големи кисти на твърдото небце.

Оперативно лечение със среден обем и сложност при пациенти за:

- реконструктивни операции в лицево-челюстната област.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 6 час от постъпването.

В случаите извън спешност вземането на биологичен материал се извършва до 24 час.

Други медико-диагностични изследвания - образни или инструментални се извършват до 48 час от постъпването.

Когато на базата на клиничните и параклиничните изследвания се приеме, че се касае за туморен, възпалителен процес неподлежащ на консервативно лечение в големите слюнчени жлези, или наличие на калкулус в паренхима на жлезата, пациента се оперира, като интраоперативно при необходимост се изпраща материал за гефрир и след получаването му операцията се завършва в съответния обем.

Показания за консервативна паротидектомия:

- тумори, развиващи се в дълбокия фарингеален дял на жлезата;
- плеоморфен аденом;
- малигнени тумори, без локално разпространение към лицевия нерв;
- камък в паренхима на жлезата;
- хроничен сиалоаденит.

При консервативната паротидектомия се получава временна пареза на мимическата мускулатура, която отзвучава до два месеца.

Радикалната паротидектомия е свързана с постоянна парализа на мимическата мускулатура.

Екстирпация на подчелюстната слюнчена жлеза се извършва при всички тумори – доброкачествени и злокачествени, наличие на камък в паренхима на жлезата и хроничен рецидивиращ възпалителен процес на жлезата.

Медикаментозното лечение в пред– и следоперативния период се определя от състоянието на пациента и характера на заболяването.

При злокачествени процеси се извършва ексцизия на лезията на около 2 см. в клинично здрави тъкани, като в случаите на ангажиране на съседни органи се извършва блок резекция. При ангажиране на съседни органи се провежда блок резекция. При наличие на регионални метастази се провежда съответната шийна дисекция.

Доброкачествените тумори обикновено са капсулирани и добре ограничени от околните тъкани и при тях се извършва екстирпация на туморната формация.

При необходимост и възможности се провежда и съответното пластично възстановяване на дефекта.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза при туморните процеси се поставя след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза с определяне на степен на малигненост и стадий на тумора по TNM класификация. При всички останали случаи поставянето на окончателна диагноза се извършва на основата на общохирургичните принципи.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:
Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- отзвучаване на ранните следоперативни симптоми - болки и невъзможност за преглъщане, хранене поне с течно-кашава храна;
- отчитане на общи физиологични показатели - липса фебрилитет и нормален оздравителен процес на оперативната рана.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Хирургия”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

- Документиране на предоперативни дни в “История на заболяването” (ИЗ).
- Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Хирургия”).
- Документиране на следоперативните дни в “История на заболяването” (ИЗ).

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ №2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Оперативните дефекти в лицевата област са изискват трудни и дълготрайни операции поради завишените критерии за естетически приемливото възстановяване на предната част на лицето.

Основните цели при тези операции са съхраняване на функцията на органите, контурите на лицето и симетрията на лицевите половини. Белезите трябва успешно имитират естествените кожни гънки и да са почти незабележими. Възстановяването на формата и функцията на органите е основната цел на всяка реконструкция и тя трябва да бъде осъществявана по най-простия за изпълнение, достъпен и технически възможен начин. Намаляването на болничния престой, увеличаване преживяемостта на тъканите и съхраняването на функцията на донорските участъци и органи, са също основни критерии при планирането на операциите.

Възстановяване на дефектите с трансплантати се прилага в случаите, когато е налице значителен дефицит на местни тъкани, които не са в състояние да осигурят добро покритие на дефектите. Нужните за реконструкцията тъкани и структури могат да се вземат от отдалечени участъци заедно с прилежащите им съдове и нерви, да бъдат съединени към локалните кръвоносни съдове в приемната ложа и да се адаптират към цялостната кръвна циркулация.

Както във всички други органи, така и в лицево-челюстната и шийната област се развиват доброкачествени и злокачествени - онкологични новообразувания.

Доброкачествените тумори обикновено са капсулирани и добре ограничени от околните тъкани и при тях се извършва екстирпация на туморната формация.

При необходимост и възможности се провежда и съответното пластично възстановяване на дефекта.

Злокачествените новообразувания имат тенденция да нарастват. Злокачествените новообразувания могат да се проникват в съседни органи като ги разрушават. Клетки от тумора могат да се разпространят (метастазират) по кръвните и лимфните съдове в други органи.

Онкологичното новообразувание най-често се развива под формата на подутина или незарастваща рана (язва). Когато при прегледа има съмнение за него, обикновено се налагат някои изследвания, необходими за поставяне на точната диагноза, от която зависи и методът на лечение.

Злокачествените онкологични новообразувания налагат незабавно и радикално хирургично лечение, когато това е възможно. Злокачественото новообразувание е заболяване, което крие реален риск от разсейки (метастази) в близост до устната кухина, а също и в други органи, например бели дробове, кости, черен дроб и др. Лечението в такъв напреднал етап от болестта е много трудно. Затова оперативната намеса е по - сполучлива, когато се прави във възможно най - ранен стадий на болестта. При операцията (под обща упойка) се налага да бъде изрязана заедно с тумора и част от съседната здрава тъкан, която огражда туморния процес включително и челюстните кости. Полученият дефект след изрязване на тумора се възстановява с пластична операция или едномоментно или след изчакване на определен период от време. Понякога се прави и премахване на лимфни възли от шията или под долната челюст, засегнати от туморния процес. Почти винаги се налага и облъчване на оперативното поле (преди или след операцията). След оперативната намеса говорът, храненето и преглъщането са затруднени в различна степен, но обикновено след няколко месеца пациентите възстановяват говора си до голяма степен в зависимост от обема на изрязаната тъкан. След изписването пациентите се явяват на контролен преглед всеки месец до първите шест месеца и по преценка на лекуващия лекар.

Доброкачествените новообразувания обикновено са капсулирани и добре ограничени от околните тъкани. Те се отстраняват заедно с капсулата без да засягат околните здрави тъкани.

Най-важно значение за поставяне на диагнозата има микроскопското изследване на туморната тъкан. За целта се изрязва предварително част от тумора, която се изследва микроскопски. Тази манипулация се нарича вземане на биопсия.

След получаване на резултата от изследването се определят начинът на лечение и обемът на операцията.

Прогнозата и възможностите за лечение зависят от вида на тумора и степента на неговото разпространение, което е от особено значение.

Разпространеност на процеса – "стадиране"

Когато е открито (диагностицирано) онкологично новообразувание, е необходимо да се определи дали туморните клетки са се разпространили и в други части на тялото, т.е. да се определи стадият на заболяването, което ще позволи ефективно планиране на бъдещото лечение.

За рецидив говорим, когато имаме отново поява на тумор, след като вече е бил лекуван.

Преглед на възможностите за лечение

Целта на лечението е да се унищожат туморните клетки. Възможностите за това са няколко:

- ***хирургично лечение*** – "изрязване" на тумора;
- ***лъчева терапия*** – използват се рентгенови или други лъчи с висока енергия за унищожаване на туморните клетки;
- ***химиотерапия*** – използват се медикаменти за убиване на туморните клетки.

Хирургичното лечение е най-често използваното лечение при всички стадии на заболяването. То винаги трябва да бъде радикално, т.е., стремежът е да бъдат премахнати всички туморни клетки, защото тези които остават след операцията дават начало на развитие на нов тумор.

При разпространение (метастазиране) на тумора в регионалните лимфни възли (лимфните възли на шията), метастазите също се лекуват хирургично като се премахва целият лимфен басейн в блок от съответната страна (шийна дисекция). Понякога се взима решение за извършване на шийната дисекция профилактично, без да има клинични данни за метастази в лимфните възли.

Туморът "просмуква" (инфилтрира) в здравата тъкан, като я разрушава и туморните клетки могат да се разпространят по лимфните или кръвоносните съдове в други органи, където дават начало на нови тумори. Затова е важно туморът да бъде открит още в началото на неговото появяване, за да може хирургичното лечение да е ефективно.

Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото (тумора), посредством пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия).

Трябва да се отбележи, че различните видове тумори имат различна чувствителност към радиоактивните лъчи. Лъчевата терапия може да бъде използвана самостоятелно или в комбинация с хирургично лечение. Ако е премахнат целия видим тумор по време на операцията, лекарят може да приложи лъчетерапия за да убие клетките, останали невидими след операцията.

Химиотерапията използва специални лекарства за убиване на туморните клетки. Тези лекарства (химиотерапевтици) могат да бъдат таблети или разтвори, които се прилагат венозно. Химиотерапевтиците, постъпвайки в кръвообращението, преминават през цялото тяло и могат да унищожат туморни клетки извън първичното огнище.

Химиотерапията рядко се използва като самостоятелно лечение, а обикновено се прилага в комбинация с някои от другите методи.

Имунотерапията се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с тумора. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатория, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват туморните клетки. Имунотерапията се съчетава с другите видове лечения.

КП № 228 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ПРОЦЕСИ В ОБЛАСТТА НА ЛИЦЕТО И ШИЯТА

1. МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ – 2 ДНИ

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

МАКСИЛАРНА АНТРОСТОМИЯ

41710-00 Радикална максиларна антростомия, едностранно
Антростомия по Caldwell-Luc, едностранна
Радикална максиларна антректомия, едностранна
Не включва: такава с трансантрална:
• етмоидектомия (41713-00 [387])
• невректомия на Видианов нерв (41713-01 [387])

ИНЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА НАЗАЛНИ СИНУСИ

41719-00 Дренаж на максиларен синус през зъбна алвеола
Дренаж на назален синус през зъбен джоб

41716-00 Интраназално отстраняване на чуждо тяло от максиларна кухина
Включва: инцизия на лигавица

БИОПСИЯ НА НАЗАЛНИ СИНУСИ

∇ 0807

41716-05 Биопсия на максиларен синус

ДРУГИ ЕКСЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА НАЗАЛНИ СИНУСИ

Не включва: интраназално отстраняване на полипи от носните синуси:
• максиларна кухина (41716-03 [385])
• етмоидален (41737-06 [385])
• фронтален (41737-05 [385])
• сфеноидален (41752-03 [385])
радикална етмоидектомия (41734-00 [388])

41716-06 Ексцизия на лезия от максиларен синус
Външна максиларна антректомия
Включва: такава чрез достъп по Caldwell-Luc
Не включва: ексцизия на полип (41716-03 [385])
максиларна антректомия:
• интраназална (41716 [387])
• радикална (41710, 41713 [387])
• обикновена (41716 [387])

ДРУГИ ВЪЗСТАНОВИТЕЛНИ ПРОЦЕДУРИ НА НАЗАЛНИ СИНУСИ

41722-00 Затваряне на оро-антрална фистула
Пластично затваряне на оро-антрална фистула

ИНЦИЗИЯ И ДРЕНАЖ НА КОЖА И ПОДКОЖНА ТЪКАН

30223-00 Инцизия и дренаж на хематом на кожа и подкожна тъкан

30223-01 Инцизия и дренаж на абцес на кожа и подкожна тъкан
Инцизия и дренаж на целулит

ИНЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ ВЪРХУ УСТА, НЕБЦЕ ИЛИ УВУЛА

41810-00 Увулотомия

96215-00 Инцизия и дренаж на лезия в устна кухина
Дренаж на:
• абсцес }
• киста } в устна кухина

ИНЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА ТОНЗИЛИ ИЛИ АДЕНОИДИ

41807-00 Инцизия и дренаж на перитонзиларен абсцес

ЕКСЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА МАКСИЛА, МАНДИБУЛА ИЛИ ТЕМПОРОМАНДИБУЛАРНА СТАВА

90603-00 Секвестректомия на максила
Включва: антибиотична тампонада
пробиване на костта
Кодирай също когато е направена:
• костен графт (48239-00, 48242-00 [1569])
• вътрешна фиксация (52096-00 [1360])

90603-01 Секвестректомия на мандибула
Включва: антибиотична тампонада
пробиване на костта
Кодирай също когато е направена:
• костен графт (48239-00, 48242-00 [1569])
• вътрешна фиксация (52096-00 [1360])

ЕКСЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА ДРУГИ МУСКУЛНО-СКЕЛЕТНИ ТОЧКИ

30023-01 Ексцизионен дебридман на мека тъкан, кост или хрущял
Ексцизионен дебридман на меки тъкани, ангажиращи кост или хрущял при:
• инфекция
• исхемични, некротични или гангренозни тъкани
• язва
• рана
Не включва: ексцизионен дебридман на ложе на открита фрактура (90580-00 [1566])

ИНЦИЗИЯ И ДРЕНАЖ НА КОЖА И ПОДКОЖНА ТЪКАН

30223-02 Друга инцизия и дренаж на абцес на кожа и подкожна тъкан
Инцизия и дренаж на:
• карбункул
• фурункул

ДРУГИ ИНЦИЗИОННИ ПРОЦЕДУРИ НА КОЖА И ПОДКОЖНА ТЪКАН

90661-00 Друга инцизия на кожа и подкожна тъкан
Изследване:
• синус на кожа и подкожна тъкан БДУ
• кожа и подкожна тъкан за чуждо тяло, което не е открито
• кожа и подкожна тъкан БДУ
Не включва: такава с дренаж (30223 [1606])

ИНЦИЗНИ ПРОЦЕДУРИ НА ЛИМФНИ СТРУКТУРИ

90281-00 Инцизия на лимфни структури
Дренаж на лимфни възли
Инцизия на лимфатичен канал, възел или съд

ДРУГ ДЕБРИДМАН НА КОЖА И ПОДКОЖНА ТЪКАН

Не включва: такава:
• чрез личинки дебридман терапия (MDT) (96210-00 [1604])

	• от изгаряне (30017-01, 30020-00, 90686-00 [1627])
90665-00	Ексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан Ексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан за: • инфекция • исхемична, некротична или гангренозна тъкан • язва • рана *Включва*: инцидентна ексцизионна некректомия на меки тъкани *Не включва*: ексцизионен дебридман на: • място на отворена фрактура (90580-00 [1566]) • меки тъкани (30023 [1566])
ОТСТРАНЯВАНЕ НА ЧУЖДО ТЯЛО ОТ КОЖА И ПОДКОЖНА ТЪКАН С ИНЦИЗИЯ	
30064-00	Отстраняване на чуждо тяло от кожа и подкожна тъкан с инцизия *Включва*: изследване
ДРУГИ ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум две диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21.**

Основна процедура **92191-00 или 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Лицево-челюстна хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Орална хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Орална хирургия" и медицински стандарт "Лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Ушно-носни-гърлени болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ушно-носни-гърлени болести", и от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия" (за процедури с кодове 30223-02, 90661-00, 90281-00, 90665-00, 30064-00 при деца до 9 години).

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по лицево-челюстна хирургия или Клиника/отделение по УНГ или Клиника/отделение по Орална хирургия или Клиника/отделение по Детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по ЛЧХ – двама лекари със специалност "Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия" и/или "Лицево-челюстна хирургия" и/или „Орална хирургия“, от които поне един със специалност "Лицево-челюстна хирургия";

и/или

- в клиника/отделение по УНГ - двама лекари са с призната специалност по "Ушно-носно-гърлени болести",

или

- в клиника/отделение по Орална хирургия - двама лекари с призната специалност "Орална хирургия"
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по ЛЧХ двама лекари със специалност "Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия" и/или "Лицево-челюстна хирургия" и/или „Орална хирургия“, от които поне един със специалност "Лицево-челюстна хирургия".

или

- в клиника/отделение по Детска хирургия - двама лекари с призната специалност "Детска хирургия" (за процедури с кодове 30223-02, 90661-00, 90281-00, 90665-00, 30064-00 при деца до 9 години)

или

- в клиника/отделение по Орална хирургия- двама лекари с призната специалност "Орална хирургия"

или

- в клиника/отделение по УНГ - двама лекари с призната специалност по "Ушно-носно-гърлени болести",
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по детски болести.

Насочване към клинична онкологична комисия или клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“) на лечебно заведение или обединение, с възможности за комплексно лечение в случаите на доказано онкологично заболяване.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Оперативно лечение на пациенти с възпалителни процеси в областта на главата и шията:

- Абсцес или флегмон в областта на лицето и шията.
- Остри и хронични възпалителни процеси на челюстните кости.
- Остри и/или екзацербирали възпалителни процеси на лимфните възли или остър и/или хроничен синуит в резултат на следните патологични процеси:

- хронични периапикални процеси (грануломи);

- екзацербирали одонтогенни (фоликуларни, радикуларни) кисти около ретинирали зъби;

- перфорация на синус след екстракция на зъб;

- луксиране на корен (зъб) по време на екстракция и създаване на ороантрална комуникация;

- възпалителна или алергична реакция към чуждо тяло в синуса, попаднало след ендодонтско лечение на зъб;

- остеомиелит на горна челюст; травматичен остеомиелит, одонтогенен остеомиелит и остеомиелит с необходимост от секветректомия;

- радионекроза след лъчетерапия на злокачествени тумори;

- медикаментозно свързана остеонекроза на челюстите (BRON, MRON);

- тумор на гингивата, инфилтриращ алвеоларния израстък и проникващ в синуса.

- Остри и обострени хронични възпалителни заболявания на слюнчените жлези.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Относителни контраиндикации за оперативно лечение - пациенти с анемичен синдром, хеморагична диатеза, коагулопатии, пациенти на антикуагулатна терапия и други състояния, свързани с риск от неконтролирана кръвозагуба, които изискват предварителна подготовка преди хирургичната интервенция.

б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 6 час от постъпването. В случаите извън спешност вземането на биологичен материал се извършва до 24 час. Други медико-диагностични изследвания - образни или инструментални се извършват до 48 час от постъпването.

Лечението е комплексно - хирургично и медикаментозно, като водещото е хирургичното лечение.

При абцесите и флегмоните в областта на лицето и шията се извършва инцизия и евентуална екстракция на зъба, причинител.

При одонтогенни възпалителни процеси на околоносните кухини се екстрахира зъба причинител и се провежда радикална антротомия с пластично затваряне на комуникацията с устната кухина през алвеолата на зъба.

При възпалителни процеси на челюстните кости в остра фаза (на абцес или флегмон) се извършва инцизия, а след хронифициране на процеса и демаркиране на секвестрите се провежда секвестректомия.

Медикаментозното лечение се състои в антибактериална терапия, парентарални вливания за възстановяване на водно-солевия баланс – по преценка, имуностимулиращо лечение - по преценка и съответната терапия при наличието на съпътстващи заболявания.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

На база клиничната картина и хематологичните показатели. За уточняване - по преценка - рентгенови снимки на лицевите и челюстните кости.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- осигурен дренаж на ексудата и липса на опасност от преминаването му в по-далечни ложи;
- липса на фебрилитет;
- липса на значими субективни оплаквания;
- липса на усложнения;
- възможности за поддържане на дренажа и провеждане на медикаментозно лечение при амбулаторно лечение.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Хирургия”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

- Документиране на предоперативни дни в “История на заболяването” (ИЗ).
- Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Хирургия”).
- Документиране на следоперативните дни в “История на заболяването” (ИЗ).

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

В областта на меките тъкани на лицето и шията и челюстните кости често се развиват възпалителни процеси. Най-често са от зъбен произход и се дължат на инфекция от бактерии, навлезли през каналите на силно разрушени и нелекувани зъби или при зъби с неправилно проведено кореново лечение. Преминавайки през канала на зъба бактериите предизвикват възпалителен процес в костта, наречен остеомиелит, или преминават през нея и навлизат в меките тъкани или лимфните възли на шията, където става причина възпалителен процес, наречен абцес (флегмон) или лимфаденит.

Горните кътници често са причина за възпаление на горно-челюстните синуси (синузит), поради анатомична близост. Възпалителните процеси в зависимост от локализацията си са придружени с болки, подуване, зачервяване на кожата, болки при преглъщане, затруднение в отваряне на устата, запушване или изтичане на гной от носа, висока температура, втрисане, обща отпадналост и главоболие.

При нелекуване на възпалителните процеси могат да настъпят редица усложнения, най-тежките от които са сепсисът (разпространение на инфекцията по кръвен път до други органи) и медиастинитът (когато инфекцията се разпространява надолу по шията и достига до белите дробове).

Общопрактикуващия лекар при съмнение за развитие на възпалителен процес трябва да Ви насочи към специалист по лицево - челюстна хирургия, който ще Ви постави точната диагноза и ще проведе лечението.

Лечението изисква да се осигури оттичане на гнойта, като за целта се правят разрези на меките тъкани, през които се достига до гнойната колекция и се осигурява дренаж до спиране на гноенето. Всеки ден тези дренове се сменят и се прави промивка на раната. Заболелият зъб, ако не може да се лекува, се изважда. При засягане на оконосните кухини (синузити) се провежда операция на синусите, наречена антротомия – отваряне на околоносната кухина, кюретиране на патологично променената лигавица на синуса и тампонирането на кухината. Когато зъбът причинител е изваден и има връзка между синусната и носната кухина през раната на извадения зъб, се налага тази комуникация да бъде затворена чрез пластична операция, представляваща преместване на съседна лигавица и покриване на раната от извадения зъб.

Едновременно с хирургичното лечение се приемат антибиотици, които убиват бактериите и общоукрепващи медикаменти, повишаващи защитните сили на организма, подпомагайки го да се пребори с инфекцията.

Поради трудностите при дъвчене и преглъщане, в първите дни болният е на течна диета.

Възпалителния процес отзвучава за минимум 10 дни. Медикаментозното лечение се прекратява по преценка на лекуващия лекар, но не по-рано от 5 дни от началото на лечението.

КП № 229 КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНАТА ОБЛАСТ

1. МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ – 3 ДНИ

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ 10

Актиномикоза
Не включва: актиномицетома (B47.1)
A42.2 Цервикофациална актиномикоза

Други инфекции, предизвикани от спирохети
A69.0 Некротизиращ язвен стоматит
Гангренозен стоматит
Фузоспирохетозна гангрена
Нома
Бързонекротизиращи язви на устната кухина
A69.1 Други инфекции на Vincent
Фузоспирохетозен фарингит
Некротизиращ улцерозен (остър):
- гингивит
- гингивостоматит

Спирохетозен стоматит
Язвено-некротична ангина на Vincent:
- ангина
- гингивит

Хемангиом и лимфангиом с каквато и да е локализация
Включва: морфологични кодове M912—M917 с код за характера на новообразуването /0
Не включва: син или пигментен невус (D22.—)
D18.0 Хемангиом в лицево-челюстната област и шията

D18.1 Лимфангиом в лицево-челюстната област и шията

Увреждания на троичния нерв
Включва: увреждания на 5-я черепномозъчен нерв
G50.0 Невралгия на троичния нерв
Синдром на пароксизмална лицева болка
Болезнен тик
G50.1 Атипична лицева болка-pyrosis/glossalgia

Увреждания на лицевия нерв
Включва: увреждания на 7-я черепномозъчен нерв
G51.0 Парализа на Bell
Лицева парализа
G51.1 Възпаление на ganglion geniculi
Не включва: постхерпетично възпаление на ganglion geniculi (B02.2)
G51.2 Синдром на Melkersson
Синдром на Melkersson-Rosenthal
G51.3 Клоничен хемифациален спазъм
G51.4 Лицева миокемия

Увреждания на други черепномозъчни нерви
Не включва: увреждания:
- на слуховия (8-я) нерв (H93.3)
- на зрителния (2-я) нерв (H46, H47.0)
- паралитично късогледство, дължащо се на увреждане на нерв (H49.0—H49.2)

G52.1 Увреждания на n. glossopharyngeus
Увреждания на 9-я черепномозъчен нерв
Глософарингиална невралгия

G52.3 Увреждания на подезичния нерв
Увреждания на 12-я черепномозъчен нерв

Остър синуит

Включва: абсцес, емпием, инфекция, възпаление, нагнояване } остър(-ра)(-ро) на синус (допълнителен) (назален)

При необходимост от идентифициране на инфекциозния агент се използва допълнителен код (B95—B97).

Не включва: синуит, хроничен или БДУ (J32.—)

J01.0 Остър максиларен синуит
Остър антрит

J01.1 Остър фронтален синуит

J01.4 Остър пансинуит

J01.8 Друг остър синуит
Остри синуити, включващи повече от един синус, но не пансинуити

Други болести на носа и носните синуси

Не включва: варикозна язва на носната преграда (I86.8)

J34.0 Абсцес, фурункул и карбункул на носа
Целулит, Некроза, Улцерация } на носа (преградата)

Болести на пулпата и периапикалните тъкани

K04.4 Остър апикален периодонтит, произхождащ от пулпата
Остър апикален периодонтит БДУ

K04.7 Периапикален абсцес без кухина
Зъбен [дентален], Дентоалвеоларен, Периапикален } абсцес БДУ

Гингивит и болести на пародонта

K05.2 Остър периодонтит
Остър перикоронит
Пародонтален абсцес
Периодонтален абсцес

Не включва: остър апикален периодонтит (K04.4)
периапикален абсцес (K04.7)
• с кухина (K04.6)

Челюстнолицеви аномалии [включително аномалии на захапката]

Не включва: атрофия или хипертрофия на едната половина на лицето (Q67.4)
едностранна хиперплазия или хипоплазия на кондила (K10.8)

K07.6 Нарушения на темпоромандибуларната става
Синдром, или комплекс, на Costen
Изместване на темпоромандибуларната става
“Щракаща” челюст
Синдром на болкова дисфункция на темпоромандибуларната става

Не включва: налично в момента:
• навяхване (S03.0), • изкълчване (S03.4) } на темпоромандибуларната става

Други болести на челюстите

K10.2 Възпалителни болести на челюстите
Остеит, Остеомиелит (неонатален), Остеорадионекроза, Периостит, Секвестър на челюстната кост } на челюстта (остър)(хроничен)(гноен)

K10.3 Алвеолит на челюстите
Алвеоларен остеит
Суха алвеола

Болести на слюнчените жлези

K11.2 Сиалоаденит
Не включва: епидемичен паротит (B26.—)
увеопаротитна треска [Heetfordt] (D86.8

K11.3 Абсцес на слюнчена жлеза

K11.4 Фистула на слюнчена жлеза
Не включва: вродена фистула на слюнчена жлеза (Q38.4)

K11.6 Мукоцеле на слюнчена жлеза
Мукусна:
• киста с ексудат
• ретенционна киста } на слюнчена жлеза
Ранула

K11.7 Нарушения на слюнчената секреция
Хипоптиализъм
Птиализъм
Ксеростомия
Не включва: суха уста БДУ (R68.2)

K11.8 Други болести на слюнчените жлези
Доброкачествено лимфоепителиално увреждане на слюнчена жлеза
Болест на Mikulicz
Некротизираща сиалометаплазия
Сиалектазия
Стеноза } на слюнчения канал
Стриктура
Не включва: синдром на Sjogren (M35.0)

Други болести на устните и устната лигавица
Включва: епителни нарушения на езика
Не включва: някои нарушения на венците и беззъбата алвеоларна криста (K05—K06)
кисти в областта на устната кухина (K09.—)
болести на езика (K14.—)
стоматит и сродни нарушения (K12.—)

K13.2 Левкоплакия и други изменения на устния епител, включително и на езика
Еритроплакия
Левкоедем на устния епител, включително и на езика
Левкокератоза на небцето, никотинова
Небце на пушач
Не включва: космата левкоплакия (K13.3)

Болести на езика
Не включва: еритроплакия
огнищна епителна хиперплазия
левкоедем
левкоплакия } езика (K13.2)
космата левкоплакия (K13.3)
макроглосия (вродена) (Q38.2)
субмукозна фиброза на езика (K13.5)

K14.0 Глосит
Абсцес
Улцерация (травматична) } на езика
Не включва: атрофичен глосит (K14.4)

K14.2 Срединен ромбоиден глосит

Абсцес на кожата, фурункул и карбункул
Включва: фурункул
фурункулоза
Не включва: анална и генитална локализация (K61.—)
полови органи (външни):

• женски (N76.4)
• мъжки (N48.2, N49.—)

L02.0 Абсцес на кожата, карбункул и фурункул на лицето

Не включва: външно ухо (H60.0)
клепач (H00.0)
глава [всяка част без лицето] (L02.8)
слъзни:
• жлези (H04.0)
• канали (H04.3)
уста (K12.2)
нос (J34.0)
орбита (H05.0)
субмандибуларна област (K12.2)

L02.1 Абсцес на кожата, фурункул и карбункул на шията

Остър лимфаденит

Включва: абсцес (остър) на всеки лимфен възел
лимфаденит (остър) без мезентериален

Не включва: увеличени лимфни възли (R59.—)
болест, предизвикана от вируса на човешкия имунодефицит [HIV], водеща до генерализирана лимфаденопатия (B23.1)
лимфаденит:
• БДУ (I88.9)
• хроничен или подостър, с изключение на мезентериален (I88.1)
• мезентериален, неспецифичен (I88.0)

L04.0 Остър лимфаденит на лицето, главата и шията

Травма на главата

S00.9 Повърхностна травма на главата и шията

Изкълчване, навяхване и разтягане на ставите и ставните връзки на главата

S03.0 Изкълчване на челюстите
Челюсти (хрущял)(мениск)
Долна челюст
Темпоромандибуларна става

S03.1 Изкълчване на хрущялната част на носната преграда

S03.4 Навяхване и разтягане на става (връзка) на челюстите
Темпоромандибуларна става (връзка)

Травма на черепномозъчните нерви

S04.3 Травма на нервус тригеминус
Пети черепномозъчен нерв

S04.5 Травма на лицевия нерв
Седми черепномозъчен нерв

2.2 И 2.3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Компютърна томография на лицева кост и/или параназален синус (и мозък)

56028-01 Компютърна томография на параназален синус с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на околоносен синус, без, след това с венозен контраст

Друга ангиография

59754-00 Лимфангиография
Включва: последваща радиография

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57906-00 Рентгенография на мастоидна кост

57909-00 Рентгенография на петрозна темпорална кост

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
• мастоидна кост (57906-00 [1967])
• околоносен синус (57903-00 [1967])
• петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

57912-00 Рентгенография на друга лицева кост
Включва: маларна
максила
орбита
Не включва: такава на:
• мандибула (57915-00 [1967])
• нос (57921-00 [1967])
• темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])

57918-00 Рентгенография на слюнчена жлеза
Радиография на камък на слюнчена жлеза
Сиалография

59733-00 Рентгенография на слюнчена жлеза с контраст
Сиалография с контраст

57921-00 Рентгенография на нос

57930-00 Рентгенография на зъби
Зъбна радиография
Ортодонтска:
• цефалография
• цефалометрия
Не включва: такава на цяла уста (57933-00 [1967])

57933-00 Рентгенография на зъби, цяла уста
Не включва: ортопантомография (57960-00 [1967])

57960-00 Ортопантомография

57927-00 Рентгенография на темпоромандибуларна става
Не включва: артрография (59751-00 [1985])

57903-00 Рентгенография на параназален синус

57915-00 Рентгенография на мандибула

Не включва: такава при ортопантомография (57960-00 [1967])
такава на темпоромандибуларна става (57927-00 [1967])

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-09 Изследване на протромбиново време

Биохимични изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук

Не включва: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

Деструкция на нерв

52824-00 Криотерапия на периферни клончета на тригеминалния нерв

Забележка: Извършвана за облекчаване на болка

Прилагане на невролитик в краниален нерв

Блокада на краниален нерв с невролитик

Забележка: извършвана за управление на болката

39100-00 Приложение на невролитик в първичен клон на тригеминалния нерв
Инжекция на:
• алкохол
• фенол

Прилагане на анестетик около краниален нерв

Блокада на краниален нерв с анестетик

Забележка: извършвано за управление на болката

Не включва: такава при оперативна анестезия (виж блок [1909])

18234-00 Прилагане на анестетик около първичен клон на тригеминалния нерв

18236-00 Прилагане на анестетик около периферен клон на тригеминалния нерв

90023-00 Прилагане на анестетик около друг краниален нерв

Други процедури за приложение, поставяне или премахване на други васкуларни места

30213-01 Прилагане на агент в телеангиектазии на глава или шия

Инжекция на склерозиращ агент

Включва: звездовидни съдове на главата и шията

Деструкция на лезия на кожа или хрущял

Не включва: такава чрез ексцизия (31205-00, 31230, 31235 [1620])
брадавици:
- анални (32177-00, 90315 [933])
- палмарни (30186-00 [1619])
- пенис (36815-00 [1195], 30189-01 [1619])
- плантарна (30186-00 [1619])
- уточнено място НКД (30189 [1619])
- уретрални (36815-01 [1116], 30189-01 [1619])
- вагинални (35507-00 [1281])
- вулварни (35507-01 [1289])

30195-06 Електротерапия на лезия на кожа, една лезия

Диатермия, Електродесикация, Фулгурация, Галванокаутеризация } на лезия на кожа, една лезия

Не включва: каутеризация на съдова аномалия (45027-00 [743])
диатермия на телеангиекстазии на глава или шия (30213-00 [743])

30195-07 Електротерапия на лезия на кожа, множествени лезии

Диатермия, Електродесикация, Фулгурация, Галванокаутеризация } на лезия на кожа, множествени лезии

Не включва: каутеризация на съдова аномалия (45027-00 [743])
диатермия на телеангиекстазии на глава или шия (30213-00 [743])

Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

92178-00 Топлинна терапия

Хипертермична терапия

Включва: терапевтично поведение с използване на:
- загряващи превръзки
- инфрачервено облъчване
- микровълни
- къси вълни
- парафин

Забележка: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстра-корпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана като допъл-нение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирана от микровълни, ултразвук, ниско-енергийни радиочестотно провеждане или сонди.

Кодирай също когато е направена:
• химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)
• радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация)
термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна)
термокератопластика (90064 [173])
термосклеректомия (42746-03 [191])
термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])

Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

Не включва: такава:
• чрез личинки дебридман терапия (MDT) (96210-00 [1604])
• от изгаряне (30017-01, 30020-00, 90686-00 [1627])

90686-01 Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан

Неексцизионен дебридман на:
• инфекция
• язва
• рана

Отстраняване на девитализирана тъкан, некроза и есхари чрез методи като:
• четкане
• иригация (под налягане)
• триене
• миене

Аспирационна вакумираща превръзка

Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
  • анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  • имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  • локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  • поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  • поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  • перфузия (виж блок [1886])
  • ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и една терапевтична процедура, посочена в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура **92191-00 или 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Лицево-челюстна хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Орална хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Орална хирургия" и медицинската специалност "Лицево-челюстна хирургия" (за заболявания по МКБ-10: A69.0, A69.1, K04.4, K04.7, K05.2, K07.6, K10.2, K10.3, K11.2, K11.3, K11.4, K11.6, K11.7, K11.8, L04.0), от обхвата на медицинската специалност "Ушно-носни-гърлени болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ушно-носни-гърлени болести", от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Детска хирургия" за деца до 1 година със заболяване по МКБ-10 D18.0.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по лицево-челюстна хирургия или Клиника/отделение по Орална хирургия или Клиника/отделение по УНГ или Клиника/отделение по Детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по ЛЧХ – двама лекари със специалност "Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия" и/или "Лицево-челюстна хирургия", и/или "Орална хирургия" от които поне един със специалност "Лицево-челюстна хирургия**". Специалисти по „Орална хирургия“ изпълняват лечебна дейност за заболявания по МКБ-10: A69.0, A69.1, K04.4, K04.7, K05.2, K07.6, K10.2, K10.3, K11.2, K11.3, K11.4, K11.6, K11.7, K11.8, L04.0**

или

- в клиника/ отделение по Орална хирургия - двама лекари с призната специалност по "Орална хирургия " (само за заболявания по МКБ-10: A69.0, A69.1, K04.4, K04.7, K05.2, K07.6, K10.2, K10.3, K11.2, K11.3, K11.4, K11.6, K11.7, K11.8, L04.0)

или

- в клиника/отделение по УНГ - двама лекари с призната специалност по "Ушно-носно-гърлени болести",

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по ЛЧХ – един лекар със специалност „Лицево-челюстна хирургия” и/или лекар със специалност по дентална, орална и лицево-челюстна хирургия

или

- в клиника/ отделение по Орална хирургия - двама лекари с призната специалност по " Орална хирургия " (само за заболявания по МКБ-10: A69.0, A69.1, K04.4, K04.7, K05.2, K07.6, K10.2, K10.3, K11.2, K11.3, K11.4, K11.6, K11.7, K11.8, L04.0)

или

в клиника/отделение по УНГ - двама лекари с призната специалност по "Ушно-носно-гърлени болести",

или

Клиника/отделение по Детска хирургия - двама лекари с призната специалност "Детска хирургия" (за деца до 1 година със заболяване по МКБ-10 D18.0)

- лекар със специалност по клинична лаборатория.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ</u>

а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Консервативно лечение на пациенти с:

- остри възпалителни заболявания на кожата на лицето, шията и главата с вирусна или бактериална етиология;
- остри възпалителни заболявания на лигавицата на устната кухина с вирусна или бактериална етиология;
- заболявания на черепно-мозъчните нерви;
- остри възпалителни заболявания на меките тъкани и челюстните кости, неизискващи хирургична намеса;
- остри възпалителни заболявания на слюнчените жлези и сиалолитиаза, с неголеми размери на камъка;
- вродени и придобити заболявания на езика;
- повърхностни и закрити травми на главата, лицето и шията.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

б). ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания при хоспитализация по спешни индикации се извършва до 6 час от постъпването. В случаите извън спешност вземането на биологичен материал се извършва до 24 час. Други медико-диагностични изследвания - образни или инструментални се извършват до 48 час от постъпването.

Контролни клинико-лабораторни изследвания на патологично променени показатели се извършват задължително до края на хоспитализацията.

Лечението е консервативно – въвеждане или инфузия на лечебно или профилактично средство, както и използване на физикални (ултразвук, лазер, йонофореза) методи.

6. <u>ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.</u>

Поставя се на базата на клинични и параклинични и/или микробиологични данни.

7. <u>ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ</u>.

Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- стихване на възпалителните прояви;
- липса на фебрилитет;
- липса на значими субективни оплаквания;
- стихване на симптоми, свързани с усложненията.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в “История на заболяването” (ИЗ).

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Консервативно лечение в лицевата област се прилага когато за лечението на органите на устата и съхраняване на структурите на лицето не са необходими операции от какъвто и да е характер. Основните цели при това лечение са възстановяването на функцията на увредения орган чрез медикаменти. То се прилага в случаите, когато няма дефицит на местни тъкани, при закрити травми, при заболявания на лицевите нерви, при прояви на общи заболявания в устната кухина, или при болести, специфични за устната кухина, но не водещи до получаването на тъканни дефекти.

Лечението на някои от тези заболявания на лицето може да налага използуването на комбинация от консервативно и хирургично лечение.

КП № 230 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ВРОДЕНИ МАЛФОРМАЦИИ В ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНАТА ОБЛАСТ

1. МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ - 3 ДНИ

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Кантопластика

Включва: ексцизия на тарзален хрущял [тарзектомия]

42590-00 Латерална кантопластика
Кантопластика БДУ

42590-01 Медиална кантопластика

Инцизионни процедури на клепач

90091-00 Кантотомия
Разширяване на клепачна цепка

Други възстановителни процедури на клепач

90085-00 Друга реконструкция на клепач

42584-00 Тарзорафия
Блефарорафия
Канторафия
Ревизия на белег на тарзална плоча

Реконструкция на клепач и ухо

45614-00 Реконструкция на клепача
Не включва: такава с:
• ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
• графт:
• космени фоликули (90095-00 [237])
• мукозен (45656-02 [1669])
• кожен (45400-01, 45403-01 [1641], 45400-00 [1642], 45485-00 [1643], 45448-00 [1645], 45451-10 [1648], 45451-00 [1649])

Реконструктивни процедури на клепач

90095-00 Реконструкция на клепач с графт от космени фоликули

Други процедури на клепачи

90086-00 Други процедури на клепач

Процедури за ектропион или ентропион

Включва: ексцизия на тарзален хрущял [тарзектомия]
Кодирай също когато е направена:
• реконструкция на клепач (45614-00, 45671-01, 45674-01 [1684])

45626-00 Корекция на ектропион или ентропион чрез шев техника
Репозиция на предна ламела на клепача

45626-01 Корекция на ектропион или ентропион с клиновидна резекция
Тарзоконюнктивално диамантно възстановяване на ектропион

Смесен графт

Хондрокутанен

Хондромукозен } графт

45656-02 Смесен графт на клепач

Септохондромукозен графт на клепач

Не включва: графт при симблефарон (45629-00 [1676])

Ексцизия, клепач

45617-00 Редукция на горен клепач

Ексцизия на излишна кожа на горен клепач

Реставрация симетрия на горен клепач

Ритидектомия на горен клепач

45620-00 Редукция на долен клепач

Ритидектомия на долен клепач

Реставрация симетрия на долен клепач

Ексцизионни процедури на външно ухо

30104-00 Ексцизияя на преаурикуларен синус

Радикална ексцизия на преаурикуларен синус или киста

Възстановяване на ухо

Не включва: реконструкция на ухо (45660-00, 45661-00 [1684])

45659-00 Корекция на проминиращо ухо - клепоухост

Корекция на проминиращо или щръкнало ухо

Изтегляне на ушите назад

45659-01 Други корекции на деформации на външното ухо

Корекция на:

• свито ухо

• увиснало ухо

Възстановяване на деформация на външно ухо БДУ

Не включва: реконструкция на външен слухов канал (41521 [304], 45662-00 [305])

Реконструкция на устна или уста

Не включва: реконструкция на заешка устна (45701-00, 45704-00 [1689])

45671-00 Реконструкция на устни с ламбо, единствен или първи етап

Abbe ламбо на устна, първи етап

Estlander ламбо

Gillies ветрилообразно ламбо

Karapandzic ламбо

McGregor ламбо

Modified Gillies ламбо

Процедури при заешка устна

Не включва: такива с възстановяване на заешка устна и предно небце (45680-00, 45686-00 [1691])

45689-00 Процедура на устна адхезия при заешка устна, едностранно

45689-01 Процедура на устна адхезия при заешка устна, двустранно

45698-00 Процедура за първично удължаване на колумела при заешка устна

45677-00 Първично възстановяване на заешка устна, едностранно

Единствен етап на възстановяване на заешка устна, едностранно

Не включва: удължаване на колумела (45698-00 [1689])
процедура на устно сращване (45689-00 [1689])
реконструкция с използване на ламбо (45701-00, 45704-00 [1689])
ревизия (45692-00, 45695-00 [1689])

45683-00 Първично възстановяване на заешка устна, двустранно
Единствен етап на възстановяване на заешка устна, двустранно
Не включва: удължаване на колумела (45698-00 [1689])
процедура на устно сращане (45689-00 [1689])
реконструкция с използване на ламбо (45701-00, 45704-00 [1689])
ревизия (45692-00, 45695-00 [1689])

45701-00 Реконструкция на заешка устна с използването на ламбо, единствен или първи етап
Abbe ламбо на заешка устна, първи етап

45704-00 Реконструкция на заешка устна с използване на ламбо, втори етап
Разделяне на Abbe ламбо за заешка устна

45692-00 Частична ревизия на заешка устна
Частично вторично възстановяване на заешка устна
Включва: незначителна ревизия на ламбо, изравняване и корекция
ревизия на незначителна деформация, свистене

45695-00 Тотална ревизия на заешка устна
Тотално вторично възстановяване на заешка устна
Включва: значителна ревизия на ламбо
реконструкция на мускул
ревизия на значителна деформация, свистене

Процедури при цепка на небце

Не включва: такава с възстановяване на заешка уста (45680-00, 45686-00 [1691])

45707-00 Първично възстановяване на цепнато небце

52337-00 Възстановяване на алвеоларна цепка
Графтинг на алвеоларна цепка

Включва: увеличаване на алвеоларния гребен
затваряне на ороназална фистула

45710-00 Вторично възстановяване на цепнато небце, затваряне на фистула с използване на локално ламбо
Ревизия на възстановяване цепка на небце, затваряне на ороназална фистула с използването на локално ламбо

45713-00 Вторично възстановяване на цепнато небце, процедура за удължаване
Ревизия на възстановяване цепка на небце, процедура за удължаване

Процедури при заешка устна и предно небце

45680-00 Първично възстановяване на едностранна заешка устна и предно небце
Единствен етап на възстановяване на едностранна заешка устна и предно небце

45686-00 Първично възстановяване на двустранна заешка устна и предно небце
Единствен етап на възстановяване на двустранна заешка устна и предно небце

Други процедури за възстановяване на уста, небце или увула

90142-02 Друго възстановяване на увула

Други процедури на уста, небце или увула

90143-02 Други процедури на увула

Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап
Включва: кожнофасциално ламбо

възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45200-00 Локално кожно ламбо на друго място
Локално кожно ламбо БДУ

Индиректно дистантно кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, преместено от донорско място далеч от дефекта към реципиентно място, чрез междинно място

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова при изгаряне
тръбовиден педикул

Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: ревизия на индиректно дистантно кожно ламбо (45239-02 [1658])

45230-01 Отлагане на индиректно дистантно кожно ламбо
Кожно ламбо частично повдигнато към донорското място с отложен трансфер за по-късен оперативен епизод за подобряване на кръвоснабдяването на ламбото. Може да бъде предварителна стъпка преди трансфер

45227-00 Индиректно дистантно кожно ламбо, формиране на тубовидно стълбче
Индиректно дистантно кожно ламбо с тубиране на кожно ламбо да екстериоризира кожната повърхност, да намали или елиминира груби зони

45236-00 Индиректно дистантно кожно ламбо, разполагане на тубовидно стълбче
Индиректно дистантно кожно ламбо с поставяне на тръбовидно ламбо

45233-00 Индиректно дистантно кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на междинно място

45233-01 Индиректно дистантно кожно ламбо, подготовка, трансфер и прикрепване на финално място

Процедури при парализа на лицев нерв

45581-00 Ексцизия на тъкан при парализа на лицевия нерв

Не включва: такъв с:
• фасциален графт (45575-00 **[1692]**)
• мускулен трансфер (45578-00 **[1692]**)
• суспенсия (45581-01 **[1692]**)

45581-01 Ексцизия на тъкан при парализа на лицевия нерв със суспенсия
Ексцизия на тъкан при парализа на лицевия нерв с:
• дермодеза
• фасциодеза
• подкожна пликация

45575-00 Фасциален графт при парализа на лицевия нерв

Включва: ексцизия на тъкан

45578-00 Мускулен трансфер при парализа на лицевия нерв

Включва: ексцизия на тъкан

Други възстановителни процедури на клепач

42872-00 Повдигане на вежда при паретично състояние

Други възстановителни процедури на кожа и подкожна тъкан

90675-00 Друго възстановяване на кожа и подкожната тъкан

Хирургично отстраняване на зъб

97325-03 Хирургично отстраняване на свръхброен зъб/и

97325-04 Хирургично отстраняване на зъбоподобни структури, зъбен хамартом и други

Инцизионни процедури на език

30278-02 Езична френотомия
Не включва: лабиална френотомия (30281-00 [401])

Ексцизионни процедури на език

30278-00 Лингвална френектомия
Включва: възстановяване
Не включва: лабиална френектомия (30281-01 [404])

Други ексцизионни процедури на уста, небце или увула

30281-01 Лабиална френектомия
Не включва: разделяне на лабиален френулум (30281-00 [401])

Други ексцизионни процедури на щитовидна и паращитовидна жлеза

30313-00 Ексцизия на тироглосална киста
Процедура на Sistrunk

30314-00 Радикална ексцизия на тироглосална киста или фистула
Включва: ексцизия на:
• подезична кост
• тиреоглосален канал

Други ексцизионни процедури на фаринкс

30286-00 Ексцизия на бранхиална киста

30289-00 Ексцизия на бранхиална фистула

Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21.**

Основна процедура **92191-00 или 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Лицево-челюстна хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Ушно-носни-гърлени болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ушно-носни-гърлени болести" (за процедури с кодове: 30104-00, 45659-00, 45659-01; 45680-00, 45686-00, 90142-02, 90143-02; 45581-00, 45581-01, 45575-00, 45578-00, 42872-00, 90675-00) и от обхвата на медицинската специалност "Пластично-възстановителна и естетична хирургия", осъществявани най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пластично-възстановителна и естетична хирургия" (за процедури с кодове: 42590-00, 42590-01, 90091-00, 90085-00, 42584-00, 45614-00, 90095-00, 90086-00, 45626-00, 45626-01, 45656-02, 45617-00, 45620-00, 30104-00, 45659-00, 45659-01, 45671-00, 45689-00, 45689-01, 45698-00, 45677-00, 45683-00, 45701-00, 45704-00, 45692-00, 45695-00, 45707-00, 52337-00, 45710-00, 45713-00, 45680-00, 45686-00, 90142-02, 90143-02, 45200-00, 45230-01, 45227-00, 45236-00, 45233-01, 45233-00, 45581-00, 45581-01, 45575-00, 45578-00, 42872-00, 90675-00).

Процедури с кодове 97325-03 “Хирургично отстраняване на свръхброен зъб/“и 97325-04 „Хирургично отстраняване на зъбоподобни структури, зъбен хамартом и други“ са за деца до 12 год.

Процедури с кодове 30278-02 “Езична френотомия“, 30278-00 „Лингвална френектомия“ и 30281-01 „Лабиална френектомия“ са за деца до 12 год.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти

а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по лицево-челюстна хирургия или Клиника/отделение по пластично-възстановителна хирургия или Клиника/отделение по УНГ
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по ЛЧХ - двама лекари със специалност по лицево-челюстна хирургия

или

- в клиника/отделение по ПВЕХ - двама лекари със специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия ;

или

- в клиника/отделение по УНГ - двама лекари с призната специалност по "Ушно-носно-гърлени болести",
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по ЛЧХ - двама лекари със специалност по лицево-челюстна хирургия

или

- в клиника/отделение по ПВЕХ - двама лекари със специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия;

или

- в клиника/отделение по УНГ - двама лекари са с призната специалност по "Ушно-носно-гърлени болести";
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по детски болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Лекарите-специалисти по пластично-възстановителна и естетична хирургия могат да изпълняват следните процедури с кодове: 42590-00, 42590-01, 90091-00, 90085-00, 42584-00, 45614-00, 90095-00, 90086-00, 45626-00, 45626-01, 45656-02, 45617-00, 45620-00, 30104-00, 45659-00, 45659-01, 45671-00, 45689-00, 45689-01, 45698-00, 45677-00, 45683-00, 45701-00, 45704-00, 45692-00, 45695-00, 45707-00, 52337-00, 45710-00, 45713-00, 45680-00, 45686-00, 90142-02, 90143-02, 45200-00, 45230-01, 45227-00, 45236-00, 45233-01, 45233-00, 45581-00, 45581-01, 45575-00, 45578-00, 42872-00, 90675-00.

Лекарите-специалисти по УНГ могат да изпълняват следните процедури с кодове: 30104-00, 45659-00, 45659-01; 45680-00, 45686-00, 90142-02, 90143-02; 45581-00, 45581-01, 45575-00, 45578-00, 42872-00, 90675-00.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Оперативно лечение при пациенти със:

- наличие на вродена цепнатина на устната, алвеоларния гребен и небцето (едностранни и двустранни);
- необходимост от корективни процедури на остатъчни деформации след операции в областта на лицето и шията;
- макроглосия, причиняваща зъбно-челюстни деформации;
- къс лингвален или лабиален френулум, затрудняващ движението на езика или устните, което е причина за трудна подвижност на езика или има роля в патогенезата на пародонтални заболявания на фронталните зъби;
- вродени аномалии на зъбите - мезиоденс или хиперодонтия при деца под 12 години;
- вродени дефекти на лицето (клепач, ухо и др);
- вродени аномалии на шията.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 6 час от постъпването.

В случаите извън спешност вземането на биологичен материал се извършва до 24 час.

В случай, че ЛЗ назначава медико-диагностични изследвания - образни или инструментални, те се извършват до 48 час от постъпването.

При цепнатина на устната се провежда едностранна или двустранна хейлопластика от 3 до 6 месечна възраст. При едностранна цепнатина на небцето по възможност се извършва пълно затваряне на твърдото и мекото небце. При двустранна цепнатина първоначално се затваря цепнатината на мекото небце на около едногодишна възраст, а на 4-6 годишна възраст се затваря цепнатина на твърдото небце.

При цепнатина само на мекото небце се извършва стафилорафия на около едногодишна възраст.

Корективните процедури на меката част на носа и тъканите на устната се извършват след 2 годишна възраст; а корекции на костния отдел на носа - след 12-годишна възраст; корекция на тъканите на устната – след една година.

Корективна хейлоринопластика се извършва след 12-годишна възраст, а имплантация на кост на алвеоларния гребен - след 11-годишна възраст.

Редукционна пластика на езика се извършва при изразена хипертрофия, имаща връзка с наличната зъбно-челюстна деформация.

Френотомия или френектомия на лабиален или лигвален френулум се извършва при установена етиологична или патогенетична връзка с трудна подвижност на езика или пародонтални заболявания на фронталните зъби или с оглед превенция на появата им.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

При лечение на малформации на лицето и шията неописани в горепосочения алгоритъм, се прилагат оперативни протоколи съобразени с всяко едно от заболяванията.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на база на клиничната картина и методите на образната диагностика.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- отзвучаване на ранните следоперативни симптоми - болки и невъзможност за преглъщане, хранене поне с течно-кашава храна;
- отчитане на общи физиологични показатели - липса на фебрилитет и нормален оздравителен процес на оперативната рана.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Хирургия”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

- Документиране на предоперативни дни в “История на заболяването” (ИЗ).
- Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Хирургия”).
- Документиране на следоперативните дни в “История на заболяването” (ИЗ).

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ №2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродени цепнатини на устните и небцето

Причината за вродените цепнатини на устните и небцето, както и за много други вродени аномалии все още не са напълно известни. Редица фактори се смята, че имат връзка с тези аномалии - тук се включват различни вредни влияния върху организма на бременна майка (рубеола, грип А, радиация, хормонални смущения, непълноценно хранене и други).

До пластичното коригиране на тези деформации храненето на децата е затруднено, поради което голям процент са с по-ниска телесна маса. При изолирани цепки на устните обикновено няма проблеми с кърменето на детето. При деца с комбинирани цепнатини на устните и небцето, срокът на нормалното кърмене е по – малък – до около 2 – 3 месеца. При по-широки цепки на небцето, ако не се получава добра херметизация, храненето се извършва с лъжица. За улесняване на храненето, при по-тежките дефекти се препоръчва поставянето на обтуратори за изолиране на носната от устната кухина, за да се избегне изтичането на храна през носа.

Чести са говорните нарушения при пациенти с цепнатини на устните и небцето. Хирургичните методи, с които се възстановява анатомичната цялост на небцето, създават най-добри предпоставки за нормален говор.

Цепнатините на устните и небцето се коригират по оперативен начин чрез пластична операция, която се извършва в различни срокове в зависимост от вида на аномалията. Цепките на устните се извършват от втория до третия месец след раждането. При цепнатини на небцето затварянето може да се извърши на два етапа – първо мекото небце на около една годишна възраст, и след това твърдото небце на около 4-6 годишна възраст.

Операциите се извършват под обща упойка, след което детето остава в болницата за 7 –10 дни, като на седмия ден се премахват конците и тампоните. Един месец след изписването се идва на контролен преглед. Желателни са също така контролни прегледи един път годишно след операцията.

Къс френулум на езика или устните

Тези аномалии са често срещани и могат да причинят затруднение в движението на езика, трудности при кърменето или да са причина за парадонтални заболявания на предните зъби на горната или долната челюст, речеви дефекти и др. За да се избегнат се налага тяхното освобождаване посредством оперативното им отстраняване с последваща пластика.

Операциите се извършват под обща или местна упойка и конците се свалят на седмия ден. Налага се контролен преглед един месец след операцията.

Макроглосия

Макроглосията представлява аномалия, при която разрастването на езика е свръх норма. Това води до затруднение в речевите функции, както и до някои зъбно-челюстни деформации. Това налага редукция на обема на езика до нормални граници чрез пластични операции.

Операциите се извършват под обща упойка и конците се свалят на седмия ден. Налага се контролен преглед един месец след операцията.

КП № 231 ЛЕЧЕНИЕ НА ФРАКТУРИ НА ЛИЦЕВИТЕ И ЧЕЛЮСТНИТЕ КОСТИ

1. МИНИМАЛЕН БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ – 2 ДНИ

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Наместване фрактура на зигоматична кост

47762-01	Затворено наместване фрактура на зигоматична кост с фиксация
47762-00	Отворено наместване фрактура на зигоматична кост *Включва*: маларна кост зигоматична дъга
47765-00	Отворено наместване фрактура на зигоматична кост с външна фиксация, 1 локализация
47768-00	Отворено наместване фрактура на зигоматична кост с външна фиксация, 2 локализации
47771-00	Отворено наместване фрактура на зигоматична кост с външна фиксация, 3 локализации
47765-01	Отворено наместване фрактура на зигоматична кост с вътрешна фиксация, 1 локализация
47768-01	Отворено наместване фрактура на зигоматична кост с вътрешна фиксация, 2 локализации
47771-01	Отворено наместване фрактура на зигоматична кост с вътрешна фиксация, 3 локализации

Наместване фрактура на максила или мандибула

Не включва: наместване алвеоларен ръб на мандибула или максила (90530 [1367])

47753-00	Затворено наместване фрактура на максила с фиксация
47774-00	Отворено наместване фрактура на максила
53424-00	Отворено наместване на усложнена фрактура на максила Наместване на максиларна фрактура, включващо вътрешни органи, кръвоносни съдове и нерви
47786-00	Отворено наместване фрактура на максила с вътрешна фиксация
53427-00	Отворено наместване на усложнена фрактура на максила с вътрешна фиксация Наместване на максиларна фрактура с използване на плака(и) и включващо вътрешни органи, кръвоносни съдове и нерви
47777-00	Отворено наместване на фрактура на мандибула
53425-00	Отворено наместване на усложнена фрактура на мандибула Наместване на мандибуларна фрактура, включващо вътрешни органи, кръвоносни съдове и нерви
47789-00	Отворено наместване фрактура на мандибула с вътрешна фиксация
53429-00	Отворено наместване на усложнена фрактура на мандибула с вътрешна фиксация Наместване на мандибуларна фрактура с използване на плака(и) и включващо вътрешни органи, кръвоносни съдове и нерви

Наместване фрактура на мандибуларен или максиларен алвеоларен гребен	
90530-01	Отворено наместване фрактура на мандибуларен или максиларен алвеоларен гребен
Реконструкция на орбитална кухина	
	Включва: орбитална основа орбитална стена редукция на пролабирало или заклещено орбитално съдържание
	Не включва: корекция на: • хипертелоризъм (45767, 45770-00 [1711]) • орбитална дистопия (45776-00, 45779-00 [1711]) • синдром наTreacher Collins (45773-00 [1711]) преместване напред на лицева кост (45782, 45785 [1710])
45590-00	Реконструкция на орбитална кухина
45590-01	Реконструкция на орбитална кухина с имплант
	Включва: алопластичен, силиконов, синтетичен (изкуствен) } имплант (патч)
45593-00	Реконструкция на орбитална кухина с хрущялен графт
Наместване на фрактура или луксация на друга лицева кост	
	Не включва: наместване на орбитална фрактура (45590, 45593 [1716])
90530-02	Затворено наместване фрактура на лицеви кости, некласифицирано другаде
90530-03	Отворено наместване фрактура на лицеви кости, некласифицирано другаде
Наместване фрактура на максила или мандибула	
	Не включва: наместване алвеоларен ръб на мандибула или максила (90530 [1367])
47756-00	Затворено наместване на фрактура на мандибула с фиксация
Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21.**

Основна процедура **92191-00 или 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура, към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично – лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Лицево-челюстна хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Лицево-челюстна хирургия", от обхвата на медицинската специалност "Орална хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Орална хирургия" и от обхвата на медицинската специалност "Лицево-челюстна хирургия" (за процедури с кодове: 47762-01, 47765-00, 47762-00, 47768-00, 47771-00, 47765-01, 47768-01, 47771-01, 47753-00, 47774-00, 53424-00, 47786-00, 53427-00, 47777-00, 53425-00, 47789-00, 53429-00, 90530-01, 45590-01, 45593-00, 45590-00, 90530-03, 47756-00)

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по лицево-челюстна хирургия или Клиника/отделение по Орална хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КТ/МРТ
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Медицински изделия и инструменти за фиксиращите процедури - пластини, винтове, дистрактори, титанови мрежи, екстра- или интраорални фиксатори	НЗОК не заплаща посочените медицински изделия

б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- в клиника/отделение по ЛЧХ – двама лекари със специалност "Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия" и/или "Лицево-челюстна хирургия" и/или „Орална хирургия“, от които поне един със специалност "Лицево-челюстна хирургия";

или

- клиника/отделение по Орална хирургия - двама лекари със специалност „Орална хирургия“ **Специалисти по „Орална хирургия“ могат да изпълняват само процедури с кодове 47762-01, 47765-00, 47762-00, 47768-00, 47771-00, 47765-01, 47768-01, 47771-01.**
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- в клиника/отделение по ЛЧХ – двама лекари със специалност "Дентална, орална и лицево-челюстна хирургия" и/или "Лицево-челюстна хирургия", и/или „Орална хирургия“, от които поне един със специалност "Лицево-челюстна хирургия".
- в клиника/отделение по Орална хирургия - двама лекари със специалност „Орална хирургия“ **Специалисти по „Орална хирургия“ могат да изпълняват само процедури с кодове 47762-01, 47765-00, 47762-00, 47768-00, 47771-00, 47765-01, 47768-01, 47771-01.**
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по детски болести.

При анамнеза от страна на пациента за алергия, се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

Специалисти по „Орална хирургия“ могат да изпълняват само процедури с кодове 47762-01, 47765-00, 47762-00, 47768-00, 47771-00, 47765-01, 47768-01, 47771-01.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностика и лечение на фрактури на лицевите и челюстните кости. При съчетаните травми, съпътствани с други увреждания (черепно-мозъчни травми и др.), лечението може да наложи участието на гранични специалисти (неврохирурзи, ортопеди и др.).

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

За поставяне на долечебната диагноза се изисква рентгенова снимка на челюстни и/или лицеви кости.

б). ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Вземане на биологичен материал за медико-диагностични изследвания се извършва до 6 час от постъпването.

В случаите извън спешност вземането на биологичен материал се извършва до 24 час.

Други медико-диагностични изследвания - образни или инструментални се извършват до 48 час от постъпването.

Лечение на фрактура на долна челюст се провежда чрез ортопедични или хирургични методи.

При ортопедичния метод се използват стандартни или лабораторно изработени шини. Стандартните шини имат приложение при достатъчно на брой налични здрави постоянни зъби.

При случай на частично или значително обеззъбяване, а също и така при деца с млечно или смесено съзъбие с недостатъчен брой постоянни зъби се използват лабораторни шини, най-често шината на Вебер.

Индикация за приложение на хирургичните методи има, когато от консервативните ортопедични методи ефект не се очаква при:

- фрактури на беззъби челюсти или беззъби участъци;
- фрактурна линия зад зъбния ред и дислокация на фрагментите;
- фрактури на челюсти с непълноценни зъби;
- дефектни фрактури.

Хирургичното лечение налага визуализиране на фрактурата чрез разрез на меките тъкани и имобилизация на фрагментите чрез остеосинтеза.

И единият, и другият метод (ортопедичен и хирургичен) налагат периодични контролни прегледи на болния.

Най-честите усложнения при фрактура на долната челюст:

- абсцеси и флегмони;
- травматичен остеомиелит;
- псевдоартроза.

Лечението на фрактурите на средният лицев етаж е хирургично. Провежда се остеосинетеза с телен костен шев или пластина. При фрактури на горната челюст може да се извърши суспенсивна фиксация. При фрактури на носните и зигоматичните кости, без дислокация на фрагментите или липса на функционални и естетични смущения, лечението е консервативно.

Най-честите усложнения при фрактури на средният лицев етаж:

- абсцеси и флегмони;
- травматичен остеомиелит.

Медикаментозно лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя въз основа на клиничното и рентгеновото изследване на челюстните и/или лицевите кости.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

- осъществена репозиция и фиксация на костните фрагменти и имобилизация на долната челюст - при фрактури на челюстните кости;
- липса на необходимост от интезивно лечение;
- овладяване на травматичния остеомиелит;
- осигурен амбулаторен контрол.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти “Анестезия и интензивно лечение” и “Хирургия”.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

- Документиране на предоперативни дни в “История на заболяването” (ИЗ).

- Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти “Хирургия”).

- Документиране на следоперативните дни в “История на заболяването” (ИЗ).

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;

- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ №2 И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Фрактурата (счупването) представлява прекъсване на целостта на костта, най-често вследствие на травма. От лицевите кости най-често се чупи долната челюст, като това обикновено е на типични слаби места на костта. За лечението на счупването е необходимо фрагментите да бъдат наместени и фиксирани един към друг, след което цялата челюст трябва да бъде обездвижена за определен период от време (най – често около месец) при положение, че няма никакви усложнения.

Счупените части (фрагменти) може да се наместват и фиксират чрез поставянето на шини (стандартни, лабораторни) на долната и горната челюст, след което долната челюст се фиксира към здравата горна челюст посредством ластици или тел, захванати за кукичките на шините.

Ако в устата няма достатъчен брой здрави зъби, които да държат шините, или линията на счупването извън зъбната редица е придружено с голямо разместване на фрагментите, тяхното наместване и фиксиране може да стане по оперативен път – чрез външен (кожен) или вътрешен (в устата) разрез, разкриване на костта в областта на счупването и директно фиксиране на двата фрагмента чрез специална тел или метални пластинки или винтове. След това обездвижването отново става чрез фиксирането на долната към горната челюст посредством шини.

Средният лицев етаж включва следните кости:

- горна челюст;

- зигоматична (яблъчна) кост и дъга;

- носни кости.

Както при всички кости в човешкото тяло и те при травмиране могат се фрактурират (счупят).

Счупването представлява прекъсване на целостта на костта. Лечението е оперативно и се състои в разкриване мястото на счупването, фиксиране на фрагментите с телен шев или метална пластина с винтове. При счупвания на носните кости и зигоматичната кост, при които липсват разместване на фрагментите, функционални или естетични смущения, лечението е консервативно.

КП № 232 ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ИЗГАРЯНИЯ С ПЛОЩ ОТ 5% ДО 10% ПРИ ВЪЗРАСТНИ И ДО 3% ПРИ ДЕЦА

1.Минимален болничен престой при лица над 18 години - 2 дни
Минимален болничен престой при лица под 18 години - 4 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1627	**Дебридман при изгаряне**
	Дебридман на есхар Есхаректомия Ексцизия на: • изгаряне • есхар Премахване на есхар *Включва*: превръзка на изгаряне на същото място *Не включва*: това с присаждане на същото място (виж блокове [1640], [1641], [1643], [1644] и [1648])
30017-01	Ексцизионен дебридман при изгаряне, < 10% телесна повърхност е изрязана или обработена
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени и отчетени една основна оперативна процедура и минимум две диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21,** насочени към основната диагноза.

Основна процедура **92191-00/92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение I ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пластично-възстановителна и естетична хирургия", от медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия", от медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника /отделение по изгаряне, пластична хирургия или по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. Септична операционна за смяна на превръзките
4. Клинична лаборатория I ниво
5. Рентгенов апарат, разположен на територията на болницата.

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология
2. Микробиологична лаборатория на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с придобита медицинска специалност по хирургия.

или

пластичен хирург;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със специалност по хирургия

или

двама лекари със специалност по детска хирургия

или

един лекар със специалност по детска хирургия и един със специалност по обща хирургия

или

пластичен хирург

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За изпълнение и отчитане на пътеката задължително се изисква консултация със специалист по пластично-възстановителна и естетична хирургия, работещ в клиника/отделение по изгаряне..

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Незабавен прием

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

- всички изгаряния от II А степен, с площ от 5% до 10% от телесната повърхност при лица над 6 г.възраст;
- всички деца с изгаряния до 6 годишна възраст, независимо от процента и локализацията на изгаряниятa, се лекуват в хирургични клиники/отделения или специализирани клиники/отделения по изгаряния и пластична хирургия.

При изгаряния на лицето, ръцете, ходилото, шията, горни дихателни пътища, зоната на големите стави, перинеума и гениталиите, се преминава в следващите по тежест клинични пътеки.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лечение на изгаряния с площ от 5 % до 10 % при възрастни и до 3 % при деца.

Според стандартите за лечение на изгаряниятa.

А. Определяне процента и дълбочината на изгарянето

Б. Дата и час на произшествието (инцидент), агент, и вид на злополуката

След определяне на процента и дълбочината на изгарянето се изисква:

- преглед и оценка на общото състояние от хирург и анестезиолог;
- поставяне на централна венозна линия - при необходимост;
- анестезия за превръзки - по показания;
- хидротерапия – локална, избръсване и ПХО;
- превръзка на раните - с антисептични или епителотонични унгвенти;
- вземане на кръв за хематологични и биохимични изследвания;
- провеждане на активно наблюдение състоянието на пациента;

- периодична подмяна на превръзките, като при нужда това става с обща анестезия, при необходимост;
- провеждане на бактериален контрол при необходимост;
- антибиотично лечение след получаване на резултата от антибиограмата или по клинични данни, при необходимост.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След проследяване на динамиката на раневата повърхност за степента и площта на изгарянето.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични).

Медицински критерии за дехоспитализация:

Пациент – обработен, без инфекция, със започваща епителизация.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Медицински стандарт по пластично-възстановителна и естетична хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно „Медицински стандарт по пластично-възстановителна и естетична хирургия");

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Изгарянията се причиняват от въздействие на висока температура, химически вещества, електричество и лъчева енергия. Кожата е специфичен жизненоважен орган и засягането на голяма част от нея се отразява на функциите на целия организъм, увреждат се и вътрешните органи. Лечението и прогнозата на изгарянето зависят от неговата площ и дълбочина. Площта се изчислява в проценти от телесната повърхност на пациента.

Дълбочината се определя по тристепенна класификация. При I степен е засегнат само епидермисът; при II-А степен е увреден повърхностният слой на дермата (същинската кожа); при II-В степен е засегнат дълбокият слой на дермата. При трета степен кожата е унищожена в цялата си дебелина, като може да са поразени (засегнати) и подлежащи анатомични структури (подкожие, фасции, мускули, кости и вътрешни органи).

Изгарянията от II-В и III степен са дълбоки. Тяхното лечение е оперативно, при по-обширните изгаряния – многоетапно. При операциите се налага кръвопреливане.

Тежестта на изгарянето зависи от:

- обширността (площта) на засегнатите повърхности;
- дълбочината на изгарянето;
- локализацията (мястото) на изгарянето;
- възрастта на пациента;
- придружаващите заболявания;
- времето, изминало от началото на изгарянето до оказването на специализирана помощ.

При определени условия при изгарянията се развива термичен шок. Тези условия са:

- Изгаряния от II степен над 10% при деца и 15 % при възрастни;
- Изгаряния от III степен над 3 процента при деца и 10 % при възрастни;
- Изгаряния с по-малък процент, но при наличие на:
  - изгаряне в ранна детска възраст и старческа възраст;
  - изгаряне на горни дихателни пътища и инхалация на пушечни газове;
  - изгаряне на шокогенни зони – лице и междинница;
  - тежки придружаващи заболявания;
  - високоволтови електрически изгаряния;
  - комбинация с други травми.

Лечението на изгарянето продължава с месеци и в повечето случаи завършва с образуване на белези. По време на лечението може да се развият усложнения, обусловени от обширността и дълбочината на изгарянето (обща бактериална инфекция, бактериурия, хепатит, пневмония, стрес-язва и др.). Възможно е обостряне на хронични заболявания, което утежнява прогнозата.

След пълното епителизиране (зарастване) на повърхностните изгаряния и стабилизиране на оперираните участъци, болният се изписва за продължаване на рехабилитацията и възстановяване в домашни условия. При изписването на пациента се дават указания за провеждане на рехабилитационни мероприятия в домашни условия.

Контролни прегледи се провеждат до възстановяване на болния. Първоначално те са ежемесечни, а след това - по преценка на лекаря. При необходимост могат да се извършат оперативни корекции за подобряване на функцията и естетиката на тялото на пациента.

КП № 233 ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕОБШИРНИ ИЗГАРЯНИЯ С ПЛОЩ ОТ 1 ДО 19 % ОТ ТЕЛЕСНАТА ПОВЪРХНОСТ, С ХИРУРГИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

1.Минимален болничен престой - 4 дни

3 КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1662 Ексцизия, клепач

45666-00 Деструкция на лезия на клепач
Деструкция с:
• лазер
• криотерапия и диатермия
• други средства

236 Други възстановителни процедури на клепач

90085-00 Друга реконструкция на клепач

304 Възстановителни процедури на външно ухо

90110-00 Друго възстановяване на външно ухо
Възстановяване на:
• ушна мида БДУ
• външен слухов канал БДУ

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45206-01 Локално кожно ламбо на нос

1648 Пълнослоен кожен графт при изгаряне

Wolfe графт при изгаряне

Включва: дебридман } при изгаряне на същото място
превръзка }
ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• отстраняване на графт:
• алографт (90666-01 [1629])
• синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

45451-12 Пълнослоен кожен графт при изгаряне на устна

1643 Разцепен кожен графт при изгаряне на специфично място

Разцепен кожен автографт при изгаряне на специфични места

Включва: дебридман } превръзка } на изгаряне на същото място ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направено:

- отстраняване на графт:
- алографт (90666-01 [1629])
- синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
- ксенографт (90667-01 [1629])
- възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: алографт при изгаряне (90670-01 [1640])
синтетичен кожен графт при изгаряне (90672-01 [1640])
такъв при гранулиращо изгаряне (45400-01, 45403-01 [1641])
ксенографт при изгаряне (90671-01 [1640])

45485-02 Разцепен кожен графт при изгаряне на устна

1685 Реконструкция на устна или уста

Не включва: реконструкция на заешка устна (45701-00, 45704-00 [1689])

45671-00 Реконструкция на устна с ламбо, единствен или първи етап
Abbe ламбо на устна, първи етап
Estlander ламбо
Gillies ветрилообразно ламбо
Karapandzic ламбо
McGregor ламбо
Модифицирано Gillies ламбо

45674-00 Реконструкция на устна с ламбо, втори етап
Разделяне по Abbe ламбо на устна

1412 Други ексцизионни процедури на лакът и хумерус

44328-01 Ампутация през мишницата

1448 Ампутация на китка, ръка или пръст

46465-00 Ампутация на пръст на ръка

Не включва: ампутация на върха на пръст (според азбучния Индекс за извършени специфични процедури, например Остектомия; Ексцизия, меки тъкани)

44325-00 Среднокарпална ампутация

44328-02 Дезартикулация през китката

1426 Ексцизионни процедури на предмишница

44328-00 Ампутация през предмишница

1412 Други ексцизионни процедури на лакът и хумерус

90535-00 Дезартикулация на лакът

1399 Ампутация на рамо

44331-00 Дезартикулация на рамо

44334-00 Интерскапулоторакална ампутация
Интерторакоскапуларна ампутация

1484 Ампутация на таз или тазобедрена става

44367-00 Ампутация над коляното
Ампутация над коляното

1533 Ампутация на глезен или стъпало

44338-00 Ампутация на пръст на крак

44364-00 Метатарзална ампутация

44361-00 Дезартикулация през глезен

44361-01 Ампутация на глезен през малеоли на тибия и фибула

1505 Други ексцизионни процедури на коляно или крак

44367-02 Ампутация под коляното

44367-01 Дезартикулация през коляното

1484 Ампутация на таз или тазобедрена

44367-00 Ампутация над коляното
Ампутация над коляното

44370-00 Ампутация през тазобедрена става
Тазобедрена дизартикулация

1627 Дебридман при изгаряне

Дебридман на есхар
Есхаректомия
Ексцизия на:
• изгаряне
• есхар
Премахване на есхар

Включва: превръзка на изгаряне на същото място

Не включва: това с присаждане на същото място (виж блокове [1640], [1641], [1643], [1644] и [1648])

30017-01 Ексцизионен дебридман при изгаряне, < 10% телесна повърхност е изрязана или обработена

30020-00 Ексцизионен дебридман при изгаряне, > 10% телесна повърхност е изрязана или обработена

1620 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан

Включва: бенигнена/малигнена:
- киста
- тумор

Не включва: ексцизия (на):
- чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612], 90662-00 [1617])
- белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657])
- синус (30099-00 [1630])
- язва (31205-01 [1630])
- хемохирургия на Moh (31000-00 [1626])

31230-00 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на клепач

Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-01 [1662])

31230-01 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на нос

31230-02 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на ухо

Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-02 [1663])

31230-03 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на устна

Не включва: ексцизия на лезии(и) на вермилион (ръб) (45668-00 [1664])
пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-00 [1664])

1566 Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

31340-00 Ексцизия на мускул, кост или хрущял, ангажирани с кожна лезия

Кодирай първо:
- ексцизия на кожна лезия (31205, 31230, 31235 [1620])

1644 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места

Разцепен кожен автографт при изгаряне на други места

Включва: дебридман, превръзка, ексцизия } при изгаряне на същото място
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
- отстраняване на графт:
  - алографт (90666-01 [1629])
  - синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
- ксенографт (90667-01 [1629])
- възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: алографт при изгаряне (90670-01 [1640])
синтетичен кожен графт при изгаряне (90672-01 [1640])
такъв при гранулиращо изгаряне (45400-01, 45403-01 [1641])
ксенографт при изгаряне (90671-01 [1640])

45406-00 Разцепен кожен графт на други зони с изгаряния, обхващащи присадена зона < 3% телесна повърхност

45409-00 Разцепен кожен графт на други зони с изгаряния, обхващащи присадена зона ≥ 3% и < 6% телесна повърхност

45412-00 Разцепен кожен графт на други зони с изгаряния, обхващащи присадена зона ≥ 6% и ≤ 9% телесна повърхност

45415-00 Разцепен кожен графт на други зони с изгаряния, обхващащи присадена зона ≥ 9% и ≤ 12% телесна повърхност

45418-00 Разцепен кожен графт на други зони с изгаряния, обхващащи присадена зона ≥ 12% и < 15% телесна повърхност

45460-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 15% и < 20% телесна повърхност

1648 Пълнослоен кожен графт при изгаряне

Wolfe графт при изгаряне

Включва: дебридман } при изгаряне на същото място
превръзка }
ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:

• отстраняване на графт:
• алографт (90666-01 [1629])
• синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

45451-15 Пълнослоен кожен графт при изгаряне на ръка

Включва: такава с графт на пръст или палец
китка

Не включва: пълнослоен кожен графт за:
• само пръст (45451-17 [1648])
• само палец (45451-16 [1648])

1643 Разцепен кожен графт при изгаряне на специфично място

Разцепен кожен автографт при изгаряне на специфични места

Включва: дебридман } на изгаряне на същото място
превръзка }
ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направено:

• отстраняване на графт:
• алографт (90666-01 [1629])
• синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: алографт при изгаряне (90670-01 [1640])
синтетичен кожен графт при изгаряне (90672-01 [1640])
такъв при гранулиращо изгаряне (45400-01, 45403-01 [1641])
ксенографт при изгаряне (90671-01 [1640])

45485-04 Разцепен кожен графт при изгаряне на ръка

Включва: такъв с графт на пръст на ръка или палец
китка

Не включва: разцепен кожен графт за:
• пръст само (45488-00 [1643])
• палец само (45488-01 [1643])

1648 Пълнослоен кожен графт при изгаряне

Wolfe графт при изгаряне

Включва: дебридман } при изгаряне на същото място
превръзка }
ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• отстраняване на графт:
• алографт (90666-01 [1629])
• синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

45451-19 Пълнослоен кожен графт при изгаряне на друго място

1640 Алографт, ксенографт или синтетичен кожен графт

90671-00 Ксенографт
Хетерогенна временна биологична превръзка
Разцепен кожен:
• хетерографт
• ксенографт
Ксеногенна временна биологична превръзка

90670-00 Алографт
Алогенна временна биологична превръзка
Хомогенна временна биологична превръзка
Разцепен кожен:
• алографт
• хомографт

90672-00 Синтетичен кожен графт
Графт от кожен заместител например Biobrane, Integra изкуствен епидермис
Временна превръзка от синтетична кожа

1653 Директно дистантно кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от далечно място от дефекта и прикрепено директно към реципиентно място

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: реконструкция на:
• клепач чрез ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
• устна чрез ламбо 45671-00, 45674-00 [1685],
ревизия на директно дистантно кожно ламбо (45239-01 [1658])

45206-05 Локално кожно ламбо на ръка

Включва: китка

Не включва: такова при контрактура на Дюпюитрен (46384-00 [1467])
такова на:
• само пръст (45206-07 [1651])
• само палец (45206-06 [1651])

45200-00 Локално кожно ламбо на друго място
Локално кожно ламбо БДУ

1655 Други възстановителни процедури на кожа и подкожна тъкан

90675-00 Друго възстановяване на кожа и подкожна тъкан

1634 Други ексцизионни процедури на кожа и подкожна тъкан

90669-00 Ексцизия на кожа за графт

Включва: възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направено:

• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: такава с графт в същия оперативен епизод (виж блокове [1641] до [1650])

1908 Други терапевтични интервенции

93080-00 Лечение с нанокристално сребро на кожа и подкожна тъкан

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени и отчетени две основни оперативни процедури, и минимум три диагностични процедури от различни блокове**, посочени в Приложение № 21,** насочени към основната диагноза**.**

Основна процедура **92191-00/92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Процедурите **30017-01** "Ексцизионен дебридман при изгаряне, < 10% телесна повърхност е изрязана или обработена";**30020-00** "Ексцизионен дебридман при изгаряне, > 10% телесна повърхност е изрязана или обработена" и процедура **93080-00** "Лечение с нанокристално сребро на кожа и подкожна тъкан", в която се включва лечение с нанокристално сребро, се извършват и отчитат задължително заедно.

С процедури **30017-01** "Ексцизионен дебридман при изгаряне, < 10% телесна повърхност е изрязана или обработена";**30020-00** "Ексцизионен дебридман при изгаряне, > 10% телесна повърхност е изрязана или обработена" и процедура **93080-00** "Лечение с нанокристално сребро на кожа и подкожна тъкан", в която се включва лечение с нанокристално сребро, не се завършва клиничната пътека.

Стикер за вложените импланти при алогенна трансплантация (алографт при отчитане на кодове **45451-12, 45485-02, 45406-00 или 45409-00 или 45412-00 или 45415-00 или 45418-00 или 45460-00, 45451-15, 45485-04, 45451-19, 90671-00, 90670-00, 90672-00**), задължително се залепва в ИЗ.

При липса на залепен в ИЗ стикер за вложен алографт, пътеката не се счита за завършена.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“, и от обхвата на медицинската специалност „Хирургия“, при спазване на изискванията относно налични специалисти и оборудване на медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по пластична хирургия или Клиника/отделение по хирургия
2. Операционен блок/зали
3. Септична операционна за смяна на превръзките
4. ОАИЛ/КАИЛ
5. Клинична лаборатория II ниво
6. Ехограф с доплер, разположен на територията на болницата
7. Апаратура за горна и долна ендоскопия
8. Рентгенов апарат за скопия и графия, разположен на територията на болницата

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология.
2. КАТ и/или МРТ - на територията на населеното място (като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност).
3. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Експандер	НЗОК не заплаща посоченото изделие

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- най-малко трима лекари с придобита медицинска специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - в структурата
- лекар със специалност по вътрешни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по физикална и рехабилитационна медицина;
- лекар със специалност по клинична патология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- най-малко трима лекари с придобита медицинска специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - в структурата
- лекар със специалност „Педиатрия“;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по физикална и рехабилитационна медицина;
- лекар със специалност по клинична патология.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА: лекар с придобита медицинска специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия, извършващ не по-малко от **сто пластично-възстановителни операции** годишно;

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:„

Лечение на пациенти със:

1. изгаряне във фаза на термичен шок - при деца и възрастни с площ от 1 % до 19 % включително от телесната повърхност;
2. всички изгаряния от III степен;
3. всички изгаряния от II А В степен от 1 % до 5 % при следните локализации:
4. лице, шия, ръка, ходило, ИГДП;
5. всички видове изгаряния при деца под 5 годишна възраст и при възрастни над 70 години.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Лечението се провежда според стандартите за лечение на изгарянията.

А. Определяне процента и дълбочината на изгарянето.

Б. Дата и час на произшествието (инцидент), агент и механизъм на злополуката.

След определяне на процента и дълбочината на изгарянето се изисква:

- преглед и оценка на общото състояние от хирург и анестезиолог;
- осигуряване на централна венозна линия (може и повече от една) за започване на инфузионна терапия - при необходимост;
- поставяне на уретрален катетър - при необходимост;
- поставяне на назогастрална сонда - при необходимост;
- анестезия по показания;
- хидротерапия – при шоковите болни цялостна баня, след което първична хирургична обработка (ПХО); при останалите болни – локална хидротерапия, избръсване и ПХО;
- некротомни и фасциотомни разрези при дълбоки циркулярни изгаряния - по показания;
- превръзка на раните с антисептични или епителотонични унгвенти;
- преценка за хирургична некректомия и планиране на същата;
- вземане на кръв за хематологични и биохимични изследвания;
- провеждане на диагностични и/или терапевтична бронхоскопия при изгаряне на ГДП и ИПГ;
- стациониране на клинитроново легло - при индикации;
- провеждане на активно наблюдение състоянието на пациента;
- инфузионна терапия на шоково болни по утвърдената от МЗ схема;
- периодична смяна на превръзките, при нужда с обща анестезия;
- хирургични некректомии и химични некректомии за дълбоките участъци;
- авто-, ало- или ксенотрапсплантации етапно в рамките на същия болничен престой;
- провеждане на бактериален контрол;
- при необходимост от антибиотично лечение (по преценка на лекуващия лекар) след получаване на резултата от антибиограмата или по клинични данни
- имунопротективна терапия - при необходимост;
- рехабилитация през целия болничен престой.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След проследяване на динамиката на раневата повърхност за степента и площта на изгарянето.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични):

Медицински критерии за дехоспитализация:

Клинично здрав, при състояние позволяващо амбулаторно лечение, физиолечение или балнеолечение, без рана налагаща оперативно лечение за момента.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Медицински стандарт по пластично-възстановителна и естетична хирургия"

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно „Медицински стандарт по пластично-възстановителна и естетична хирургия");

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Изгарянията се причиняват от въздействие на висока температура, химически вещества, електричество и лъчева енергия. Кожата е специфичен жизненоважен орган и засягането на голяма част от нея се отразява на функциите на целия организъм, увреждат се и вътрешните органи. Лечението и прогнозата на изгарянето зависят от неговата площ и дълбочина. Площта се изчислява в проценти от телесната повърхност на пациента.

Дълбочината се определя по тристепенна класификация. При I степен е засегнат само епидермисът; при II-А степен е увреден повърхностният слой на дермата (същинската кожа); при II-В степен е засегнат дълбокият слой на дермата. При трета степен кожата е унищожена в цялата си дебелина, като може да са поразени (засегнати) и подлежащи анатомични структури (подкожие, фасции, мускули, кости и вътрешни органи).

Изгарянията от II-В и III степен са дълбоки. Тяхното лечение е оперативно, при по-обширните изгаряния – многоетапно. При операциите се налага кръвопреливане.

Тежестта на изгарянето зависи от:

- обширността (площта) на засегнатите повърхности;
- дълбочината на изгарянето;
- локализацията (мястото) на изгарянето;
- възрастта на пациента;
- придружаващите заболявания;

- времето изминало от началото на изгарянето до оказването на специализирана помощ.

При определени условия при изгаряниятa се развива термичен шок. Тези условия са:

- Изгаряния от II степен над 10% при деца и 15 % при възрастни;
- Изгаряния от III степен над 3 процента при деца и 10 % при възрастни;
- Изгаряния с по-малък процент, но при наличие на:
  - изгаряне в ранна детска възраст и старческа възраст;
  - изгаряне на горни дихателни пътища и инхалация на пушечни газове;
  - изгаряне на шокогенни зони – лице и междинница;
  - тежки придружаващи заболявания;
  - високоволтови електрически изгаряния;
  - комбинация с други травми.

Лечението на изгарянето продължава с месеци и в повечето случаи завършва с образуване на белези. По време на лечението може да се развият усложнения, обусловени от обширността и дълбочината на изгарянето (обща бактериална инфекция, бактериурия, хепатит, пневмония, стрес-язва и др.). Възможно е обостряне на хронични заболявания, което утежнява прогнозата.

След пълното епителизиране (зарастване) на повърхностните изгаряния и стабилизиране на оперираните участъци болният се изписва за продължаване на рехабилитацията и възстановяване в домашни условия. При изписването на пациента се дават указания за провеждане на рехабилитационни мероприятия в домашни условия.

Контролни прегледи се провеждат до възстановяване на болния. Първоначално те са ежемесечни, а след това - по преценка на лекаря. При необходимост могат да се извършат оперативни корекции за подобряване на функцията и естетиката на тялото на пациента.

КП № 234.1 ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОБШИРНИ ИЗГАРЯНИЯ ОТ 20% ДО 39% ОТ ТЕЛЕСНАТА ПОВЪРХНОСТ, С ХИРУРГИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

1.Минимален болничен престой – 9 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1662	**Ексцизия, клепач**
45665-01	Пълнослойна клиновидна ексцизия на клепач Ексцизия на лезия на клепач, пълнослойна *Включва*: възстановяване чрез директно зашиване *Не включва*: такава при ектропия или ентропия (45626-01 [239])
239	**Процедури за ектропион или ентропион**
	Включва: ексцизия на тарзален хрущял [тарзектомия] *Кодирай също когато е направена:* • реконструкция на клепач (45614-00, 45671-01, 45674-01 [1684])
45626-01	Корекция на ектропион или ентропион с клиновидна резекция Тарзоконюнктивално диамантно възстановяване на ектропион
235	**Кантопластика**
	Включва: ексцизия на тарзален хрущял [тарзектомия]
42590-00	Латерална кантопластика Кантопластика БДУ
42590-01	Медиална кантопластика
1684	**Реконструкция на клепач и ухо**
45671-01	Реконструкция на клепач с ламбо, единствен или първи етап Abbe ламбо на клепач, първи етап Frické (чело) ламбо Tripier (горен клепач) ламбо *Кодирай също когато е направена:* • септохондромукозен графт на клепач (45656-02 [1669])
45674-01	Реконструкция на клепач с ламбо, втори етап Разделяне по Abbe клепачно ламбо
45614-00	Реконструкция на клепач Реконструкция на клепач, БДУ *Не включва*: такава с: • ламбо (45671-01, 45674-01 [1684]) • графт: • космени фоликули (90095-00 [237]) • мукозен (45656-02 [1669]) • кожен (45400-01, 45403-01 [1641], 45400-00 [1642], 45485-00 [1643], 45448-00 [1645], 45451-10 [1648], 45451-00 [1649])
45660-00	Реконструкция на външно ухо, първи етап

45661-00 Реконструкция на външно ухо, втори етап

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45206-01 Локално кожно ламбо на нос

1679 Ринопластика

Включва: турбинектомия

Кодирай също когато е направена:
• септопластика (41671-02, 41671-03 [379])

Не включва: увеличаваща ринопластика само с имплант (45051-01 [1682])
смесен графт на нос (45656-00 [1669])
ревизия на ринопластика (45650-00 [1687])
кожно:
• ламбо на нос (45206-01 [1651], 45221-01, 45224-01 [1653], 45230 [1653] и [1654],
45227-00, 45233, 45236-00 [1654])
• графт на нос (45400-01 [1641], 45400-00 [1642], 45448-01 [1645], 45445-00 [1647],
45451-01 [1649])

45632-00 Ринопластика включваща корекция на хрущял
Ринопластика на върха на носа

1648 Пълнослоен кожен графт при изгаряне

Wolfe графт при изгаряне

Включва: дебридман } при изгаряне на същото място
превръзка }
ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• отстраняване на графт:
• алографт (90666-01 [1629])
• синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

45451-12 Пълнослоен кожен графт при изгаряне на устна

1643 Разцепен кожен графт при изгаряне на специфично място

Разцепен кожен автографт при изгаряне на специфични места

Включва: дебридман }

превръзка } на изгаряне на същото място
ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направено:

• отстраняване на графт:
• алографт (90666-01 [1629])
• синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: алографт при изгаряне (90670-01 [1640])
синтетичен кожен графт при изгаряне (90672-01 [1640])
такъв при гранулиращо изгаряне (45400-01, 45403-01 [1641])
ксенографт при изгаряне (90671-01 [1640])

45485-02 Разцепен кожен графт при изгаряне на устна

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

45206-02 Локално кожно ламбо на устна

Включва: уста

Не включва: реконструкция на устна с ламбо (45671-00, 45674-00 [1685], 45701-00, 45704-00 [1689])

1412 Други ексцизионни процедури на лакът и хумерус

44328-01 Ампутация през мишницата

1448 Ампутация на китка, ръка или пръст

46465-00 Ампутация на пръст на ръка

Не включва: ампутация на върха на пръст (според азбучния Индекс за извършени специфични процедури, например Остектомия; Ексцизия, меки тъкани)

46465-01 Ампутация и дезартикулация на палец на ръка

44325-00 Среднокарпална ампутация

44328-02 Дезартикулация през китката

1426 Ексцизионни процедури на предмишница

44328-00 Ампутация през предмишница

1412 Други ексцизионни процедури на лакът и хумерус

90535-00 Дезартикулация на лакът

44328-01 Ампутация през мишницата

1399 Ампутация на рамо

44331-00 Дезартикулация на рамо

44334-00 Интерскапулоторакална ампутация

Интерторакоскапуларна ампутация

1484 Ампутация на таз или тазобедрена става

44367-00 Ампутация над коляното
Ампутация над коляното

44370-00 Ампутация през тазобедрена става
Тазобедрена дезартикулация

1533 Ампутация на глезен или стъпало

44338-00 Ампутация на пръст на крак

44364-00 Метатарзална ампутация

44361-00 Дезартикулация през глезен

44361-01 Ампутация на глезен през малеоли на тибия и фибула

1505 Други ексцизионни процедури на коляно или крак

44367-02 Ампутация под коляното

44367-01 Дезартикулация през коляното

1566 Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

44376-00 Реампутация на ампутиран чукан
Ревизия на ампутационен чукан
Не включва: дебридман на ампутационен чукан (30023 [1566])
ревизия на ампутиран чукан на ръка (46483-00 [1471])

1627 Дебридман при изгаряне

Дебридман на есхар
Есхаректомия
Ексцизия на:
• изгаряне
• есхар
Премахване на есхар
Включва: превръзка на изгаряне на същото място
Не включва: това с присаждане на същото място (виж блокове [1640], [1641], [1643], [1644] и [1648])

30020-00 Ексцизионен дебридман при изгаряне, > 10% телесна повърхност е изрязана или обработена

1620 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан

Включва: бенигнена/малигнена:
• киста
• тумор
Не включва: ексцизия (на):
• чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612], 90662-00 [1617])
• белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657])
• синус (30099-00 [1630])

• язва (31205-01 [1630])
• хемохирургия на Moh (31000-00 [1626])

31230-00 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на клепач
Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-01 [1662])

31230-01 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на нос

31230-02 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на ухо
Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-02 [1663])

31230-03 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на устна
Не включва: ексцизия на лезии(и) на вермилион (ръб) (45668-00 [1664])
пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-00 [1664])

31235-00 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на друго място на главата
Ексцизия на лезии(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• буза
• лице БДУ
• чело
• пре- и постаурикуларен регион
• скалп

31235-01 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на шия

31235-02 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на ръка
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на китка

31230-04 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на пръст
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на палец

31230-05 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на полови органи
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• пенис
• скротум
• вулва

31235-03 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на крак
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• прасец на крак
• ханш
• коляно
• бедро

31235-04 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на стъпало
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• глезен
• пръст

31205-00 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на друго място

1566 Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

31340-00 Ексцизия на мускул, кост или хрущял, ангажирани с кожна лезия
Кодирай първо:
• ексцизия на кожна лезия (31205, 31230, 31235 [1620])

1644 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места

Разцепен кожен автографт при изгаряне на други места
Включва: дебридман } при изгаряне на същото място
превръзка }

ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• отстраняване на графт:
  • алографт (90666-01 [1629])
  • синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: алографт при изгаряне (90670-01 [1640])
синтетичен кожен графт при изгаряне (90672-01 [1640])
такъв при гранулиращо изгаряне (45400-01, 45403-01 [1641])
ксенографт при изгаряне (90671-01 [1640])

45464-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 20% и < 30% телесна повърхност

45468-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 30% и < 40% телесна повърхност

45471-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 40% и < 50% телесна повърхност

45474-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 50% и ≤ 60% от повърхността на тялото

45477-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 60% и ≤ 70% телесна повърхност

45480-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 70% и < 80% телесна повърхност

45483-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 80% телесна повърхност

1648 Пълнослоен кожен графт при изгаряне

Wolfe графт при изгаряне

Включва: дебридман }
превръзка } при изгаряне на същото място
ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• отстраняване на графт:
• алографт (90666-01 [1629])
• синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

45451-15 Пълнослоен кожен графт при изгаряне на ръка

Включва: такава с графт на пръст или палец
китка

Не включва: пълнослоен кожен графт за:
• само пръст (45451-17 [1648])
• само палец (45451-16 [1648])

1643 Разцепен кожен графт при изгаряне на специфично място

Разцепен кожен автографт при изгаряне на специфични места

Включва: дебридман }
превръзка } на изгаряне на същото място
ексцизия }

ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направено:

• отстраняване на графт:
• алографт (90666-01 [1629])
• синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: алографт при изгаряне (90670-01 [1640])
синтетичен кожен графт при изгаряне (90672-01 [1640])
такъв при гранулиращо изгаряне (45400-01, 45403-01 [1641])
ксенографт при изгаряне (90671-01 [1640])

45485-04 Разцепен кожен графт при изгаряне на ръка

Включва: такъв с графт на пръст на ръка или палец
китка

Не включва: разцепен кожен графт за:
• пръст само (45488-00 [1643])
• палец само (45488-01 [1643])

1648 Пълнослоен кожен графт при изгаряне

Wolfe графт при изгаряне

Включва: дебридман } при изгаряне на същото място
превръзка }
ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:

• отстраняване на графт:
• алографт (90666-01 [1629])
• синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

45451-19 Пълнослоен кожен графт при изгаряне на друго място

1640 Алографт, ксенографт или синтетичен кожен графт

90671-00 Ксенографт
Хетерогенна временна биологична превръзка
Разцепен кожен:
• хетерографт
• ксенографт
Ксеногенна временна биологична превръзка

90670-00 Алографт
Алогенна временна биологична превръзка
Хомогенна временна биологична превръзка
Разцепен кожен:
• алографт
• хомографт

90672-00 Синтетичен кожен графт
Графт от кожен заместител например Biobrane, Integra изкуствен епидермис
Временна превръзка от синтетична кожа

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45200-00 Локално кожно ламбо на друго място
Локално кожно ламбо БДУ

1653 Директно дистантно кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от далечно място от дефекта и прикрепено директно към реципиентно място

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: реконструкция на:
• клепач чрез ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
• устна чрез ламбо 45671-00, 45674-00 [1685],
ревизия на директно дистантно кожно ламбо (45239-01 [1658])

45230-00 Отлагане на директно дистантно кожно ламбо
Кожно ламбо, частично повдигнато към донорско място, с трансфер отложен за по-късен оперативен етап за подобряване кръвоснабдяването на ламбото. Може да бъде предварителна стъпка преди трансфера

45221-01 Директно дистантно кожно ламбо – първи етап
Директно дистантно кожно ламбо – първи етап (повдигане на ламбото от донорското място, трансфер и прикрепяне на реципиентно място):
• коремно
• кръстосано:
  • ръка
  • пръст на ръка
  • крак

45206-05 Локално кожно ламбо на ръка

Включва: китка

Не включва: такова при контрактура на Дюпюитрен (46384-00 [1467])
такова на:
• само пръст (45206-07 [1651])
• само палец (45206-06 [1651])

45200-00 Локално кожно ламбо на друго място
Локално кожно ламбо БДУ

1658 Ревизия на кожно ламбо

Включва: такава чрез липосукция

45239-00	Ревизия на локално кожно ламбо *Не включва*: ревизия на ламбо при възстановяване на назална фистула (45714 [1680])
1656	**Ревизия на белег от изгаряне или контрактура**
45519-00	Ревизия на белег от изгаряне или контрактура от изгаряне Разделяне } Ексцизия } Освобождаване } на белег от изгаряне или контрактура от изгаряне Отпускане } Z-пластика } *Не включва*: ехаротомия (45054-00 [1607]) лазер при белег от изгаряне (45025, 45026-00 [1615])
1655	**Други възстановителни процедури на кожа и подкожна тъкан**
90675-00	Друго възстановяване на кожа и подкожна тъкан
1634	**Други ексцизионни процедури на кожа и подкожна тъкан**
90669-00	Ексцизия на кожа за графт *Включва*: възстановяване на вторичен дефект чрез шев *Кодирай също когато е направено:* • възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646]) *Не включва*: такава с графт в същия оперативен епизод (виж блокове [1641] до [1650])
1661	**Процедури за прилагане, поставяне или премахване на тъканен експандер или имплант**
45566-00	Поставяне на тъканен експандер *Не включва*: интраоперативен тъканен експандер (45572-00 [1661]) такава за гърда (45539-00 [1756])
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване:

Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум пет диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21,** насочени към основната диагноза.

Основна процедура **92191-00/92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Стикер за вложените импланти при алогенна трансплантация (алографт при отчитане на кодове **45671-01 или 45674-01, 45660-00, 45661-00, 45451-12, 45485-02, 45464-00 или 45468-00 или 45471-00 или 45474-00 или 45477-00 или 45480-00, или 45483-00, 45451-15, 45485-04, 45451-19, 90671-00, 90670-00, 90672-00**), задължително се залепва в ИЗ.

При липса на залепен в ИЗ стикер за вложен алографт, пътеката не се счита за завършена.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по изгаряне
2. Операционен блок/зали
3. Септична операционна за смяна на превръзките
4. ОАРИЛ/КАИЛ
5. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина
6. Рентгенов апарат за скопия и графия, разположен на територията на болницата
7. Ехограф 3D и доплер, разположени на територията на болницата.
8. Апаратура за пълен обем ендоскопия, разположена на територията на болницата.
9. Клинична лаборатория II или III ниво
10. КАТ и/или МРТ на територията на лечебното заведение (като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност).

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по термична травма.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Тъканна банка
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология,
3. Вирусологична лаборатория.
4. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Експандер	НЗОК не заплаща посоченото изделие

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по вътрешни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност „Педиатрия“;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>
а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Лечение на изгаряния над 20 % до 39% от телесната повърхност, независимо от дълбочината.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Според стандартите за лечение на изгаряниятa.

Определяне процента и дълбочината на изгарянето.

+Дата и час на произшествието (инцидента), агент и механизъм на злополуката.

След определяне на процента и дълбочината на изгарянето се изисква:

- преглед и оценка на общото състояние от хирург и анестезиолог;
- поставяне на централен венозен източник (може и повече от един) за започване на инфузионна терапия - при необходимост;
- поставяне на уретрален катетър - при необходимост;
- поставяне на назогастрална сонда - при необходимост;
- интубация по показания;
- анестезия по показания;
- хидротерапия – при шоковите болни цялостна баня, след което следва първична хирургична обработка (ПХО); при останалите болни – локална хидротерапия, избръсване и ПХО;
- некротомни и фасциотомни разрези при дълбоки циркулярни изгаряния, по показания;

- превръзка на раните с антисептични или епителотонични унгвенти;
- преценка за хирургична некректомия и планиране на същата;
- вземане на кръв за хематологични и биохимични изследвания;
- провеждане на диагностични и/или терапевтична бронхоскопия при изгаряне на горни дихателни пътища и ИПГ;
- стациониране на клинитроново легло, при индикации;
- провеждане на активно наблюдение състоянието на пациента;
- инфузионна терапия на шоково болни по утвърдената от МЗ схема;
- периодична смяна на превръзките, при нужда с обща анестезия;
- хирургични некректомии и химични некректомии за дълбоките участъци;
- авто-, ало- или ксенотрансплантации етапно в рамките на същия болничен престой;
- провеждане на бактериален контрол;
- при необходимост - антибиотично лечение след получаване на резултата от антибиограмата или по клинични данни;
- имунопротективна терапия - при необходимост;
- рехабилитация през целия болничен престой.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След проследяване на динамиката на раневата повърхност за степента и площта на изгарянето.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични):

Медицински критерии за дехоспитализация:

Пациент клинично здрав - без рана, налагаща оперативно лечение, при състояние, позволяващо амбулаторно лечение, физиолечение или балнеолечение.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Медицински стандарт по пластично-възстановителна и естетична хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно „Медицински стандарт по пластично-възстановителна и естетична хирургия");

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Изгарянията се причиняват от въздействие на висока температура, химически вещества, електричество и лъчева енергия. Кожата е специфичен жизненоважен орган и засягането на голяма част от нея се отразява на функциите на целия организъм, увреждат се и вътрешните органи. Лечението и прогнозата на изгарянето зависят от неговата площ и дълбочина. Площта се изчислява в проценти от телесната повърхност на пациента.

Дълбочината се определя по тристепенна класификация. При I степен е засегнат само епидермисът – при II-А степен е увреден повърхностния слой на дермата (същинската кожа). При II-В степен е засегнат дълбокия слой на дермата; при III степен кожата е унищожена в цялата си дебелина, като може да са поразени (засегнати) и подлежащи анатомични структури (подкожие, фасции, мускули, кости и вътрешни органи).

Изгарянията от II-Б и III-та степен са дълбоки. Тяхното лечение е оперативно, като при по-обширните изгаряния – многоетапно. При операциите се налага кръвопреливане.

Тежестта на изгарянето зависи от :

- обширността (площта) на засегнатите повърхности;
- дълбочината на изгарянето;
- локализацията (мястото) на изгарянето;
- възрастта на пациента;
- придружаващите заболявания;
- времето изминало от началото на изгарянето до оказването на специализирана помощ.

При определени условия при изгарянията се развива термичен шок. Тези условия са:

- изгаряния II степен над 10% при деца и 15 % при възрастни;
- изгаряния III степен над 3 процента при деца и 10 % при възрастни;
- изгаряния с по-малък процент, но при наличие на:
  - изгаряне в ранна детска възраст и старческа възраст;
  - изгаряне на горни дихателни пътища и инхалация на пушечни газове;
  - изгаряне на шокогенни зони – лице и междинница;
  - тежки придружаващи заболявания;
  - високоволтови електрически изгаряния
  - комбинация с други травми.

Лечението на изгарянето продължава с месеци и в повечето случаи завършва с образуване на белези. По време на лечението може да се развият усложнения, обусловени от обширността и дълбочината на изгарянето (обща бактериална инфекция, бактериурия, хепатит, пневмония, стрес-язва и др.). Възможно е обостряне на хронични заболявания, което утежнява прогнозата.

След пълното епителизиране (зарастване) на повърхностните изгаряния и стабилизиране на оперираните участъци, болният се изписва за продължаване на рехабилитацията и възстановяване в домашни условия. При изписването на пациента се дават указания за провеждане на рехабилитационни мероприятия в домашни условия.

Контролни прегледи се провеждат до възстановяване на болния. Първоначално те са ежемесечни, а след това - по преценка на лекаря. При необходимост могат да се извършат оперативни корекции за подобряване на функцията и естетиката на тялото на пациента.

КП № 234.2 ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОБШИРНИ ИЗГАРЯНИЯ НАД 40% ОТ ТЕЛЕСНАТА ПОВЪРХНОСТ, С ХИРУРГИЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

1.Минимален болничен престой – 9 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1662	**Ексцизия, клепач**
45665-01	Пълнослойна клиновидна ексцизия на клепач Ексцизия на лезия на клепач, пълнослойна *Включва*: възстановяване чрез директно зашиване *Не включва*: такава при ектропия или ентропия (45626-01 [239])
239	**Процедури за ектропион или ентропион**
	Включва: ексцизия на тарзален хрущял [тарзектомия] *Кодирай също когато е направена:* • реконструкция на клепач (45614-00, 45671-01, 45674-01 [1684])
45626-01	Корекция на ектропион или ентропион с клиновидна резекция Тарзоконюнктивално диамантно възстановяване на ектропион
235	**Кантопластика**
	Включва: ексцизия на тарзален хрущял [тарзектомия]
42590-00	Латерална кантопластика Кантопластика БДУ
42590-01	Медиална кантопластика
1684	**Реконструкция на клепач и ухо**
45671-01	Реконструкция на клепач с ламбо, единствен или първи етап Abbe ламбо на клепач, първи етап Frické (чело) ламбо Tripier (горен клепач) ламбо *Кодирай също когато е направена:* • септохондромукозен графт на клепач (45656-02 [1669])
45674-01	Реконструкция на клепач с ламбо, втори етап Разделяне по Abbe клепачно ламбо
45614-00	Реконструкция на клепач Реконструкция на клепач, БДУ *Не включва*: такава с: • ламбо (45671-01, 45674-01 [1684]) • графт: • космени фоликули (90095-00 [237]) • мукозен (45656-02 [1669]) • кожен (45400-01, 45403-01 [1641], 45400-00 [1642], 45485-00 [1643], 45448-00 [1645], 45451-10 [1648], 45451-00 [1649])
45660-00	Реконструкция на външно ухо, първи етап

45661-00 Реконструкция на външно ухо, втори етап

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45206-01 Локално кожно ламбо на нос

1679 Ринопластика

Включва: турбинектомия

Кодирай също когато е направена:
• септопластика (41671-02, 41671-03 [379])

Не включва: увеличаваща ринопластика само с имплант (45051-01 [1682])
смесен графт на нос (45656-00 [1669])
ревизия на ринопластика (45650-00 [1687])
кожно:
• ламбо на нос (45206-01 [1651], 45221-01, 45224-01 [1653], 45230 [1653] и [1654],
45227-00, 45233, 45236-00 [1654])
• графт на нос (45400-01 [1641], 45400-00 [1642], 45448-01 [1645], 45445-00 [1647],
45451-01 [1649])

45632-00 Ринопластика включваща корекция на хрущял
Ринопластика на върха на носа

1648 Пълнослоен кожен графт при изгаряне

Wolfe графт при изгаряне

Включва: дебридман } при изгаряне на същото място
превръзка }
ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• отстраняване на графт:
• алографт (90666-01 [1629])
• синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

45451-12 Пълнослоен кожен графт при изгаряне на устна

1643 Разцепен кожен графт при изгаряне на специфично място

Разцепен кожен автографт при изгаряне на специфични места

Включва: дебридман }

превръзка } на изгаряне на същото място
ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направено:

• отстраняване на графт:
• алографт (90666-01 [1629])
• синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: алографт при изгаряне (90670-01 [1640])
синтетичен кожен графт при изгаряне (90672-01 [1640])
такъв при гранулиращо изгаряне (45400-01, 45403-01 [1641])
ксенографт при изгаряне (90671-01 [1640])

45485-02 Разцепен кожен графт при изгаряне на устна

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

45206-02 Локално кожно ламбо на устна

Включва: уста

Не включва: реконструкция на устна с ламбо (45671-00, 45674-00 [1685], 45701-00, 45704-00 [1689])

1412 Други ексцизионни процедури на лакът и хумерус

44328-01 Ампутация през мишницата

1448 Ампутация на китка, ръка или пръст

46465-00 Ампутация на пръст на ръка

Не включва: ампутация на върха на пръст (според азбучния Индекс за извършени специфични процедури, например Остектомия; Ексцизия, меки тъкани)

46465-01 Ампутация и дезартикулация на палец на ръка

44325-00 Среднокарпална ампутация

44328-02 Дезартикулация през китката

1426 Ексцизионни процедури на предмишница

44328-00 Ампутация през предмишница

1412 Други ексцизионни процедури на лакът и хумерус

90535-00 Дезартикулация на лакът

44328-01 Ампутация през мишницата

1399 Ампутация на рамо

44331-00 Дезартикулация на рамо

44334-00 Интерскапулоторакална ампутация

Интерторакоскапуларна ампутация

1484	**Ампутация на таз или тазобедрена става**
44367-00	Ампутация над коляното Ампутация над коляното
44370-00	Ампутация през тазобедрена става Тазобедрена дезартикулация
1533	**Ампутация на глезен или стъпало**
44338-00	Ампутация на пръст на крак
44364-00	Метатарзална ампутация
44361-00	Дезартикулация през глезен
44361-01	Ампутация на глезен през малеоли на тибия и фибула
1505	**Други ексцизионни процедури на коляно или крак**
44367-02	Ампутация под коляното
44367-01	Дезартикулация през коляното
1566	**Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки**
44376-00	Реампутация на ампутиран чукан Ревизия на ампутационен чукан *Не включва*: дебридман на ампутационен чукан (30023 [1566]) ревизия на ампутиран чукан на ръка (46483-00 [1471])
1627	**Дебридман при изгаряне**
	Дебридман на есхар Есхаректомия Ексцизия на: • изгаряне • есхар Премахване на есхар *Включва*: превръзка на изгаряне на същото място *Не включва*: това с присаждане на същото място (виж блокове [1640], [1641], [1643], [1644] и [1648])
30020-00	Ексцизионен дебридман при изгаряне, > 10% телесна повърхност е изрязана или обработена
1620	**Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан**
	Включва: бенигнена/малигнена: • киста • тумор *Не включва*: ексцизия (на): • чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612], 90662-00 [1617]) • белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657]) • синус (30099-00 [1630])

• язва (31205-01 [1630])
• хемохирургия на Moh (31000-00 [1626])

31230-00 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на клепач
Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-01 [1662])

31230-01 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на нос

31230-02 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на ухо
Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-02 [1663])

31230-03 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на устна
Не включва: ексцизия на лезии(и) на вермилион (ръб) (45668-00 [1664])
пълнослойна клиновидна ексцизия (45665-00 [1664])

31235-00 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на друго място на главата
Ексцизия на лезии(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• буза
• лице БДУ
• чело
• пре- и постаурикуларен регион
• скалп

31235-01 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на шия

31235-02 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на ръка
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на китка

31230-04 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на пръст
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на палец

31230-05 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на полови органи
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• пенис
• скротум
• вулва

31235-03 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на крак
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• прасец на крак
• ханш
• коляно
• бедро

31235-04 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на стъпало
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• глезен
• пръст

31205-00 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на друго място

1566 Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

31340-00 Ексцизия на мускул, кост или хрущял, ангажирани с кожна лезия
Кодирай първо:
• ексцизия на кожна лезия (31205, 31230, 31235 [1620])

1644 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места

Разцепен кожен автографт при изгаряне на други места
Включва: дебридман } при изгаряне на същото място
превръзка }

ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• отстраняване на графт:
  • алографт (90666-01 [1629])
  • синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: алографт при изгаряне (90670-01 [1640])
синтетичен кожен графт при изгаряне (90672-01 [1640])
такъв при гранулиращо изгаряне (45400-01, 45403-01 [1641])
ксенографт при изгаряне (90671-01 [1640])

45464-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 20% и < 30% телесна повърхност

45468-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 30% и < 40% телесна повърхност

45471-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 40% и < 50% телесна повърхност

45474-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 50% и ≤ 60% от повърхността на тялото

45477-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 60% и ≤ 70% телесна повърхност

45480-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 70% и < 80% телесна повърхност

45483-00 Разцепен кожен графт при изгаряне на други места, обхващащи присадена зона ≥ 80% телесна повърхност

1648 Пълнослоен кожен графт при изгаряне

Wolfe графт при изгаряне

Включва: дебридман }
превръзка } при изгаряне на същото място
ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• отстраняване на графт:
• алографт (90666-01 [1629])
• синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

45451-15 Пълнослоен кожен графт при изгаряне на ръка

Включва: такава с графт на пръст или палец
китка

Не включва: пълнослоен кожен графт за:
• само пръст (45451-17 [1648])
• само палец (45451-16 [1648])

1643 Разцепен кожен графт при изгаряне на специфично място

Разцепен кожен автографт при изгаряне на специфични места

Включва: дебридман }
превръзка } на изгаряне на същото място
ексцизия }

ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направено:

• отстраняване на графт:
• алографт (90666-01 [1629])
• синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: алографт при изгаряне (90670-01 [1640])
синтетичен кожен графт при изгаряне (90672-01 [1640])
такъв при гранулиращо изгаряне (45400-01, 45403-01 [1641])
ксенографт при изгаряне (90671-01 [1640])

45485-04 Разцепен кожен графт при изгаряне на ръка

Включва: такъв с графт на пръст на ръка или палец
китка

Не включва: разцепен кожен графт за:
• пръст само (45488-00 [1643])
• палец само (45488-01 [1643])

1648 Пълнослоен кожен графт при изгаряне

Wolfe графт при изгаряне

Включва: дебридман } при изгаряне на същото място
превръзка }
ексцизия }
ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:

• отстраняване на графт:
• алографт (90666-01 [1629])
• синтетичен кожен графт (90668-01 [1629])
• ксенографт (90667-01 [1629])
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

45451-19 Пълнослоен кожен графт при изгаряне на друго място

1640 Алографт, ксенографт или синтетичен кожен графт

90671-00 Ксенографт
Хетерогенна временна биологична превръзка
Разцепен кожен:
• хетерографт
• ксенографт
Ксеногенна временна биологична превръзка

90670-00 Алографт
Алогенна временна биологична превръзка
Хомогенна временна биологична превръзка
Разцепен кожен:
• алографт
• хомографт

90672-00 Синтетичен кожен графт
Графт от кожен заместител например Biobrane, Integra изкуствен епидермис
Временна превръзка от синтетична кожа

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45200-00 Локално кожно ламбо на друго място
Локално кожно ламбо БДУ

1653 Директно дистантно кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от далечно място от дефекта и прикрепено директно към реципиентно място

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: реконструкция на:
• клепач чрез ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
• устна чрез ламбо 45671-00, 45674-00 [1685],
ревизия на директно дистантно кожно ламбо (45239-01 [1658])

45230-00 Отлагане на директно дистантно кожно ламбо
Кожно ламбо, частично повдигнато към донорско място, с трансфер отложен за по-късен оперативен етап за подобряване кръвоснабдяването на ламбото. Може да бъде предварителна стъпка преди трансфера

45221-01 Директно дистантно кожно ламбо – първи етап
Директно дистантно кожно ламбо – първи етап (повдигане на ламбото от донорското място, трансфер и прикрепяне на реципиентно място):
• коремно
• кръстосано:
  • ръка
  • пръст на ръка
  • крак

45206-05 Локално кожно ламбо на ръка

Включва: китка

Не включва: такова при контрактура на Дюпюитрен (46384-00 [1467])
такова на:
• само пръст (45206-07 [1651])
• само палец (45206-06 [1651])

45200-00 Локално кожно ламбо на друго място
Локално кожно ламбо БДУ

1658 Ревизия на кожно ламбо

Включва: такава чрез липосукция

45239-00	Ревизия на локално кожно ламбо *Не включва*: ревизия на ламбо при възстановяване на назална фистула (45714 [1680])
1656	**Ревизия на белег от изгаряне или контрактура**
45519-00	Ревизия на белег от изгаряне или контрактура от изгаряне Разделяне } Ексцизия } Освобождаване } на белег от изгаряне или контрактура от изгаряне Отпускане } Z-пластика } *Не включва*: ехаротомия (45054-00 [1607]) лазер при белег от изгаряне (45025, 45026-00 [1615])
1655	**Други възстановителни процедури на кожа и подкожна тъкан**
90675-00	Друго възстановяване на кожа и подкожна тъкан
1634	**Други ексцизионни процедури на кожа и подкожна тъкан**
90669-00	Ексцизия на кожа за графт *Включва*: възстановяване на вторичен дефект чрез шев *Кодирай също когато е направено:* • възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646]) *Не включва*: такава с графт в същия оперативен епизод (виж блокове [1641] до [1650])
1661	**Процедури за прилагане, поставяне или премахване на тъканен експандер или имплант**
45566-00	Поставяне на тъканен експандер *Не включва*: интраоперативен тъканен експандер (45572-00 [1661]) такава за гърда (45539-00 [1756])
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване:

Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум пет диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21,** насочени към основната диагноза.

Основна процедура **92191-00/92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Стикер за вложените импланти при алогенна трансплантация (алографт при отчитане на кодове **45671-01 или 45674-01, 45660-00, 45661-00, 45451-12, 45485-02, 45464-00 или 45468-00 или 45471-00 или 45474-00 или 45477-00 или 45480-00, или 45483-00, 45451-15, 45485-04, 45451-19, 90671-00, 90670-00, 90672-00**), задължително се залепва в ИЗ.

При липса на залепен в ИЗ стикер за вложен алографт, пътеката не се счита за завършена.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение III ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по изгаряне
2. Операционен блок/зали
3. Септична операционна за смяна на превръзките
4. ОАРИЛ/КАИЛ
5. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина
6. Рентгенов апарат за скопия и графия, разположен на територията на болницата
7. Ехограф 3D и доплер, разположени на територията на болницата.
8. Апаратура за пълен обем ендоскопия, разположена на територията на болницата.
9. Клинична лаборатория II или III ниво
10. КАТ и/или МРТ на територията на лечебното заведение (като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност).

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по термична травма.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Тъканна банка
2. Лаборатория (отделение) по клинична патология,
3. Вирусологична лаборатория.
4. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Експандер	НЗОК не заплаща посоченото изделие

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по вътрешни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- четирима лекари с придобита медицинска специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност „Педиатрия“;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>
а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Лечение на изгаряния над 40 % от телесната повърхност, независимо от дълбочината.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Според стандартите за лечение на изгаряниятa.

Определяне процента и дълбочината на изгарянето.

+Дата и час на произшествието (инцидента), агент и механизъм на злополуката.

След определяне на процента и дълбочината на изгарянето се изисква:

- преглед и оценка на общото състояние от хирург и анестезиолог;
- поставяне на централен венозен източник (може и повече от един) за започване на инфузионна терапия - при необходимост;
- поставяне на уретрален катетър - при необходимост;
- поставяне на назогастрална сонда - при необходимост;
- интубация по показания;
- анестезия по показания;
- хидротерапия – при шоковите болни цялостна баня, след което следва първична хирургична обработка (ПХО); при останалите болни – локална хидротерапия, избръсване и ПХО;
- некротомни и фасциотомни разрези при дълбоки циркулярни изгаряния, по показания;

- превръзка на раните с антисептични или епителотонични унгвенти;
- преценка за хирургична некректомия и планиране на същата;
- вземане на кръв за хематологични и биохимични изследвания;
- провеждане на диагностични и/или терапевтична бронхоскопия при изгаряне на горни дихателни пътища и ИПГ;
- стациониране на клинитроново легло, при индикации;
- провеждане на активно наблюдение състоянието на пациента;
- инфузионна терапия на шоково болни по утвърдената от МЗ схема;
- периодична смяна на превръзките, при нужда с обща анестезия;
- хирургични некректомии и химични некректомии за дълбоките участъци;
- авто-, ало- или ксенотрансплантации етапно в рамките на същия болничен престой;
- провеждане на бактериален контрол;
- при необходимост - антибиотично лечение след получаване на резултата от антибиограмата или по клинични данни;
- имунопротективна терапия - при необходимост;
- рехабилитация през целия болничен престой.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След проследяване на динамиката на раневата повърхност за степента и площта на изгарянето.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични):

Медицински критерии за дехоспитализация:

Пациент клинично здрав - без рана, налагаща оперативно лечение, при състояние, позволяващо амбулаторно лечение, физиолечение или балнеолечение.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Медицински стандарт по пластично-възстановителна и естетична хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно „Медицински стандарт по пластично-възстановителна и естетична хирургия");

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Изгарянията се причиняват от въздействие на висока температура, химически вещества, електричество и лъчева енергия. Кожата е специфичен жизненоважен орган и засягането на голяма част от нея се отразява на функциите на целия организъм, увреждат се и вътрешните органи. Лечението и прогнозата на изгарянето зависят от неговата площ и дълбочина. Площта се изчислява в проценти от телесната повърхност на пациента.

Дълбочината се определя по тристепенна класификация. При I степен е засегнат само епидермисът – при II-А степен е увреден повърхностния слой на дермата (същинската кожа). При II-В степен е засегнат дълбокия слой на дермата; при III степен кожата е унищожена в цялата си дебелина, като може да са поразени (засегнати) и подлежащи анатомични структури (подкожие, фасции, мускули, кости и вътрешни органи).

Изгарянията от II-Б и III-та степен са дълбоки. Тяхното лечение е оперативно, като при по-обширните изгаряния – многоетапно. При операциите се налага кръвопреливане.

Тежестта на изгарянето зависи от :

- обширността (площта) на засегнатите повърхности;
- дълбочината на изгарянето;
- локализацията (мястото) на изгарянето;
- възрастта на пациента;
- придружаващите заболявания;
- времето изминало от началото на изгарянето до оказването на специализирана помощ.

При определени условия при изгарянията се развива термичен шок. Тези условия са:

- изгаряния II степен над 10% при деца и 15 % при възрастни;
- изгаряния III степен над 3 процента при деца и 10 % при възрастни;
- изгаряния с по-малък процент, но при наличие на:
  - изгаряне в ранна детска възраст и старческа възраст;
  - изгаряне на горни дихателни пътища и инхалация на пушечни газове;
  - изгаряне на шокогенни зони – лице и междинница;
  - тежки придружаващи заболявания;
  - високоволтови електрически изгаряния
  - комбинация с други травми.

Лечението на изгарянето продължава с месеци и в повечето случаи завършва с образуване на белези. По време на лечението може да се развият усложнения, обусловени от обширността и дълбочината на изгарянето (обща бактериална инфекция, бактериурия, хепатит, пневмония, стрес-язва и др.). Възможно е обостряне на хронични заболявания, което утежнява прогнозата.

След пълното епителизиране (зарастване) на повърхностните изгаряния и стабилизиране на оперираните участъци, болният се изписва за продължаване на рехабилитацията и възстановяване в домашни условия. При изписването на пациента се дават указания за провеждане на рехабилитационни мероприятия в домашни условия.

Контролни прегледи се провеждат до възстановяване на болния. Първоначално те са ежемесечни, а след това - по преценка на лекаря. При необходимост могат да се извършат оперативни корекции за подобряване на функцията и естетиката на тялото на пациента.

КП № 235 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПОРАЖЕНИЯ, ПРЕДИЗВИКАНИ ОТ НИСКИ ТЕМПЕРАТУРИ (ИЗМРЪЗВАНЕ)

1.Минимален болничен престой – 3 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1412	**Други ексцизионни процедури на лакът и хумерус**
44328-01	Ампутация през мишницата
90535-00	Дезартикулация на лакът
1448	**Ампутация на китка, ръка или пръст**
46465-00	Ампутация на пръст на ръка *Не включва*: ампутация на върха на пръст (според азбучния Индекс за извършени специфични процедури, например Остектомия; Ексцизия, меки тъкани)
46465-01	Ампутация и дезартикулация на палец на ръка
44325-00	Среднокарпална ампутация
44328-02	Дезартикулация през китката
1426	**Ексцизионни процедури на предмишница**
44328-00	Ампутация през предмишница
1399	**Ампутация на рамо**
44331-00	Дезартикулация на рамо
44334-00	Интерскапулоторакална ампутация Интерторакоскапуларна ампутация
1484	**Ампутация на таз или тазобедрена става**
44367-00	Ампутация над коляното Ампутация над коляното
1533	**Ампутация на глезен или стъпало**
44338-00	Ампутация на пръст на крак
44364-00	Метатарзална ампутация
44361-00	Дезартикулация през глезен
44361-01	Ампутация на глезен през малеоли на тибия и фибула
1505	**Други ексцизионни процедури на коляно или крак**
44367-02	Ампутация под коляното

1628 Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

Не включва: такава:
• чрез личинки дебридман терапия (MDT) (96210-00 [1604])
• от изгаряне (30017-01, 30020-00, 90686-00 [1627])

90665-00 Ексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан
Ексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан за:
• инфекция
• исхемична, некротична или гангренозна тъкан
• язва
• рана

Включва: инцидентна ексцизионна некректомия на меки тъкани

Не включва: ексцизионен дебридман на:
• място на отворена фрактура (90580-00 [1566])
• меки тъкани (30023 [1566])

1645 Друг разцепен кожен графт, малък

Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: алографт (90670 [1640])
инлей графт (45445-00 [1647])
синтетичен кожен графт (90672 [1640])
такъв за:
• изгаряния (45485, 45486, 45488, 45494-00 [1643], 45406-00 [1644])
• гранулираща зона (45400, 45403 [1641] и [1642])
ксенографт (90671 [1640])

45439-00 Малък разцепен кожен графт на друга зона
Малък разцепен кожен графт на множество места, некласифицирани в този блок

1649 Друг пълнослоен кожен графт

Пълнослоен инлей графт
Wolfe графт

Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: такава при изгаряне (виж блокове [1648])

45451-05 Пълнослоен кожен графт на ръка

Включва: такъв с графт на пръст или палец
китка

Не включва: пълнослоен кожен графт на:
• само пръст (45451-07 [1649])
• само палец (45451-06 [1649])

45451-09 Пълнослоен кожен графт на друго място
Пълнослоен кожен графт на множество места, некласифицирани в този блок

1645 Друг разцепен кожен графт, малък

45448-05 Малък разцепен кожен графт на ръка

Включва: такава с графт на пръст или палец
китка

Не включва: малък разцепен кожен графт на:
• само пръст (45448-07 [1645])
• само палец (45448-06 [1645])

1640 Алографт, ксенографт или синтетичен кожен графт

90671-00 Ксенографт
Хетерогенна временна биологична превръзка
Разцепен кожен:
• хетерографт
• ксенографт
Ксеногенна временна биологична превръзка

90670-00 Алографт
Алогенна временна биологична превръзка
Хомогенна временна биологична превръзка
Разцепен кожен:
• алографт
• хомографт

90672-00 Синтетичен кожен графт
Графт от кожен заместител например Biobrane, Integra изкуствен епидермис
Временна превръзка от синтетична кожа

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45200-00 Локално кожно ламбо на друго място
Локално кожно ламбо БДУ

1653 Директно дистантно кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от далечно място от дефекта и прикрепено директно към реципиентно място

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: реконструкция на:
• клепач чрез ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
• устна чрез ламбо 45671-00, 45674-00 [1685],
ревизия на директно дистантно кожно ламбо (45239-01 [1658])

45230-00 Отлагане на директно дистантно кожно ламбо

Кожно ламбо, частично повдигнато към донорско място, с трансфер отложен за по-късен оперативен етап за подобряване кръвоснабдяването на ламбото. Може да бъде предварителна стъпка преди трансфера

45221-01 Директно дистантно кожно ламбо – първи етап

Директно дистантно кожно ламбо – първи етап (повдигане на ламбото от донорското място, трансфер и прикрепяне на реципиентно място):
- коремно
- кръстосано:
  - ръка
  - пръст на ръка
  - крак

1651 *Локално кожно ламбо, един стадий*

45206-05 Локално кожно ламбо на ръка

Включва: китка

Не включва: такова при контрактура на Дюпюитрен (46384-00 [1467])
такова на:
- само пръст (45206-07 [1651])
- само палец (45206-06 [1651])

1658 Ревизия на кожно ламбо

Включва: такава чрез липосукция

45239-00 Ревизия на локално кожно ламбо

Не включва: ревизия на ламбо при възстановяване на назална фистула (45714 [1680])

1655 Други възстановителни процедури на кожа и подкожна тъкан

90675-00 Друго възстановяване на кожа и подкожна тъкан

1634 Други ексцизионни процедури на кожа и подкожна тъкан

90669-00 Ексцизия на кожа за графт

Включва: възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направено:
- възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: такава с графт в същия оперативен епизод (виж блокове [1641] до [1650])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21,** насочени към основната диагноза.

Основна процедура **92191-00/92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Стикер за вложените импланти при алогенна трансплантация (алографт при отчитане на кодове: **45439-00, 45451-05, 45448-05, 45451-09, 90671-00, 90670-00, 90672-00, 90672-00**), задължително се залепва в ИЗ.

При липса на залепен в ИЗ стикер за вложен алографт, пътеката не се счита за завършена.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение минимум II ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Пластично-възстановителна и естетична хирургия", от медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия" при спазване на изискванията относно налични специалисти и оборудване на медицински стандарт "Пластично-възстановителна и естетична хирургия", от медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия" при спазване на изискванията относно налични специалисти и оборудване на медицински стандарт "Пластично-възстановителна и естетична хирургия", от медицинската специалност "Ортопедия и травматология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Ортопедия и травматология" при спазване на изискванията относно налични специалисти и оборудване на медицински стандарт "Пластично-възстановителна и естетична хирургия".

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по изгаряне, хирургия или клиника/отделение по ортопедия и травматология, или Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по пластично-възстановителна и естетична хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория II ниво
5. Ехограф с доплер, разположен на територията на болницата
6. Апаратура за горна и долна ендоскопия
7. Рентгенов апарат за скопия и графия, разположен на територията на болницата

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/ортопедия и травматология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология.
2. КАТ и/или МРТ- на територията на населеното място (като се осигури 24-часов достъп, включително в условия на спешност).
3. Отделение по физикална терапия и рехабилитация
4. Микробиологична лаборатория на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- най-малко двама лекари с придобита медицинска специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия

или

лекари със специалност по хирургия

или

лекари със специалност по ортопедия и травматология;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение- в структурата
- лекар със специалност по вътрешни болести;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- най-малко двама лекари с придобита медицинска специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия

или

лекари със специалност по детска хирургия/хирургия

или

лекар със специалност по ортопедия и травматология;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение- в структурата

- лекар със специалност „Педиатрия“;
- лекар със специалност по образна диагностика.

Лечебно - възстановителните операции при лица до 5 годишна възраст да се извършват само от специалист по пластично - възстановителна хирургия.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията при случаи с измръзвания от II, III и IV степен.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Лечението се провежда според стандартите за поведение при измръзване. Определя се дълбочината на измръзването. Провежда се общо лечение със съдоразширяващи средства, антиагреганти (евентуално антикоагуланти) и витаминотерапия. Извършва се локално лечение с мазеви превръзки и антисептични препарати до демаркация на некрозите, след което се извършва хирургическата некректомия (ампутация при показания) и покриване на раневите повърхности с кожна пластика. Успоредно се провеждат и необходимите консултации и лечение на придружаващите заболявания. След завършване на оперативното лечение се започва физиотерапия и ЛФК.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя в зависимост от локалната находка и евентуалното ниво на ампутация.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични):

Медицински критерии за дехоспитализация:

Пациентът се изписва клинично здрав - без рани, подлежащи на ново оперативно лечение, като състоянието позволява амбулаторно лечение, физиолечение или балнеолечение.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Медицински стандарт по пластично-възстановителна и естетична хирургия"

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно „Медицински стандарт по пластично-възстановителна и естетична хирургия“);

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- “*История на заболяването*”;

- част III на*“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури”, бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Измръзванията се предизвикват от продължителното излагане на тялото на умерено ниски температури или от кратък престой на много ниски температури. Най - често се засягат крайните части на тялото, както и откритите такива. Това са пръстите на ръцете и стъпалата, ушните лобули, брадичка, нос и бузи.

Предразполагащи фактори за измръзване са ниска атмосферна температура, влага, индивидуална чувствителност към студа, продължителен престой на открито на ниски температури, неподходящи или мокри дрехи. От значение са недоимъчното хранене, налични инфекции, периферни съдови заболявания, атеросклероза, диабет, тиреотоксикоза. Измръзването може да бъде придружено от общо охлаждане, което влошава състоянието на болния.

Дълбочината на измръзванията се определя с ***четиристепенна класификация:***

I степен – засяга епидермиса;

II степен – увредена е повърхностната дерма. Кожата е студена, бледа, образуват се мехури с бистра жълтеникава течност;

III степен – засягане на дермата в цялата й дебелина;

IV степен – увреждане на кожата в цялата й дебелина, както и на подлежащите тъкани (кръвоносни съдове, подкожие, мускули, сухожилия, нерви и кости). Увредите са дефинитивни (трайни), образуват се плътни некрозни и гангренозни промени. Възможно е развитието на локална инфекция и загуба на част от крайник.

Измръзванията от III и IV степен са дълбоки. Лечението е продължително и при повечето случаи многоетапно. Извършва се хирургическо отстраняване на умъртвените тъкани и кожна пластика.

В процеса на лечение е възможно да се развият усложнения: локална или обща инфекция, пневмония и др. Възможно е влошаване на придружаващите заболявания.

Важно е да знаете, че след прекарано измръзване, Вие винаги ще бъдете по – чувствителни към ниски температури.

КП № 236 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ПОСЛЕДСТВИЯТА ОТ ИЗГАРЯНЕ И ТРАВМА НА КОЖАТА И ПОДКОЖНАТА ТЪКАН

1.Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

239	**Процедури за ектропион или ентропион**
	Включва: ексцизия на тарзален хрущял [тарзектомия] *Кодирай също когато е направена:* • реконструкция на клепач (45614-00, 45671-01, 45674-01 [1684])
42581-00	Каутеризация на ектропион
42581-01	Каутеризация на ентропион
45626-00	Корекция на ектропион или ентропион чрез шев техника Репозиция на предна ламела на клепача
45626-01	Корекция на ектропион или ентропион с клиновидна резекция Тарзоконюнктивално диамантно възстановяване на ектропион
42866-00	Възстановяване на ектропион или ентропион чрез опъване или скъсяване на долни ретрактори Репозиция на задна ламела на клепача чрез опъване или скъсяване на долни ретрактори
1684	**Реконструкция на клепач и ухо**
45614-00	Реконструкция на клепач Реконструкция на клепач, БДУ *Не включва*: такава с: • ламбо (45671-01, 45674-01 [1684]) • графт: • космени фоликули (90095-00 [237]) • мукозен (45656-02 [1669]) • кожен (45400-01, 45403-01 [1641], 45400-00 [1642], 45485-00 [1643], 45448-00 [1645], 45451-10 [1648], 45451-00 [1649])
45671-01	Реконструкция на клепач с ламбо, единствен или първи етап Abbe ламбо на клепач, първи етап Frické (чело) ламбо Tripier (горен клепач) ламбо *Кодирай също когато е направена:* • септохондромукозен графт на клепач (45656-02 [1669])
45674-01	Реконструкция на клепач с ламбо, втори етап Разделяне по Abbe клепачно ламбо
235	**Кантопластика**
	Включва: ексцизия на тарзален хрущял [тарзектомия]
42590-00	Латерална кантопластика Кантопластика БДУ
42590-01	Медиална кантопластика

1669 Смесен графт

Хондрокутанен
Хондромукозен } графт

45656-02 Смесен графт на клепач
Септохондромукозен графт на клепач
Не включва: графт при симблефарон (45629-00 [1676])

1649 Друг пълнослоен кожен графт

Пълнослоен инлей графт
Wolfe графт
Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])
Не включва: такава при изгаряне (виж блокове [1648])

45451-00 Пълнослоен кожен графт на клепач
Не включва: такава с рецесия на ретракторите на клепач (42860 [234])

237 Реконструктивни процедури на клепач

90095-00 Реконструкция на клепач с графт от космени фоликули

1662 Ексцизия, клепач

45665-01 Пълнослойна клиновидна ексцизия на клепач
Ексцизия на лезия на клепач, пълнослойна
Включва: възстановяване чрез директно зашиване
Не включва: такава при ектропия или ентропия (45626-01 [239])

236 Други възстановителни процедури на клепач

30052-01 Обработка рана на клепача
Възстановяване разкъсване на клепача

303 Ексцизионни процедури на външно ухо

Не включва: пълнослойна клиновидна ексцизия на ухо (45665-02 [1663])

41506-00 Екстирпация на ушен полип, външно ухо

1663 Ексцизия, ухо

45665-02 Пълнослойна клиновидна ексцизия на ухо
Ексцизия лезия на ухо, пълнослойна
Включва: възстановяване чрез директно зашиване

1684 Реконструкция на клепач и ухо

45660-00 Реконструкция на външно ухо, първи етап

45661-00 Реконструкция на външно ухо, втори етап

1678 Възстановяване на ухо

Не включва: реконструкция на ухо (45660-00, 45661-00 [1684])

41742-00 Реплантация на ампутирано ухо

1678 Възстановяване на ухо

Не включва: реконструкция на ухо (45660-00, 45661-00 [1684])

45659-01 Други корекции на деформации на външно ухо
Корекция на:
• свито ухо
• увиснало ухо
Възстановяване деформация на външно ухо БДУ
Не включва: реконструкция на външен слухов канал (41521 [304], 45662-00 [305])

306 Други процедури на външно ухо

Включва: ушна мида
външен слухов канал

90111-00 Други процедури на външно ухо
Инцизия на външно ухо

380 Други възстановителни процедури на носа

30052-03 Обработка рана на носа

1680 Друго възстановяване на нос

45714-01 Затваряне на друга назална фистула
Назолабиална фистулектомия
Назофарингеална фистулектомия
Възстановяване на назална фистула БДУ
Включва: възстановяване на ламбо
ревизия на ламбо

1679 Ринопластика

Включва: турбинектомия
Кодирай също когато е направена:
• септопластика (41671-02, 41671-03 [379])
Не включва: увеличаваща ринопластика само с имплант (45051-01 [1682])
смесен графт на нос (45656-00 [1669])
ревизия на ринопластика (45650-00 [1687])
кожно:
• ламбо на нос (45206-01 [1651], 45221-01, 45224-01 [1653], 45230 [1653] и [1654],
45227-00, 45233, 45236-00 [1654])
• графт на нос (45400-01 [1641], 45400-00 [1642], 45448-01 [1645], 45445-00 [1647],
45451-01 [1649])

45638-00 Тотална ринопластика
Корекция на хрущял и костен свод
Ринопластика БДУ

45641-00 Ринопластика, използваща назален или септален хрущялен графт
Увеличаваща ринопластика, използваща назален или септален хрущялен графт

45641-01 Ринопластика, използваща назален костен графт
Увеличаваща ринопластика, използваща назален костен графт

45641-02 Ринопластика, използваща назален костен и назален септално/хрущялен графт
Увеличаваща ринопластика, използваща назален костен и назален септален/хрущялен графт

45644-00 Ринопластика, използваща хрущялен графт от дистантно донорско място
Увеличаваща ринопластика, използваща хрущялен графт от дистантно донорско място
Включва: доставка на хрущял за графт

45644-01 Ринопластика, използваща костен графт от дистантно донорско място
Увеличаваща ринопластика, използваща костен графт от дистантно донорско място
Включва: доставка на хрущял за графт
вомер графт

45632-00 Ринопластика включваща корекция на хрущял
Ринопластика на върха на носа

45635-00 Ринопластика включваща корекция на костен свод

380 Други възстановителни процедури на носа

90132-00 Друго възстановяване на нос
Прикрепване на ампутиран нос БДУ
Не включва: прикрепване на ампутиран нос чрез графт (45451-01 [1649], 45656-00 [1669])

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап
Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне
Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)
Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45206-01 Локално кожно ламбо на нос

1175 Възстановителни процедури на скротум или туника вагиналис

90397-00 Шев на лацерация на скротум или туника вагиналис

90397-01 Друго възстановяване на скротум или туника вагиналис
Възстановяване на скротална фистула

Други възстановителни процедури на пенис

90404-00 Друго възстановяване на пенис
Зашиване на ампутиран пенис

1756 Реконструктивни процедури на гърда

45539-00 Реконструкция на гърда с поставяне на тъканен експандер

1758 Процедури включващи отстраняване или приспособяване на гръдна протеза или тъканен пълнител

45548-01 Премахване на тъканен експандер от гърда

1628 Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

Не включва: такава:
• чрез личинки дебридман терапия (MDT) (96210-00 [1604])
• от изгаряне (30017-01, 30020-00, 90686-00 [1627])

90665-00 Ексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан
Ексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан за:
• инфекция
• исхемична, некротична или гангренозна тъкан
• язва
• рана
Включва: инцидентна ексцизионна некректомия на меки тъкани
Не включва: ексцизионен дебридман на:
• място на отворена фрактура (90580-00 [1566])
• меки тъкани (30023 [1566])

90686-01 Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан
Неексцизионен дебридман на:
• инфекция
• язва
• рана
Отстраняване на девитализирана тъкан, некроза и есхари чрез методи като:
• четкане
• иригация (под налягане)
• триене
• миене
интралезионна апликация на триамсинолон ацетат
Аспирационна вакумираща превръзка

1620 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан

Включва: бенигнена/малигнена:
• киста
• тумор
Не включва: ексцизия (на):
• чрез лазер (14100-00, 14106-00 [744], 30190-00, 30195-02, 30195-03 [1612], 90662-00 [1617])
• белег (45519-00 [1656], 45506, 45512, 45515-00, 45518-00 [1657])
• синус (30099-00 [1630])
• язва (31205-01 [1630])
• хемохирургия на Moh (31000-00 [1626])

31205-00 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на друго място

31235-00 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на друго място на главата
Ексцизия на лезии(и) на кожа и подкожна тъкан на:

• буза
• лице БДУ
• чело
• пре- и постаурикуларен регион
• скалп

31235-01 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на шия

31235-02 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на ръка
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на китка

31230-04 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на пръст
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на палец

31230-05 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на полови органи
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• пенис
• скротум
• вулва

31235-03 Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на крак
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• прасец на крак
• ханш
• коляно
• бедро

31235-04 Ексцизия на лезия (и) на кожа и подкожна тъкан на стъпало
Ексцизия на лезия(и) на кожа и подкожна тъкан на:
• глезен
• пръст

1566 Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

31340-00 Ексцизия на мускул, кост или хрущял, ангажирани с кожна лезия
Кодирай първо:
• ексцизия на кожна лезия (31205, 31230, 31235 [1620])

1655 Други възстановителни процедури на кожа и подкожна тъкан

90674-00 Реплантация на скалп
Кодирай също когато е направена:
• микрохирургично възстановяване на кръвоносни съдове (45500 [1694], 45502 [1695], 45503 [1696])

1645 Друг разцепен кожен графт, малък

Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])
Не включва: алографт (90670 [1640])
инлей графт (45445-00 [1647])
синтетичен кожен графт (90672 [1640])
такъв за:
• изгаряния (45485, 45486, 45488, 45494-00 [1643], 45406-00 [1644])
• гранулираща зона (45400, 45403 [1641] и [1642])

ксенографт (90671 [1640])

45439-00 Малък разцепен кожен графт на друга зона
Малък разцепен кожен графт на множество места, некласифицирани в този блок

45448-05 Малък разцепен кожен графт на ръка
Включва: такава с графт на пръст или палец
китка
Не включва: малък разцепен кожен графт на:
• само пръст (45448-07 [1645])
• само палец (45448-06 [1645])

45439-00 Малък разцепен кожен графт на друга зона
Малък разцепен кожен графт на множество места, некласифицирани в този блок

1649 Друг пълнослоен кожен графт

Пълнослоен инлей графт
Wolfe графт
Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])
Не включва: такава при изгаряне (виж блокове [1648])

45451-05 Пълнослоен кожен графт на ръка
Включва: такъв с графт на пръст или палец
китка
Не включва: пълнослоен кожен графт на:
• само пръст (45451-07 [1649])
• само палец (45451-06 [1649])

45451-09 Пълнослоен кожен графт на друго място
Пълнослоен кожен графт на множество места, некласифицирани в този блок

1640 Алографт, ксенографт или синтетичен кожен графт

90671-00 Ксенографт
Хетерогенна временна биологична превръзка
Разцепен кожен:
• хетерографт
• ксенографт
Ксеногенна временна биологична превръзка

90670-00 Алографт
Алогенна временна биологична превръзка
Хомогенна временна биологична превръзка
Разцепен кожен:
• алографт
• хомографт

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап
Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне
Кодирай също когато е направено:

• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45200-00 Локално кожно ламбо на друго място
Локално кожно ламбо БДУ

1653 Директно дистантно кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от далечно място от дефекта и прикрепено директно към реципиентно място

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: реконструкция на:
• клепач чрез ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
• устна чрез ламбо 45671-00, 45674-00 [1685],
ревизия на директно дистантно кожно ламбо (45239-01 [1658])

45230-00 Отлагане на директно дистантно кожно ламбо
Кожно ламбо, частично повдигнато към донорско място, с трансфер отложен за по-късен оперативен етап за подобряване кръвоснабдяването на ламбото. Може да бъде предварителна стъпка преди трансфера

45221-01 Директно дистантно кожно ламбо – първи етап
Директно дистантно кожно ламбо – първи етап (повдигане на ламбото от донорското място, трансфер и прикрепяне на реципиентно място):
• коремно
• кръстосано:
  • ръка
  • пръст на ръка
  • крак

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

45206-05 Локално кожно ламбо на ръка

Включва: китка

Не включва: такова при контрактура на Дюпюитрен (46384-00 [1467])
такова на:
• само пръст (45206-07 [1651])
• само палец (45206-06 [1651])

45200-00 Локално кожно ламбо на друго място
Локално кожно ламбо БДУ

1658 Ревизия на кожно ламбо

Включва: такава чрез липосукция

45239-00 Ревизия на локално кожно ламбо

Не включва: ревизия на ламбо при възстановяване на назална фистула (45714 [1680])

1692 Процедури при парализа на лицев нерв

45581-00 Ексцизия на тъкан при парализа на лицев нерв

Не включва: такава с:
- фасциален графт (45575-00 [1692])
- мускулен трансфер (45578-00 [1692])
- суспензия (45581-01 [1692])

45575-00 Фасциален графт при парализа на лицев нерв

Включва: ексцизия на тъкан

45578-00 Мускулен трансфер при парализа на лицев нерв

Включва: ексцизия на тъкан

1607 Освобождаване на кожа и подкожна тъкан

Не включва: освобождаване на контрактура от изгаряне (45519-00 [1656])

45515-01 Освобождаване контрактура на кожа и подкожна тъкан
Разделяне на мрежова контрактура
Z-пластика на контрактура

1656 Ревизия на белег от изгаряне или контрактура

45519-00 Ревизия на белег от изгаряне или контрактура от изгаряне

Разделяне }
Ексцизия }
Освобождаване } на белег от изгаряне или контрактура от изгаряне
Отпускане }
Z-пластика }

Не включва: есхаротомия (45054-00 [1607])
лазер при белег от изгаряне (45025, 45026-00 [1615])

1655 Други възстановителни процедури на кожа и подкожна тъкан

90673-00 Корекция на синдактилия

Кодирай също когато е изпълнено:
- ламбо (45206-06, 45206-07, 42506-11 [1651])
- графт (45451-06, 45451-07, 45451-09 [1649], 45439-00, 45448-06, 45448-07 [1645])

90675-00 Друго възстановяване на кожа и подкожна тъкан

1658 Ревизия на кожно ламбо

Включва: такава чрез липосукция

45239-00 Ревизия на локално кожно ламбо

Не включва: ревизия на ламбо при възстановяване на назална фистула (45714 [1680])

1634 Други ексцизионни процедури на кожа и подкожна тъкан

90669-00 Ексцизия на кожа за графт

Включва: възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направено:

	• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646]) *Не включва*: такава с графт в същия оперативен епизод (виж блокове [1641] до [1650])
1661	**Процедури за прилагане, поставяне или премахване на тъканен експандер или имплант**
45566-00	Поставяне на тъканен експандер *Не включва*: интраоперативен тъканен експандер (45572-00 [1661]) такава за гърда (45539-00 [1756])
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21,** насочени към основната диагноза.

Основна процедура **92191-00/92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Кодове **90686-01** и **90665-00** не могат да бъдат отчитани самостоятелно.

Стикер за вложените импланти при алогенна трансплантация (алографт при отчитане на кодове: **45671-01 или 45674-01, 45656-02 или 45451-00, 90095-00, 45671-01, 45674-01, 45659-01 , 45641-00 или 45641-01 или 45641-02 или 45644-00 или 45644-01, 45439-00, 45451-05, 45448-05, 45451-09, 90671-00, 90670-00, 45439-00**), задължително се залепва в ИЗ.

При липса на залепен в ИЗ стикер за вложен алографт, пътеката не се счита за завършена.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги по т. 1.1 от обхвата на медицинската специалност „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“, от обхвата на медицинската специалност „Лицево-челюстна хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Лицево-челюстна хирургия“ (за процедури с кодове: 42581-00, 42581-01, 45626-00, 45626-01, 45614-00, 42866-00, 42590-00, 42590-01, 45671-01, 45674-01, 45656-02, 45451-00, 90095-00, 45671-01, 45671-01, 45674-01, 45614-00, 45614-00, 45614-00, 45614-00, 45671-01, 45665-01, 30052-01, 30052-01, 30052-01, 41506-00, 45665-02, 45665-02, 45660-00, 45661-00, 41742-00, 45659-01, 90111-00, 30052-03, 45714-01, 45638-00, 45641-00, 45641-01, 45641-02, 45644-00, 45644-01, 45632-00, 45635-00, 90132-00, 45206-01, 31205-00, 31235-00, 31235-01, 31235-02, 31230-04, 31230-05, 31235-03, 31235-04, 31340-00, 45439-00, 45451-09, 45439-00, 45200-00, 45230-00, 45221-01, 45206-05, 45200-00, 45239-00, 45581-00, 45575-00, 45578-00, 45515-01, 45519-00, 90673-00, 90675-00, 45239-00, 90669-00, 45566-00), и от обхвата на медицинската специалност „Ушно-носно-гърлени болести“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ушно-носни-гърлени болести“ (за процедури с кодове: 41506-00, 45665-02, 45665-02, 45660-00, 45661-00, 41742-00, 45659-01, 90111-00, 30052-03, 45714-01, 45638-00, 45641-00, 45641-01, 45641-02, 45644-00, 45644-01, 45632-00, 45635-00, 90132-00, 45206-01, 31205-00, 31235-00, 31235-01, 31235-02, 31230-04, 31230-05, 31235-03, 31235-04, 31340-00, 45439-00, 45200-00, 45230-00, 45221-01, 45206-05, 45200-00, 45239-00).“.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по пластично- възстановителна и естетична хирургия и изгаряния или Клиника/отделение по ЛЧХ или Клиника/отделение УНГ
2. Операционен блок/зали
3. Септична операционна за смяна на превръзките
4. ОАРИЛ/КАИЛ
5. Рентгенов апарат за скопия и графия, разположен на територията на болницата
6. Клинична лаборатория II ниво

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Тъканна банка
2. КАТ и/или МРТ
3. Микробиологична лаборатория на територията на областта

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Експандери	НЗОК не заплаща посочените изделия

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари с придобита медицинска специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия

или

четирима лекари с придобита медицинска специалност по УНГ;

или

двама лекари с придобита медицинска специалност по ЛЧХ;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение- в структурата
- лекар със специалност по вътрешни болести;
- лекар със специалност по клинична лаборатория – по договор – в щата на съответната структура;
- лекар със специалност по образна диагностика– по договор – в щата на съответната структура.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари с придобита медицинска специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия

или

двама с придобита медицинска специалност по УНГ;

или

двама лекари с придобита медицинска специалност по ЛЧХ;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение- в структурата
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар със специалност по клинична лаборатория– по договор – в щата на съответната структура;
- лекар със специалност по образна диагностика– по договор – в щата на съответната структура.

Лекарите-специалисти по **ЛЧХ** могат да изпълняват следните процедури с кодове: **42581-00, 42581-01, 45626-00, 45626-01, 45614-00, 42866-00, 42590-00, 42590-01, 45671-01, 45674-01, 45656-02, 45451-00, 90095-00, 45671-01, 45671-01, 45674-01, 45614-00, 45614-00, 45614-00, 45614-00, 45671-01, 45665-01, 30052-01, 30052-01, 30052-01, 41506-00, 45665-02, 45665-02, 45660-00, 45661-00, 41742-00, 45659-01, 90111-00, 30052-03, 45714-01, 45638-00, 45641-00, 45641-01, 45641-02, 45644-00, 45644-01, 45632-00, 45635-00, 90132-00, 45206-01, 31205-00, 31235-00, 31235-01, 31235-02, 31230-04, 31230-05, 31235-03, 31235-04, 31340-00, 45439-00, 45451-09, 45439-00, 45200-00, 45230-00, 45221-01, 45206-05, 45200-00, 45239-00, 45581-00, 45575-00, 45578-00, 45515-01, 45519-00, 90673-00, 90675-00, 45239-00, 90669-00, 45566-00.**

Лекарите-специалисти по **УНГ** могат да изпълняват следните процедури с кодове: **41506-00, 45665-02, 45665-02, 45660-00, 45661-00, 41742-00, 45659-01, 90111-00, 30052-03, 45714-01, 45638-00, 45641-00, 45641-01, 45641-02, 45644-00, 45644-01, 45632-00, 45635-00, 90132-00, 45206-01, 31205-00, 31235-00, 31235-01, 31235-02, 31230-04, 31230-05, 31235-03, 31235-04, 31340-00, 45439-00, 45200-00, 45230-00, 45221-01, 45206-05, 45200-00, 45239-00.**

ЗАБЕЛЕЖКА:

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а).ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията при болни с последствия от изгаряния и травми и други предхождащи оперативни интервенции, които имат цикатрикси и келоиди, водещи до контрактури и други тъканни деформитети.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Приемането на пациенти по тази клинична пътека се осъществява само след мнение/решение на лекарско-консултативна комисия на клиниката/отделението. Решението на комисията се записва в ИЗ.

Лечението се провежда, според алгоритъма за поведение при последствия от изгаряния и травми от кожата и подкожната тъкан.

При неусложнените форми се прави предоперативен план и оперативно лечение, което се изразява в корекция на цикатриксите, премахване на цикатриксите, разместване на кожни ламба, присаждане на свободни присадки. Извършва се и рехабилитация по показания.

При някои случаи се започва по показания предоперативно физиолечение, самостоятелно или комбинирано с медикаментозно лечение.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Диагнозата се поставя след основен преглед на локалните промени и след завършване на оперативното лечение.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието:

Медицински критерии за дехоспитализация:

Пациентът се изписва клинично здрав или с подобрение, неналагащо оперативно лечение на този етап. Наблюдението му може да продължи амбулаторно.

Пациентът се изписва с епикриза и дадени указания за провеждане на рехабилитационни мероприятия при домашни условия, както и дата за контролен преглед.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Медицински стандарт по пластично-възстановителна и естетична хирургия", ЛЧХ и УНГ.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол, съобразно Медицински стандарти „Медицински стандарт по пластично-възстановителна и естетична хирургия", ЛЧХ и УНГ.

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";
- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Последствията от изгаряниятa и травмите (рани) на кожата са белезите (цикатриксите). Те са хипертрофични и келоиди. Те създават условия за контрактури, тъй като цикатриално изменената кожа не расте със същият интензитет като здравата.

Контрактурите представляват ограничение в движенията в ставите, дължащо се на обездвижване, ръбци, изкривявания, изоставане в растежа или предишни оперативни интервенции. Лечението най-често е оперативно.

Хипертрофичните ръбци представляват наднормени разраствания на съединителната тъкан по повърхността на тялото. При правилно проведено лечение част от тях могат да претърпят обратно развитие, без да изчезнат напълно.

Келоидите представляват дефинитивно разрастване на съединителна тъкан на различни места по тялото и веднъж формирали се, обратното им развитие е изключително трудно или невъзможно.

Лечението на тези последствия включва редица консервативни и оперативни процедури. Тези процедури представляват завършващ етап от лечението на изгарянето (травмата). Те са насочени към намаляване или ликвидиране на някои от последиците, като цикатрикси и контрактури, и към реконструкция и максимално възстановяване на функцията на увредените структури от тялото.

Най-често те са комбинирани и последователни и включват:

- носене на компресивни плаки и маски, ръкавици и облекло;

- медикаментозно лечение, включващо масажи, електрофорези с унгвенти, подпомагащо обратното развитие на белега. Поставянето на кортизонови препарати в цикатрикса, особено е ако малък по площ, също спомага за намаляването му до пълно “стапяне” понякога.

При оперативното лечение на последиците от изгарянето и травмите се използват различни методи на несвободната кожна пластика, като най-често е единична ли множествена Z-пластика, Y-пластика, различни по дебелина кожни присадки, различни ламба - кожно-мускулни, кожно-фасциални, островни. Напоследък все по-често се използват експандер пластиките, както и различните методи на микрохирургията.

КП № 237 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА КОЖНИ ДЕФЕКТИ ОТ РАЗЛИЧНО ЕСТЕСТВО, НАЛАГАЩИ ПЛАСТИЧНО ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ

1.Минимален болничен престой – 2 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

1662 Ексцизия, клепач

45665-01 Пълнослойна клиновидна ексцизия на клепач
Ексцизия на лезия на клепач, пълнослойна
Включва: възстановяване чрез директно зашиване
Не включва: такава при ектропия или ентропия (45626-01 [239])

1684 Реконструкция на клепач и ухо

45671-01 Реконструкция на клепач с ламбо, единствен или първи етап
Abbe ламбо на клепач, първи етап
Frické (чело) ламбо
Tripier (горен клепач) ламбо
Кодирай също когато е направена:
• септохондромукозен графт на клепач (45656-02 [1669])

45674-01 Реконструкция на клепач с ламбо, втори етап
Разделяне по Abbe клепачно ламбо

45614-00 Реконструкция на клепач
Реконструкция на клепач, БДУ
Не включва: такава с:
• ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
• графт:
• космени фоликули (90095-00 [237])
• мукозен (45656-02 [1669])
• кожен (45400-01, 45403-01 [1641], 45400-00 [1642], 45485-00 [1643], 45448-00 [1645], 45451-10 [1648], 45451-00 [1649])

1669 Смесен графт

Хондрокутанен
Хондромукозен } графт

45656-02 Смесен графт на клепач
Септохондромукозен графт на клепач
Не включва: графт при симблефарон (45629-00 [1676])

1649 Друг пълнослоен кожен графт

Пълнослоен инлей графт
Wolfe графт
Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])
Не включва: такава при изгаряне (виж блокове [1648])

45451-00 Пълнослоен кожен графт на клепач

Не включва: такава с рецесия на ретракторите на клепач (42860 [234])

237 Реконструктивни процедури на клепач

90095-00 Реконструкция на клепач с графт от космени фоликули

1678 Възстановяване на ухо

Не включва: реконструкция на ухо (45660-00, 45661-00 [1684])

41742-00 Реплантация на ампутирано ухо

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45206-01 Локално кожно ламбо на нос

1679 Ринопластика

Включва: турбинектомия

Кодирай също когато е направено:
• септопластика (41671-02, 41671-03 [379])

Не включва: увеличаваща ринопластика само с имплант (45051-01 [1682])
смесен графт на нос (45656-00 [1669])
ревизия на ринопластика (45650-00 [1687])
кожно:
• ламбо на нос (45206-01 [1651], 45221-01, 45224-01 [1653], 45230 [1653] и [1654],
45227-00, 45233, 45236-00 [1654])
• графт на нос (45400-01 [1641], 45400-00 [1642], 45448-01 [1645], 45445-00 [1647],
45451-01 [1649])

45632-00 Ринопластика включваща корекция на хрущял
Ринопластика на върха на носа

380 Други възстановителни процедури на носа

90132-00 Друго възстановяване на нос
Прикрепване на ампутиран нос БДУ

Не включва: прикрепване на ампутиран нос чрез графт (45451-01 [1649], 45656-00 [1669])

1673 Островно ламбо

Ламбо, използващо трансферирана тъкан, напълно отделена от околните тъкани и основата, с изключение на краче, съдържащо артерии и вени. Тъканта е тунелирана под кожата и

прехвърлена на реципиентното място (с краче оставащо под кожата и прикрепено към донорското място)

Включва: фасциокутанно
фасциомиокутанно }
мускулно } островно ламбо
миокутанно }

Не включва: свободно ламбо (виж блок [1674])
това при реконструкция на гърда (45530-02 [1756])

45563-00 Островно ламбо на съдово краче
Неинервирано островно ламбо

Не включва: такава за транспозиция пръст на ръка (46507-00 [1467])

1649 Друг пълнослоен кожен графт

Пълнослоен инлей графт
Wolfe графт

Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: такава при изгаряне (виж блокове [1648])

45451-02 Пълнослоен кожен графт на устна

1645 Друг разцепен кожен графт, малък

Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])

Не включва: алографт (90670 [1640])
инлей графт (45445-00 [1647])
синтетичен кожен графт (90672 [1640])
такъв за:
• изгаряния (45485, 45486, 45488, 45494-00 [1643], 45406-00 [1644])
• гранулираща зона (45400, 45403 [1641] и [1642])
ксенографт (90671 [1640])

45448-02 Малък разцепен кожен графт на устна

1685 Реконструкция на устна или уста

Не включва: реконструкция на заешка устна (45701-00, 45704-00 [1689])

45671-00 Реконструкция на устна с ламбо, единствен или първи етап
Abbe ламбо на устна, първи етап
Estlander ламбо
Gillies ветрилообразно ламбо
Karapandzic ламбо
McGregor ламбо
Модифицирано Gillies ламбо

45674-00 Реконструкция на устна с ламбо, втори етап
Разделяне по Abbe ламбо на устна

52324-00 Реконструкция на уста с директно ламбо от език, единствен или първи етап

52327-00 Реконструкция на уста с директно ламбо от език, втори етап

1566 Ексцизионни процедури на други мускулно-скелетни точки

44376-00 Реампутация на ампутиран чукан
Ревизия на ампутационен чукан
Не включва: дебридман на ампутационен чукан (30023 [1566])
ревизия на ампутиран чукан на ръка (46483-00 [1471])

31340-00 Ексцизия на мускул, кост или хрущял, ангажирани с кожна лезия
Кодирай първо:
• ексцизия на кожна лезия (31205, 31230, 31235 [1620])

1645 Друг разцепен кожен графт, малък

45439-00 Малък разцепен кожен графт на друга зона
Малък разцепен кожен графт на множество места, некласифицирани в този блок

45448-05 Малък разцепен кожен графт на ръка
Включва: такава с графт на пръст или палец
китка
Не включва: малък разцепен кожен графт на:
• само пръст (45448-07 [1645])
• само палец (45448-06 [1645])

1649 Друг пълнослоен кожен графт

Пълнослоен инлей графт
Wolfe графт
Включва: ексцизия на кожа за графт
възстановяване на вторичен дефект чрез шев
Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646])
Не включва: такава при изгаряне (виж блокове [1648])

45451-05 Пълнослоен кожен графт на ръка
Включва: такъв с графт на пръст или палец
китка
Не включва: пълнослоен кожен графт на:
• само пръст (45451-07 [1649])
• само палец (45451-06 [1649])

45451-09 Пълнослоен кожен графт на друго място
Пълнослоен кожен графт на множество места, некласифицирани в този блок

1640 Алографт, ксенографт или синтетичен кожен графт

90670-00 Алографт
Алогенна временна биологична превръзка
Хомогенна временна биологична превръзка
Разцепен кожен:

• алографт
• хомографт

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от донорско място, съседно до дефекта и трансферирано към реципиентно място, в един етап

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев
такова за изгаряне

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: възстановяване с ламбо на назална фистула (45714 [1680])
ревизия на локално кожно ламбо (45239-00 [1658])

45200-00 Локално кожно ламбо на друго място
Локално кожно ламбо БДУ

1653 Директно дистантно кожно ламбо

Кожно ламбо със собствено кръвоснабдяване, взето от далечно място от дефекта и прикрепено директно към реципиентно място

Включва: кожнофасциално ламбо
възстановяване на вторичен кожен дефект чрез шев

Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на вторичен дефект:
• чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип)
• некожен (например мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)

Не включва: реконструкция на:
• клепач чрез ламбо (45671-01, 45674-01 [1684])
• устна чрез ламбо 45671-00, 45674-00 [1685],
ревизия на директно дистантно кожно ламбо (45239-01 [1658])

45230-00 Отлагане на директно дистантно кожно ламбо
Кожно ламбо, частично повдигнато към донорско място, с трансфер отложен за по-късен оперативен етап за подобряване кръвоснабдяването на ламбото. Може да бъде предварителна стъпка преди трансфера

45221-01 Директно дистантно кожно ламбо – първи етап
Директно дистантно кожно ламбо – първи етап (повдигане на ламбото от донорското място, трансфер и прикрепяне на реципиентно място):
• коремно
• кръстосано:
  • ръка
  • пръст на ръка
  • крак

45224-01 Директно дистантно кожно ламбо – втори етап
Директно дистантно кожно ламбо – втори етап (разделяне на ламбото от донорското място):
• коремно
• кръстосано:
  • ръка
  • пръст на ръка
  • крак

1651 Локално кожно ламбо, един стадий

45206-05	Локално кожно ламбо на ръка *Включва*: китка *Не включва*: такова при контрактура на Дюпюитрен (46384-00 [1467]) такова на: • само пръст (45206-07 [1651]) • само палец (45206-06 [1651])
1634	**Други ексцизионни процедури на кожа и подкожна тъкан**
90669-00	Ексцизия на кожа за графт *Включва*: възстановяване на вторичен дефект чрез шев *Кодирай също когато е направено:* • възстановяване на вторичен дефект чрез графт (виж блокове [1645] и [1646]) *Не включва*: такава с графт в същия оперативен епизод (виж блокове [1641] до [1650])
1661	**Процедури за прилагане, поставяне или премахване на тъканен експандер или имплант**
45566-00	Поставяне на тъканен експандер *Не включва*: интраоперативен тъканен експандер (45572-00 [1661]) такава за гърда (45539-00 [1756])
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21,** насочени към основната диагноза.

Основна процедура **92191-00/92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Код 45566-00 не може да се отчита самостоятелно.

Стикер за вложените импланти при алогенна трансплантация (алографт при отчитане на кодове: 45671-01 или 45674-01, 45656-02 или 45451-00, 90095-00, 45671-01, 45451-02, 45448-02, 45671-00, 45674-00, 52324-00, 52327-00, 45439-00, 45451-05, 45448-05, 45451-09, 90670-00, 45439-00), задължително се залепва в ИЗ.

При липса на залепен в ИЗ стикер за вложен алографт, пътеката не се счита за завършена.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги по т. 1.1 от обхвата на медицинската специалност „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“, от обхвата на медицинската специалност „Лицево-челюстна хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Лицево-челюстна хирургия“ (за процедури с кодове: 45671-01, 45674-01, 45656-02, 45451-00, 45614-00, 45614-00, 45206-01, 45632-00, 45451-02, 45448-02, 45671-00, 45674-00, 52324-00, 52327-00, 31340-00, 45439-00, 45451-09, 45200-00, 45230-00, 45221-01, 45224-01, 90669-00), и от обхвата на медицинската специалност „Ушно-носно-гърлени болести“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ушно-носни-гърлени болести“ (за процедури с кодове: 45671-01, 45674-01, 45656-02, 45451, 45614-00, 45614-00, 45206-01, 45632-00, 45451-02, 45448-02, 45671-00, 45674-00, 52324-00, 52327-00, 31340-00, 45439-00, 45451-09, 45200-00, 45230-00, 45221-01, 45224-01, 90669-00, 90132-00, 45563-00).“.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по пластично- възстановителна и естетична хирургия и изгаряния Или Клиника/отделение по ЛЧХ Или Клиника/отделение УНГ
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория II ниво
5, Рентгенов апарат за скопия и графия, разположен на територията на болницата

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология.
2. КАТ и/или МРТ- на територията на населеното място (като се осигури 24-часов достъп,

включително в условия на спешност).
3. Микробиологична лаборатория на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- най-малко двама лекари с придобита медицинска специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия;

или

трима лекари със специалност по УНГ болести

или

двама лекари със специалност по лицево - челюстна хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - в структурата
- лекар със специалност по вътрешни болести;
- лекар-специалист по клинична лаборатория – по договор – в щата на съответната структура;
- лекар със специалност по образна диагностика – по договор – в щата на съответната структура;
- лекар със специалност по клинична патология – по договор – в щата на съответната структура;

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- най-малко двама лекари с придобита медицинска специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия;

или

трима лекари със специалност по УНГ болести

или

двама лекари със специалност по лицево - челюстна хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение - в структурата
- лекар със специалност по педиатрия;
- лекар-специалист по клинична лаборатория – по договор – в щата на съответната структура;
- лекар със специалност по образна диагностика – по договор – в щата на съответната структура;
- лекар със специалност по клинична патология – по договор – в щата на съответната структура;

Лекарите-специалисти по **ЛЧХ** могат да изпълняват следните процедури с кодове: (45671-01 и/или 45674-01), (45656-02 или 45451-00), 45614-00, 41742-00, 45638-00, 45632-00, 45451-02, (45448-02 или 45671-00 и/или 45674-00 или 52324-00 и/или 52327-00), 31340-00, 45439-00, 45451-09, 45439-00, 45200-00, 45230-00, 45200-00, 90669-00.

Лекарите-специалисти по **УНГ** могат да изпълняват следните процедури с кодове: (45671-01 и/или 45674-01), (45656-02 или 45451-00), 45614-00, 41742-00, 45638-00, 45632-00, 45451-02, (45448-02 или 45671-00 и/или 45674-00 или 52324-00 и/или 52327-00), 31340-00, 45439-00, 45451-09, 45200-00, 45230-00, 45200-00, 90669-00, (90132-00 и/или 45563-00).

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги по време на хоспитализацията:

Пластично-възстановителни процедури при пациенти със:

- рани и други лезии от различно естество с кожни дефекти;
- дефекти, възникнали след отстраняване на кожна лезия.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Приемането на пациенти по тази клинична пътека се осъществява само след мнение/решение на лекарско-консултативна комисия на клиниката/отделението, съответно по ПВЕХ или ЛЧХ или УНГ. Решението на комисията се записва в ИЗ.

Лечението се провежда според алгоритъма за поведение при рани и кожни лезии от различно естество.

При неусложнените форми се прави предоперативен план и оперативно лечение, което се изразява в премахване на гранулационната и фиброзно променена тъкан и отстраняване на лезията в онкологични граници, разместване на кожни ламба, присаждане на свободни присадки. Извършва се и рехабилитация по показания. При някои случаи започва по показания предоперативно физиолечение, самостоятелно или комбинирано медикаментозно лечение. При покриване на проблемни дефекти (след лъчетерапия, след туморна ексцизия, при открити структурни елементи, инфектирани рани, декубитуси, съдови и метаболитни заболявания, отстраняване на лезия в онкологични граници и др.), покриването следва да се извършва само в клиника/отделение по пластично-възстановителна хирургия или изгаряне.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя в зависимост от локалния статус.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични):

Медицински критерии за дехоспитализация:

- пациентът се изписва клинично здрав или с подобрение .

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7.*

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и „Медицински стандарт по пластично-възстановителна и естетична хирургия", ЛЧХ и УНГ.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

Документиране на предоперативни дни в ИЗ.

Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол, съобразно Медицински стандарти „Медицински стандарт по пластично-възстановителна и естетична хирургия", ЛЧХ и УНГ.

Документиране на следоперативните дни в ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на*"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури", бл.МЗ – НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Под въздействието на травми, при някои метаболитни и съдови заболявания и след измръзвания, по тялото на човека могат да се образуват дълбоки рани, които не могат да заздравеят спонтанно.

Лечението на такива рани е оперативно. Предоперативната подготовка на раната се състои от превръзки, които да я предпазват от инфекция.

След отстраняване на нежизнените тъкани и разрастване на свежа гранулационна тъкан, се пристъпва към оперативно лечение.

Оперативните методи включват използването на:

- *свободна кожна пластика* – вземане на кожа от друга част на тялото и присаждането ѝ върху раната. Мястото, от което е взета кожата се нарича донорски участък и заздравява с превръзки;
- *несвободна кожна пластика* – използват се несвободни кожни ламба, съседство на раната или от разстояние.

Операциите се извършват предимно под обща анестезия.

В следоперативния период се налага спазването на режим, определен от лекуващия лекар и кинезитерапевта. Провеждат се следоперативни физиотерапевтични и кинезипроцедури.

КП № 238 РЕПЛАНТАЦИЯ И РЕКОНСТРУКЦИИ С МИКРОСЪДОВА ХИРУРГИЯ

1.Минимален болничен престой – 7 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

83	**Възстановяване на нерв или нервен ствол**
	Не включва: вторично възстановяване (39303, 39309 [84])
39318-00	Графт на нерв *Включва*: доставяне на графт за нерв
39315-00	Нервен графт на нервен ствол Стволов графт към периферен нервен ствол *Включва*: доставяне на нервен графт
39321-00	Транспозиция на нерв *Включва*: невролиза
1467	**Други възстановителни процедури на ръка**
46400-07	Реплантация на цяла ръка
46410-02	Реплантация на палец на ръка
46400-03	Реплантация на пръст на ръка
1436	**Други възстановителни процедури на предмишница**
46400-04	Реплантация на предмишница
1468	**Други възстановителни процедури на китка**
46400-05	Реплантация на китка или длан
1548	**Процедури при други деформации на пръст**
46400-02	Реплантация на пръст на крак
1544	**Други възстановителни процедури на глезен или стъпало**
46400-06	Реплантация на стъпало
46400-08	Реплантация на глезен
1554	**Други процедури за прилагане, поставяне или премахване върху други мускулно-скелетни точки**
47928-00	Реплантация на подбедрица
1491	**Други възстановителни процедури на таз или тазобедрена става**
50225-00	Реплантация на бедро
1674	**Свободно ламбо**
	Резецирано тъканно ламбо, трансферирано към друго място, където съдове в ламбото са анастомозирани към съдове на реципиентното място Трансфер на свободна тъкан *Включва*: кост

	смесена тъкан: • фасциокутанна • фасциомиокутанно • миокутанно черва микрохирургична анастомоза на кръвоносни съдове мускул повдигане и поставяне на свободен трансфер на тъкан възстановяване на вторичен кожен дефект чрез зашиване
	Кодирай също когато е направено: • възстановяване на вторичен дефект: • чрез графт (виж Индекс: Графт, по локализация или тип) • некожен (напр. мускул), чрез шев (виж Индекс: Шев, по локализация)
	Не включва: ревизия (виж блок [1686])
45562-00	Неинервирано свободно ламбо
45562-01	Инервирано свободно ламбо *Включва*: възстановяване на нерв
1467	**Други възстановителни процедури на ръка**
46410-00	Операция за полицизация с пришиване на нерви и кръвоснабдяване
1467	**Други възстановителни процедури на ръка**
46507-00	Транспониране на пръст (лъч) на ръка върху съдово краче Трансфер на пръст (лъч) на ръка на съдово краче
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21,** насочени към основната диагноза.

Основна процедура **92191-00/92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги по т. 1.1 от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“, и от обхвата на медицинската специалност „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“, осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Пластично-възстановителна и естетична хирургия“ - за процедури с кодове 45562-00, 45562-01, 46410-00, 46507-00.“.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника по Ортопедия и Травматология или или Клиника/отделение по пластично-възстановителна и естетична хирургия (само за кодове 45562-00, 45562-01, 46410-00 и 46507-00)
2. Операционен блок/зали, оборудвани с операционен микроскоп и инструментариум за микросъдова хирургия, съгласно европейския стандарт по микросъдова хирургия
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория
5. Отделение по Образна диагностика
6. Лаборатория по трансфузионна хематология
7. Клиника/отделение по кардиология
8. Отделение/Клиника по физикална терапия
9. Лаборатория по клинична патология

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника по съдова хирургия
2. Микробиологична лаборатория – на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекари със сертификат за успешно издържан изпит след курс на обучение по микросъдова хирургия в лаборатория за обучение на микрохирурзи, съгласно европейския стандарт по микрохирургия;
- за клиника по ортопедия и травматология или клиника по хирургия на ръката и микрохирургия или отделение по хирургия на ръката и микрохирургия към клиника по ортопедия и травматология - четирима лекари със специалност по ортопедия и травматология, от които поне един с общо 5 операции годишно по оперативните процедури, посочени в тази пътека;

или

за клиника/отделение по пластично-възстановителна и естетична хирургия - трима лекари със специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия и един със специалност ортопедия и травматология, с общо 5 операции годишно по оперативните процедури с кодове 45562-00, 45562-01, 46410-00 и 46507-00, посочени в тази пътека и извършени чрез използване на микросъдов шев;

- лекар със сертификат – правоспособност за плексусна хирургия (при изпълнение на дейности с кодове: 39318-00, 39315-00, 39321-00)
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;

- лекар със специалност кардиология;
- лекар със специалност физиотерапия и рехабилитация.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- лекари със сертификат за успешно издържан изпит след курс на обучение по микросъдова хирургия в лаборатория за обучение на микрохирурзи съгласно европейския стандарт по микрохирургия;
- за клиника по ортопедия и травматология или клиника по хирургия на ръката и микрохирургия или отделение по хирургия на ръката и микрохирургия към клиника по ортопедия и травматология - четирима лекари със специалност по ортопедия и травматология, от които поне един с общо 5 операции годишно по оперативните процедури, посочени в тази пътека;

или

за клиника/отделение по пластично-възстановителна и естетична хирургия - трима лекари със специалност по пластично-възстановителна и естетична хирургия и един със специалност ортопедия и травматология, с общо 5 операции годишно по оперативните процедури с кодове: 45562-00, 45562-01, 46410-00 и 46507-00, посочени в тази пътека и извършени чрез използване на микросъдов шев;

- лекар със сертификат – правоспособност за плексусна хирургия (при изпълнение на дейности с кодове: 39318-00, 39315-00, 39321-00) и 5 операции годишно за плексусна увреда;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност кардиология;
- лекар със специалност физиотерапия и рехабилитация;
- лекар със специалност педиатрия.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. а <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Реплантация при:
Травматична ампутация, пълна или субтотална, на части от горния или долния крайник (стъпало, подбедрица, бедро):

- вид на травмата: гилотинна, с локално премачване на тъканите, авулзия;
- възраст на пострадалия: дете, млад човек, хронологична възраст над 60, но без допълнителни заболявания.

При плексусна увреда:

- анамнестична травма с пареза / парализа на плексус брахиалис при деца до 1-годишна възраст.

Микросъдови реконструкции при:

- обширни мекотъканни дефекти от различно естество и с проблемна локализация, неподлежащи на лечение с конвенционални методи;
- съчетани костно-мекотъканни дефекти последствия от травми, операции по повод туморни процеси и други;
- парализа на лицевия нерв и/или периферни нерви в състава на брахиалния плексус, водещи до трайна инвалидизация;
- ампутации на пръсти и крайници, подлежащи на пластично покриване и реконструкция със свободен тъканен трансфер;
- дефекти в областта гърдата и гръдната стена след мастектомия, други онкохирургични интервенции и/или лъчетерапия.

Абсолютни контраиндикации за извършване на реплантация:
- Състояния застрашаващи живота на пострадалия;
- Топла исхемия над 6 часа, при които ампутираната част включва мускулни маси;
- Исхемично време над 12 часа при охлаждане на ампутирана част, която включва мускулни маси;
- Конквасация;
- Ампутацията е причинена при опит за самоубийство

Абсолютни контраиндикации за извършване на микросъдови реконструкции:
- Голямо замърсяване на тъканите;
- Декомпенсирани придружаващи заболявания като диабет, хипертония, сърдечна декомпенсация - 2 степен, бъбречна недостатъчност, психиатрични заболявания;
- Напреднала възраст в съчетание с допълнителни заболявания;

Относителни контраиндикации за извършване на реплантация:
- Лоша прогноза за преживяване на реплантираната част;
- Лоша прогноза за функция на реплантираната част;
- Голямо замърсяване на тъканите;
- Декомпенсирани придружаващи заболявания като диабет, хипертония, сърдечна декомпенсация - 2 степен, бъбречна недостатъчност, психиатрични заболявания;
- Напреднала възраст в съчетание с допълнителни заболявания;
- Дългогодишни вредни навици като тютюнопушене,алкохолизъм

Относителни контраиндикации за извършване на микросъдови реконструкции:
- Дългогодишни вредни навици - тютюнопушене, алкохолизъм.

Контраиндикации за оперативно лечение на плексусна увреда:
- Състояния, застрашаващи живота на пострадалия;
- Малформации

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Необходими предоперативни изследвания.
Извършват се по спешност до 6-ти, респ. до 12-ти час:
- биологичен материал за лабораторни изследвания;
- образна диагностика:
  - рентгенографии на ампутационния чукан и на ампутираната част;
  - артериография, по преценка, при „ големи “ субтотални ампутации.

Необходими предоперативни изследвания при плексусна увреда:
- кръвни показатели
- рентгенова снимка на бял дроб
- образно изследване на раменна става, ключица
- компютърна томография по преценка при съмнение за авулзия на трункус с менингоцеле

Необходими предоперативни консултации:
- микрохирург, кардиолог, анестезиолог, педиатър за лица под 18 години.

Медикаментозното лечение в следоперативния период се определя от общото състояние на пострадалия, начина на протичане на операцията и състоянито на реплантираната част. Схематично лечението включва:
- антибиотик / антибиотици - профилактика
- водно-солеви разтвори
- хемотрансфузия, при нужда
- антиагрегант
- антикоагулант по преценка,
- средства подобряващи реологията на кръвта
- обезболяващи
- седатива

Реконструкция с микросъдова хирургия

При пациенти, индицирани за микрохирургична реконструкция, с дефекти след травми или предходни операции се провежда диагностика на съдовете в реципиентната област, препоръчително посредством доплер или ангиография.

След провеждане на изследванията при наличие на стабилизирано състоянието на пациента за реконструктивна оперативна процедура с много голям обем и сложност се пристъпва към лечение. При пациентите, постъпващи за реконструктивни операции, съобразно техния общ и локален статус се възприема определена оперативна тактика, планира се реконструкцията със свободно микросъдово ламбо и се извършва съответната микрохирургична реконструктивна интервенция.

След оперативното лечение в съответната клиника, се осъществяват необходимите лечебни дейности, произтичащи от добрата медицинска практика.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването като включва задължително периоперативна антибиотична и тромбопрофилактика.

Кодове 39318-00, 39315-00 и 39321-00 включват само микрохирургична трансплантация на нерв - плексус брахиалис (трункуси, фасцикули) за деца до 1- годишна възраст.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя в графата за такава при изписване на пациента.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- добро общо състояние на пациента;
- стабилна микроциркулация на реплантираната част;
- добре зарастваща оперативна рана;
- започната рехабилитация;
- в случай на неуспех - реплантираната част е отстранена и раневият проблем е решен (евентуална пластика).

Повторна хоспитализация за лечение на усложнения, възникнали в 30 дневен следоперативен период и непроявили се в периода на хоспитализация, не се отчита като нова клинична пътека.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7)*.

ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия".

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в "История на заболяването" (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия").

3.3. Документиране на следоперативните дни в "История на заболяването" (ИЗ).

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

Към ИЗ № ..... от .....

ФИШ ЗА КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕН МИНИМУМ

Дата: .....

ОТ ОБЩИЯ СТАТУС В ДЕНЯ НА ИЗПИСВАНЕТО

Походка: ☐ самостоятелна ☐ с едно помощно средство ☐ с две помощни средства ☐ невъзможна

Имобилизация:

☐ не ☐ с гипс ☐ с ортеза

Тромбоемболична профилактика:

☐ да ☐ не

СЪСТОЯНИЕ НА ОПЕРАТИВНАТА РАНА

Зарастнала:
☐ per primam ☐ вторично

Хематом: ☐ да ☐ не

Наличие на оток на крайника:
☐ не ☐ в дисталния край ☐ в проксималния край ☐ на целия крайник

Оперативен шев:

☐ свален ☐ не ☐ частично

АМБУЛАТОРНО ПРОСЛЕДЯВАНЕ

☐ да ☐ не

ДРУГИ ДАННИ

Кръвна картина	Хемостазелогия	Рентгенографии
Хб	Вр. кървене	Репозиция на счупването
Хт	Вр. съсирване	
Ер.	Протромбиново време	Вид остеосинтеза
Левко	Фибриноген	

Лекуващ лекар:

.....ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ, НАСТОЙНИКА, ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Всеки пострадал трябва да знае, че той е само кандидат за извършване на реплантация. Дали реплантацията може да бъде извършена има право да реши опериращия екип, много пъти в хода на започнала вече операция.

ОПЕРАЦИЯТА Е ПРОДЪЛЖИТЕЛНА / 6, 8,12 ЧАСА /.ИЗВЪРШВА СЕ ПОД ОБЩА АНЕСТЕЗИЯ; МОЖЕ ДА БЪДЕ ИЗВЪРШЕНА С РЕГИОНАЛНА АНЕСТЕЗИЯ когато ампутацията е върхова или на един пръст. АНЕСТЕЗИЯТА МОЖЕ ДА БЪДЕ КОМБИНИРАНА – ЗАПОЧВА СЕ С РЕГИОНАЛНА И СЕ ПРЕМИНАВА КЪМ ОБЩА.

След въвеждане в анестезия на болния се поставя уретрален катетър, който се отстранява на следващия ден или ако е необходимо може да остане малко по-дълго.

В ранния следоперативен период пациентите са обект на активно наблюдение от лекари и медицински сестри. Следят се общото състояние на пациента и състоянието на реплантираната част. Към видимата повърхност на реплантираната част може да бъдат прикрепени снимаеми датчици за отчитане на локална кожна температура и кръвоток. По този начин се контролират микросъдовите анастомози.

РАННИЯТ СЛЕДОПЕРАТИВЕН ПЕРИОД Е КРИТИЧЕН ЗА СЪДБАТА НА РЕПЛАНТИРАНАТА ЧАСТ.

СТРОГО ЗАБРАНЕНИ СА ТЮТЮНОПУШЕНЕ, КОНСУМАЦИЯ НА КАФЕ, СИЛЕН ЧАЙ, ШОКОЛАД, ПРЕКОМЕРНА ДВИГАТЕЛНА АКТИВНОСТ И ИЗЛАГАНЕ НА РЕПЛАНТИРАНАТА ЧАСТ НА СТУДЕНО.

ПРИ НАСТЪПИЛИ НАРУШЕНИЯ В МИКРОЦИРКУЛАЦИЯТА МОЖЕ ДА СЕ НАЛОЖИ ПО СПЕШНОСТ ВЪВЕЖДАНЕ НА ПАЦИЕНТА В ОПЕРАЦИОННАТА ЗАЛА ЗА РЕВИЗИЯ НА МИКРОАНАСТОМОЗИТЕ.

ВЪПРЕКИ ВСИЧКИ МЕРКИ ВЪЗМОЖНО Е НАРУШЕНИЕТО В МИКРОЦИРКУЛАЦИЯТА ДА НЕ МОЖЕ ДА БЪДЕ ПРЕОДОЛЯНО. В ТАКИВА СЛУЧАИ СЕ ИЗВЪРШВА ОТСТРАНЯВАНЕ НА РЕПЛАНТИРАНАТА ЧАСТ.

Възможно е няколко месеца след успешна реплантация да трябва да бъде извършена допълнителна операция като възстановяване на периферен нерв или за корекция на положението на реплантираната част или за корекция на следоперативен ръбец.

РЕПЛАНТИРАНАТА ЧАСТ ВИНАГИ СЕ ОТЛИЧАВА ОТ НОРМАЛНАТА ПО ВИД И ФУНКЦИЯ. ОБАЧЕ, ФУНКЦИЯ, ВЪЗСТАНОВЕНА НА 50% ОТ НОРМАЛНАТА, СЕТИВНОСТ БЛИЗКА ДО НОРМАЛНАТА И ВЪЗВЪРНАТА РАБОТОСПОСОБНОСТ СА КРИТЕРИИТЕ ЗА ОТЛИЧЕН РЕЗУЛТАТ

ПЕРИОДЪТ НА РЕХАБИЛИТАЦИЯ Е ПРОДЪЛЖИТЕЛЕН, ОПРЕДЕЛЯ СЕ ОТ НИВОТО НА АМПУТАЦИЯТА, ЕСТЕСТВОТО НА ТРАВМАТА, ВЪЗРАСТТА НА ПОСТРАДАЛИЯ, КАКТО И ОТ НЯКОИ СОЦИОИКОНОМИЧЕСКИ ФАКТОРИ.

ВЪЗСТАНОВИТЕЛНИЯ ПЕРИОД СЕ КОНТРОЛИРА ОТ ХИРУРГА КОЙТО Е В КОЛАБОРАЦИЯ СЪС СЪОТВЕТНИЯ ФИЗИОТЕРАПЕВТ И КИНЕЗИТЕРАПЕВТ.
В ПЕРИОДА НА РЕХАБИЛИТАЦИЯ СЕ ИЗИСКВА СЪТРУДНИЧЕСТВО ОТ СТРАНА НА ПОСТРАДАЛИЯ .
НЕОБХОДИМИ СА ВОЛЯ, УПОРИТОСТ И ЖЕЛАНИЕ ЗА ПОСТИГАНЕ НА НАЙ- ДОБЪР РЕЗУЛТАТ.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ, НАСТОЙНИКА, ПОПЕЧИТЕЛЯ) С ПЛЕКСУСНА УВРЕДА

Целта на нашата оперативна интервенция е да възстановим травматично увредения нервен сплит, който отговаря за функцията на съответния горен крайник. Прави се ревизия и в зависимост от степента на увредата на нервния сплит се предприема изчистване, освобождаване на нервните влакна от сраствания и анатомично възстановяване чрез директен шев или присадък (нерви от долните крайници). Това не нарушава функцията на долните крайници.

В рания постоперативен период се провежда антибиотична терапия с профилактична цел.

Оперативното лечение на травматично увредения нервен сплит не изключва рехабилитацията на крайника. Тя се провежда след 30-я постоперативен ден по определена схема.

КП № 239 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ДЕЦА ДО 3 ГОДИНИ С ВРОДЕНИ АНОМАЛИИ В ОБЛАСТТА НА ТОРАКАЛНАТА И АБДОМИНАЛНАТА ОБЛАСТ

1. Минимален болничен престой – 7 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други процедури за възстановяване на трахея

43900-00 Затваряне на трахеоезофагеална фистула
Разделяне на трахеоезофагеална фистула (без атрезия)
Не включва: за езофагеална атрезия(43852-00 [539])
с възстановяване на езофагеална атрезия(43843-01, 43843-02 [866])

43852-00 Затваряне на трахеоезофагеална фистула чрез торакотомия
Разделяне на трахеоезофагеална фистула без анастомоза
Забележка: Изпълнена за езофагеална атрезия
Не включва: с възстановяване на езофагеална атрезия (43843-01, 43843-02 [866])

41879-03 Затваряне на друга фистула на трахея

Други процедури за възстановяване на трахея

41879-04 Възстановяване на трахея, цервикален достъп
Цервикална трахеопластика
Кодирай също когато е направена:
• трахеостомия (41880-00, 41881 [536])

38453-08 Възстановяване на трахея с интраторакален достъп
Ендоторакална трахеопластика
Включва: ексцизия на трахея
Кодирай също когато е направен:
• кардиопулмонален байпас (38600-00, 38603-00 [642])
Не включва: такава при ендотрахеални:
• лезии (виж блок [537])
• стриктури (виж блок [538])

Други процедури на бронх

38456-04 Други процедури на бронх, интраторакален достъп

Частична резекция на бял дроб

38440-00 Клиновидна резекция на бял дроб
Ексцизия на белодробна лезия БДУ
Пликация на емфизематозни мехури

Частична резекция на бял дроб

38438-00 Сегментна резекция на бял дроб
Частична лобектомия } на бял дроб
Сегментектомия }

Лобектомия на бял дроб

38438-01 Лобектомия на бял дроб
Пневмонектомия:

• довършване, след предишно отстраняване на части от белия дроб
• частична

Пневмонектомия

38438-02 Пневмонектомия
Тотална пневмонектомия

Пневмонектомия

38441-01 Радикална пневмонектомия
Тотална радикална пневмонектомия
Включва: дисекция на:
• медиастинални лимфни възли
• торакални структури
резекция на:
• гръдна стена
• диафрагма
• перикард

Други процедури на бронх

38456-04 Други процедури на бронх, интраторакален достъп

Деструктивни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38656-01 Реоперация на торакотомно или стернотомно място
∇ 0039 Контрол на постоперативна интраторакална хеморагия
Постоперативни реоперации на:
• стернотомно } място
• торакотомно }

Процедури за изследване на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38436-00 Торакоскопия
Включва: биопсия

Инцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

30320-00 Изследване на медиастинум чрез медиастинотомия
Включва: биопсия
Не включва: такава с тимектомия (38446-04 [128])

Ексцизионни процедури на гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38446-02 Премахване лезия на медиастинум чрез торакотомия

Други ексцизионни процедури на бял дроб или плевра

38421-01 Белодробна декортикация

Ексцизия на съдова аномалия

Включва: ангиом
хемангиом
лимфангиом
Не включва: ексцизия на артериовенозна малформация (45039-00, 45042-00, 45045-00 [1693])

45030-00 Ексцизия на съдова аномалия на кожа и подкожна тъкан или мукозна повърхност, малка
Не включва: такава, включваща меки тъкани (45033-02, 45033-05, 45033-06, 45036-00 [748])

45033-00 Ексцизия на съдова аномалия на кожа и подкожна тъкан или мукозна повърхност, голяма
Не включва: такава, включваща меки тъкани (45033-02, 45033-05, 45036-00 [748])

45033-01 Ексцизия на съдова аномалия на паротидна жлеза

45033-02 Ексцизия на съдова аномалия на основата на устата

45033-03 Ексцизия на съдова аномалия на езика

45033-04 Ексцизия на съдова аномалия на лицеви мускули или нерв

45036-00 Ексцизия на съдова аномалия на шия

Не включва: на кожа на врата (45030-00, 45033-00 [748])

45033-05 Ексцизия на съдова аномалия на гърда

Не включва: на кожа на гърда (45030-00, 45033-00 [748])

45033-06 Ексцизия на съдова аномалия на друго място

Включва: обхващащи:
- кости
- мускули
- нерви

Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места

Не включва: хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])

37607-00 Радикална ексцизия на ретроперитонеални лимфни възли

Радикална дисекция на ретроперитонеални лимфни възли

Не включва: при:
- ексцизия на ретроперитонеална невро-ендокринна лезия (30323-00 [989])
- хистеректомия (35661-00 [1268])
- радикална нефректомия (виж блок [1053])

37610-00 Радикална ексцизия на ретроперитонеални лимфни възли, последваща

Радикална дисекция на ретроперитонеални лимфни възли

След предишна ретроперитонеална:
- химиотерапия
- дисекция
- облъчване

Не включва: при:
- ексцизия на ретроперитонеална невро-ендокринна лезия (30323-00 [989])
- хистеректомия (35661-00 [1268])
- радикална нефректомия (виж блок [1053])

Ексцизионни процедури на лимфен възел на други места

Не включва: хистеректомия с ексцизия на тазови лимфни възли (35664-00 [1268], 35664-01 [1269])

90282-02 Радикална ексцизия на лимфен възел на друго място

Цялостно изчистване на всички възли на друго място

Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускул и фасция

Не включва: при стадиране на малигнизиране:
- гинекологично (35723 [810])
- лимфом (30384-00 [985]
- БДУ (35726-01 [985])

това на тазови лимфни възли при:
- гинекологична неоплазма (35551 [810])
- хистеректомия (35664-00, 35670-00 [1268], 35664-01 [1269])
- радикална простатектомия и реконструкция на мехурна шиика (37211-00 [1167])

Ексцизионни процедури на лимфни възли в слабините

Ексцизия на ингвинални лимфни възли

30330-00 Радикална ексцизия на лимфни възли в слабините

Цялостно изчистване на всички слабинни възли

Резекция на ингвинални лимфни възли в дълбочина до мускули и фасция

Други възстановителни процедури на хранопровод

30293-00 Езофагостомия
Екстериоризация на езофагеален джоб
Външна фистулизация на хранопровод

Резекция на хранопровод, при деца

Не включва: тази със заместване на хранопровод (43903-00 [866])

43906-00 Частична резекция на хранопровод с анастомоза, при деца

Резекция на хранопровод, при деца

Не включва: тази със заместване на хранопровод (43903-00 [866])

43906-01 Тотална резекция на хранопровод с анастомоза, при деца

Резекция на хранопровод, при деца

Не включва: тази със заместване на хранопровод (43903-00 [866])

43906-00 Частична резекция на хранопровод с анастомоза, при деца

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне
Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
• торакална (30545, 30550 [858])
• трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-00 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
• цервикална (30541 [859])
• трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне
Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
• торакална (30545, 30550 [858])
• трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-01 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
• цервикална (30541 [859])
• трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

Реконструктивни процедури на хранопровод

Кодирай също когато е направена:
• микрохирургична анастомоза на кръвоносни съдове (виж панел [1695])
• възстановяване на нерв (39300-00, 39306-00, 39315-00, 39318-00 [83])

Не включва: резекция и изграждане на хранопровод с използване на черво, педиатрични (43903-00 [866])

30554-00 Езофагостомия с реконструкция чрез свободно йеюнално ламбо

30554-01 Езофагостомия с реконструкция чрез друго свободно ламбо
Езофагектомия с реконструкция със свободно ламбо от :
• дебело черво
• радиална предмишница [RFFF]

90954-00 Друга реконструкция на хранопровод
Кодирай също когато е направено:
• ламбо (виж блокове [1671] до [1674])

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
• цервикална (30541 [859])
• трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30545-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y

30550-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30550-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
• торакална (30545, 30550 [858])
• трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-00 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза

30541-01 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
• цервикална (30541 [859])
• трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30545-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y

30550-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30550-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
• торакална (30545, 30550 [858])
• трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-00 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с

езофагогастрална анастомоза

30541-01 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- торакална(30545, 30550 [858])

30535-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза

30536-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза

30536-01 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30545-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y

30550-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30550-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- торакална (30545, 30550 [858])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-00 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза

30541-01 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- торакална(30545, 30550 [858])

30535-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза

30536-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза

30536-01 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30545-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y

30550-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30550-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- торакална (30545, 30550 [858])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-00 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза

30541-01 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- торакална(30545, 30550 [858])

30535-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза

30536-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза

30536-01 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30545-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y

30550-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30550-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- торакална (30545, 30550 [858])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-00 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза

30541-01 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- торакална(30545, 30550 [858])

30535-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза

30536-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза

30536-01 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30545-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y

30550-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30550-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- торакална (30545, 30550 [858])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-00 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза

30541-01 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- торакална(30545, 30550 [858])

30535-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза

30536-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза

30536-01 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30545-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с

използване на реконструкция по Roux-en-Y

30550-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30550-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- торакална (30545, 30550 [858])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-00 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза

30541-01 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- торакална(30545, 30550 [858])

30535-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза

30536-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза

30536-01 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия

Езофагектомия чрез абдоминална и гръдна мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30545-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30545-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с гръдна анастомоза с използване на реконструкция по Roux-en-Y

30550-00 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза, дебелочревна интерпозиция и анастомоза

30550-01 Езофагектомия чрез коремна и гръдна мобилизация с цервикална анастомоза с използване реконструкция по Roux-en-Y

Езофагектомия чрез абдоминална и цервикална мобилизация

Включва: предно или задно медиастинално поставяне

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- торакална (30545, 30550 [858])
- трансторакална (30535-00, 30536 [860])

30541-00 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагогастрална анастомоза

30541-01 Транс-хиатална езофагектомия чрез коремна и цервикална мобилизация, с езофагойеюнална анастомоза

Езофагектомия чрез абдоминална и трансторакална мобилизация

Не включва: чрез мобилизация, абдоминална и:
- цервикална (30541 [859])

• торакална(30545, 30550 [858])

30535-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с гръдна езофагогастрална анастомоза

30536-00 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация, с цервикална езофагогастрална анастомоза

30536-01 Езофагектомия чрез коремна и трансторакална мобилизация с цервикална езофагостомия

Езофаго-гастрална миотомия

Не включва: това при
• затваряне на диафрагмален хиатус (30532-05 [863], 30532-01 [864], 30532-03 [865])
• фундопластика (30533-04 [863], 30533-00 [864], 30533-02 [865])
• фундопластика и затваряне на диафрагмален хиатус (30533-05 [863], 30533-01 [864], 30533-03 [865])

30532-00 Езофаго-гастрална миотомия, лапароскопски достъп

30532-02 Езофаго-гастрална миотомия, коремен достъп

30532-04 Езофаго-гастрална миотомия, гръден достъп

Гастростомия или гастроентеростомия

Не включва: стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])

30375-07 Гастростомия

Гастростомия или гастроентеростомия

Не включва: стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])

30515-00 Гастроентеростомия

Включва: гастродуоденостомия

Не включва: такава с:
• панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])
• селективна [стволова] ваготомия (30496-02 [884])

Други възстановителни процедури на стомах

90342-02 Шев на лацерация на стомах
Гастрорафия
Надшиване на Mallory-Weiss лацерации

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза
Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Стоми на тънки черва

30515-02 Ентеро-ентеростомия
Roux-en-Y реконструкция

Не включва: дуоденодуоденостомия (43807-00 [897])
дуоденойеюностомия (43807-00 [897])
такава с частична гастректомия (30503-02 [876], 30497-02 [877], 30503-05 [878])

43807-00 Дуодено-дуоденостомия
Дуоденойеюностомия при неонатална атрезия или стеноза

Възстановяване на тънки черва

Включва: скосяване на тънки черва

43810-00 Възстановяване на тънки черва с единична анастомоза

43810-01 Възстановяване на тънки черва с множество анастомози

Тотална проктоколектомия

32051-00 Тотална проктоколектомия с илео-анална анастомоза
Проктоколектомия с възстановяване на пасажа
Включва: формиране на илеален резервоар

Стоми на тънки черва

30515-01 Ентероколостомия
Илео-коло анастомоза

Колектомия

32003-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза
Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с анастомоза
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }
Включва: резекция на флексура лиеналис

Колектомия

32003-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза
Цецектомия }
Локална ексцизия на колон } с анастомоза
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }
Включва: резекция на флексура лиеналис

32051-00 Тотална проктоколектомия с илео-анална анастомоза
Проктоколектомия с възстановяване на пасажа
Включва: формиране на илеален резервоар

32051-01 Тотална проктоколектомия с илео-анална анастомоза и формиране на временна илеостома
Възстановяваща проктоколектомия с формиране на временна илеостома
Включва: формиране на илеален резервоар

Други стоми на дебело черво

30375-28 Временна колостомия
Бримкова колостомия
Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Стоми на тънки черва

30375-29 Временна илеостомия
Бримкова (loop) илеостомия
Не включва: такава с:
- колектомия, тотална (32009-00 [913])
- проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])

Други възстановителни процедури на тънки черва

30375-24 Шев на тънки черва

Други възстановителни процедури на тънки черва

90340-00 Затваряне фистула на тънки черва

Включва: фистула на дуоденум

Не включва: ентерокутанна фистула на тънко черво (30382 [901])

Други възстановителни процедури на тънки черва

30375-24 Шев на тънки черва

Друго възстановяване на дебело черво

30375-25 Шев при разкъсване на дебело черво

Ректосигмоидектомия или проктектомия

43993-01 Окончателна чревна резекция и възстановяваща анастомоза
Duhamel ретроректална възстановяваща процедура
Soave ендоректална възстановяваща процедура

Включва: затваряне на съществуваща стома
формиране на стома (нефункционираща) (обръщане) (протективна) (временна)
множествени гефрир биопсии

Забележка: Изпълнена при болест на Hirschsprung [дебелочревна аганглиоза] [вроден мегаколон]. Има много описани оперативни техники – най-чести са Duhamel and Soave процедури. Процедурата на Duhamel (и модификации) е ретроректално възстановяване със страна-страна анстомоза. Анастомозата оформя ректален купол, съставен от аганглионна предна- и нормално ганглионизирана задна стена. Процедурата на Soave (и моди-фи-ка-ции) включва резекция на аганглионното черво, с изключение на най-дисталния ректум, където се отстранява само мукозата. Мукозата на ректума се изважда през ануса и ганглионизираното черво се притегля през оставения ръкав от ректална мускулатура до точката точно над ануса (назъбена линия) където се зашива на място. В някои случаи на тотална дебелочревна аганглиоза, чревната резекция може да достигне до илеума и до включи илео-анално възстановяваща процедура със страна-страна анастомоза.
Тази процедура може да бъде изпълнена на един етап. Тя може да бъде и процедура на втори етап, където процедура на първи етап е колостомия (понякога назовавана „колостомия на нивà“).

Не включва: възстановяваща проктоколектомия с илеален резервоар (32051 [936])

Ректосигмоидектомия или проктектомия

32039-00 Абдоминоперинеална проктектомия
Абдомино перинеална резекция на ректум

Включва: изграждане на стома

Не включва: тази с тотална колектомия (32015-00 [936])

Анопластика или аноректопластика

32123-00 Анопластика
Корекция на анална стеноза (стриктура)
Възстановяване на анус БДУ
Възстановяване на неперфорирал анус [Cutback процедура]

43963-00 Аноректопластика чрез перинеален достъп
Транспозиция на анус
Задно-сагитална аноректопластика [PSARP] чрез перинеален достъп

43966-00 Аноректопластика чрез лапаротомия
Задно-сагитална аноректопластика [PSARP] чрез лапаротомия

Ректосигмоидектомия или проктектомия

32112-00 Перинеална ректосигмоидектомия

Предна резекция на ректум

Включва: закрита стома
J-оформен джоб (резервоар)

Тотална мезоректална ексцизия (TME)

32024-00 Висока предна резекция на ректум

Забележка: Анастомозата се извършва на > 10 cm от аналния ръб

32025-00 Ниска предна резекция на ректум

Забележка: Анастомозата се извършва на > 6 cm до ⌜ 10 cm от аналния ръб

32026-00 Ултра ниска предна резекция на ректума

Проктосигмоидектомия с коло-анална анастомоза с ушивател

Забележка: Анастомозата се извършва на ⌝ 6 cm от аналния ръб

Не включва: ръчно зашита анастомоза (32028-00 [935])

32028-00 Ултра ниска предна резекция на ректума с ръчен шев на колоанална анастомоза

Коло-ендо-анална обшивна анастомоза

Проктосигмоидектомия с ръчно изпълнена коло-анална анастомоза

Забележка: Анастомозата се извършва на ⌝ 6 cm от аналния ръб

92208-00 Предна резекция на ректум, неуточнено ниво

Предна резекция на ректум

Включва: закрита стома
J-оформен джоб (резервоар)
Тотална мезоректална ексцизия (TME)

92208-00 Предна резекция на ректум, неуточнено ниво

Ректосигмоидектомия или проктектомия

32039-00 Абдоминоперинеална проктектомия

Абдомино перинеална резекция на ректум

Включва: изграждане на стома

Не включва: тази с тотална колектомия (32015-00 [936])

Ректосигмоидектомия или проктектомия

43993-01 Окончателна чревна резекция и възстановяваща анастомоза

Duhamel ретроректална възстановяваща процедура

Soave ендоректална възстановяваща процедура

Включва: затваряне на съществуваща стома
формиране на стома (нефункционираща) (обръщане) (протективна) (временна)
множествени гефрир биопсии

Забележка: Изпълнена при болест на Hirschsprung [дебелочревна аганглиоза] [вроден мегаколон]. Има много описани оперативни техники – най-чести са Duhamel and Soave процедури. Процедурата на Duhamel (и модификации) е ретроректално възстановяване със страна-страна анстомоза. Анастомозата оформя ректален купол, съставен от аганглионна предна- и нормално ганглионизирана задна стена. Процедурата на Soave (и моди-фи-ка-ции) включва резекция на аганглионното черво, с изключение на най-дисталния ректум, където се отстранява само мукозата. Мукозата на ректума се изважда през ануса и ганглионизираното черво се притегля през оставения ръкав от ректална мускулатура до точката точно над ануса (назъбена линия) където се зашива на място. В някои случаи на тотална дебелочревна аганглиоза, чревната резекция може да достигне до илеума и до включи илео-анално възстановяваща процедура със страна-страна анастомоза.
Тази процедура може да бъде изпълнена на един етап. Тя може да бъде и процедура на втори етап, където процедура на първи етап е колостомия (понякога назовавана „колостомия на нивà“).

Ректосигмоидектомия или проктектомия

32047-00 Перинеална проктектомия

Не включва: тази с абдоминална резекция (32039-00 [934])

Други възстановителни процедури на ректум или анус

90313-00 Друго възстановяване на ректум

Анопластика или аноректопластика

32123-00 Анопластика
Корекция на анална стеноза (стриктура)
Възстановяване на анус БДУ
Възстановяване на неперфорирал анус [Cutback процедура]

43963-00 Аноректопластика чрез перинеален достъп
Транспозиция на анус
Задно-сагитална аноректопластика [PSARP] чрез перинеален достъп

43966-00 Аноректопластика чрез лапаротомия
Задно-сагитална аноректопластика [PSARP] чрез лапаротомия

Възстановяване на клоакална екстрофия

43882-00 Първично възстановяване на клоакална екстрофия [коремен дефект]
Включва: формиране на стома
Кодирай също когато е направена:
• възстановяване на неперфорирал анус (32123-00 [938])
Не включва: първично възстановяване на мехурна екстрофия (37050-00 [1106])

43882-01 Вторично възстановяване на клоакална екстрофия
Не включва: вторично възстановяване на мехурна екстрофия (37842 [1106])

43969-00 Тотално възстановяване на персистираща клоака чрез перинеален достъп
Не включва: с чревна вагинопластика (43969-01 [939])

43969-01 Тотално възстановяване на персистираща клоака чрез лапаротомия
Включва: чревна вагинопластика

Ексцизионни процедури на черен дроб

30415-00 Сегментна резекция на черен дроб

Ексцизионни процедури на черен дроб

30414-00 Ексцизия на чернодробна лезия
Резекция на вродени ченодробни кисти
Субсегментна чернодробна резекция
Не включва: хидатидни кисти (30434-00, 30436-00, 30438-00 [955])

Ексцизионни процедури на черен дроб

30418-00 Лобектомия на черен дроб
Не включва: разширена лобектомия на черен дроб (30421-00 [953])

Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30460-03 Холедоходуоденостомия

30460-04 Холедохойеюностомия

30460-05 Холедохоентеростомия
Не включва: тази с панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])

Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30460-07 Хепатикоентеростомия

43978-00 Портоентеростомия
Kasai процедура
Забележка: Изпълнена при билиарна атрезия

Стома на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30460-06 Холедохопанкреатостомия

Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища

30472-01 Възстановяване на общ жлъчен канал

Забележка: Изпълнено при фистула

Не включва: такова чрез дилатация:
• ендоскопска (30452-00 [971])
• перкутанна (30495-00 [971])
такова за стриктура:
• ендоскопско (30452-00 [971])
• перкутанно (30495-00 [971])

Друго възстановяване на сфинктер на Оди, жлъчен мехур или жлъчни пътища

90321-00 Друго възстановяване на билиарен тракт

Панкреатектомия

30583-00 Дистална панкреатектомия

30593-01 Панкреатектомия със спленектомия

30584-00 Панкреатикодуоденектомия с формиране на стома

Включва: холедохоентеростомия
гастройеюностомия
панкреатикойеюностомия
съхранение на пилора

Анастомоза на панкреас

Забележка: Изпълнена при:
• панкреатична киста
• панкреатит

Не включва: холецистопанкреатостомия (30460-02 [969])
холедохопанкреатостомия (30460-06 [969])

30586-00 Анастомоза на панкреас към дуоденум

30586-01 Анастомоза на панкреас към стомах

30587-00 Анастомоза на панкреас чрез Roux-en-Y примка към йеюнум

Не включва: такава с панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])

30589-00 Панкреатикойеюностомия

Не включва: такава с:
• анастомоза до Roux-en-Y бримка на йеюнум (30587-00 [980])
• панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])

Възстановяване на диафрагмална херния

Възстановяване на :
• хиатус херния
• езофагеален хиатус

Не включва: възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886])

30601-00 Лечение на диафрагмална херния, коремен достъп

30600-00 Възстановяване на травматична диафрагмална херния

43837-02 Възстановяване на диафрагмална херния с използване на телесно ламбо или поставяне на протезен патч

Включва: абдоминален } достъп
торакален }
торако-абдоминален }

Забележка: Изпълнено за възстановяване на вродена диафрагмална херния

Възстановяване на диафрагмална херния

Възстановяване на :
• хиатус херния
• езофагеален хиатус

Не включва: възстановяване на диафрагмална херния с фундопластика (30527-01, 30527-03, 30527-05 [886])

30601-01 Възстановяване на диафрагмална херния, торакален подход
Торако-абдоминално възстановяване на диафрагмална херния

30600-00 Възстановяване на травматична диафрагмална херния

43837-02 Възстановяване на диафрагмална херния с използване на телесно ламбо или поставяне на протезен патч

Включва: абдоминален } торакален } торако-абдоминален } достъп

Забележка: Изпълнено за възстановяване на вродена диафрагмална херния

Процедури при гастросхиза

Кодирай също когато е направено:
• възстановяване на тънко или дебело черво (43810 [900])

43867-00 Създаване на протезна торбичка при гастросхиза
Създаване на:
• силиконов джоб за гастросхиза
• silo за гастросхиза

43867-01 Втори етап на процедура за гастросхиза с отстраняване на протеза и затваряне

43864-00 Първично възстановяване на гастросхиза, включващо кожа

43864-01 Първично възстановяване на гастросхиза, включващо кожа,мускули и фасции

Не включва: тази със създаване на протезен джоб (43867-00 [1003])

Други ексцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум

Не включва: хистеректомия с ретроперитонеална дисекция (35667-00 [1268])

90327-00 Ексцизия на вродена интраабдоминална лезия

Включва: ретроперитонеален тумор
тератом

Не включва: ексцизия на бронхогенна киста, чрез торакотомия (43912-00 [545])
ретроперитонеална невро-ендокринна лезия (30321-00, 30323-00 [989])

Други процедури на корем, перитонеум или оментум

90331-00 Други процедури на корем , перитонеум или оментум

Реконструктивни процедури на влагалище

35565-00 Вагинална реконструкция

Забележка: Изпълнена за:
• вродена липса
• атрезия
• урогенитален синус

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е извършена една основна оперативна процедура (с изключение на 38436-00 и 30320-00) и минимум три диагностични процедури от различни блокове, посочени в Приложение № 21, насочени към основната диагноза.

Една от трите диагностични процедури задължително е образно изследване.

Процедура с код – цервикална езофагостомия (30293-00) се отчита само в комбинация с код (30375-07 или 43906-00).

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Детска хирургия".

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочения медицински стандарт.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория
5. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
6. Лаборатория (отделение) по клинична патология

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Имунологична лаборатория
2. Медико-диагностична лаборатория с възможност за изследване на туморни маркери
3. КАТ и/или МРТ с осигурен 24-часов достъп, включително в условия на спешност
4. Микробиологична лаборатория

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение:

- петима лекари със специалност по детска хирургия в съответната/то специализирана/но клиника/отделение по детска хирургия и допълнителна квалификация съгласно стандарта;
- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по неонатология и/или детски болести;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по микробилогия;
- лекар със специалност по клинична патология.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

1.1. Диагностика и оперативно лечение на деца до 3 години със животозастрашаващи състояния като усложнение на вродени аномалии:

- кръвоизлив;
- перфорация на кух коремен орган;
- руптура на паренхимен орган, травми на хранопровод, стомах и дуоденум;
- медиастинит;
- неонатален перитонит;
- илеусни състояния;
- вродено прекъсване (атрезия) по хода на целия на гастроинтестинален тракт;
- липса или нарушено развитие на паренхимен вътрегръден и/или вътрекоремен орган - аплазия, агенезия, хипоплазия;
- вродена липса на диафрагма или диафрагмална херния;
- дефекти в развитието на предна коремна стена;
- синдроми на притискане на жизненоважни органи от обемни процеси – тумори, кисти и т.н.;

1.2. Оперативно лечение в неспешен порядък на деца до до 3 години:

- вродени аномалии на гастроинтестинален тракт (ГИТ);
- туморни образувания;
- други вродени заболявания, неизискващи спешна оперативна намеса.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на кръв за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

I. АНОМАЛИИ НА ПРЕДНАТА КОРЕМНА СТЕНА

Вродените дефекти на предната коремна стена са резултат от смущение в ембриогенезата и се наричат целозомии. За практиката от най-голямо значение са двете форми на средната целозомия.

Омфалоцеле (exomphalos)

Това е пълната форма на средната целозомия, която се среща 1 на 5 000 раждания, по-често у момчета. Представлява дефект на предната стена в областта на пъпа, лежащ в основата на амниотичен сак, в който пролабират коремни органи.

Лечението е хирургично. Извършва се репониране на органите, намиращи се извън коремната кухина и едно- или многоетапни пластики на дефекта със собствени тъкани , а при нужда и с изкуствени материали.

Персистиращ жълтъчен проток (ductusomphaloentericuspersistens)

Аномалията се среща 1 на 15 000 раждания. Протокът не облитерира, а сформира патологична комуникация между илеума и предната коремна стена в очертанията на пъпа.

Лечението е хирургично. Лапаротомия, резекция и термино-терминална тънкочревна анастомоза.

II. ВРОДЕНИ АНОМАЛИИ НА БЕЛИТЕ ДРОБОВЕ

Вродените аномалии на белите дробове включват широк спектър малформации, които възникват поради нарушена диференциация на ембрионалния белодробен зачатък. Разнообразните пороци на развитието се разделят на три основни групи: *бронхопулмонални, васкуларни и комбинирани*.

Бронхо-пулмоналните включват аномалии на трахеята и големите бронхи (трахеомалация, стеноза на трахеята, трахеален бронх, стеноза на бронха, бронхогенни кисти) и аномалии на белите дробове (агенезия и хипоплазия, вродена поликистоза, вроден лобарен емфизем). *Васкуларните* включват различни съдови малформации предимно на пулмоналната артерия или артерио-венозни шънтове. *Комбинираните аномалии* съчетават патологична васкуларизация и паренхимни пороци (белодробна секвестрация и вено-лобарния синдром).

Аномалии на трахеята и големите бронхи

Трахеомалация, трахеобронхомалация. Представлява дефект в структурата на хрущяла и на трахеалната мембрана, която хлътва при експириум и обтурира лумена – т.н. експираторна стеноза. При леките форми с нарастването и съзряването на структурите на трахеалната стена настъпва оздравяване към 12 –ия месец.

При тежките форми още след раждането детето е с прогресираща дихателна недостатъчност. Физикално се установява експираторен задух, цианоза и суха лаеща кашлица. Новороденото трябва да се интубира и вентилира механично. Правят се различни пластични операции на трахеята. Много разпространен метод е аортопексията.

Трахеален бронх, стеноза и атрезия на бронха са изключително редки и често се откриват случайно.

Бронхогенни кисти. Бронхогенните кисти се дължат на аномална сепарация на първичното черво и трахео-бронхиалното дърво. Приблизително две трети се локализират в медиастинума (паратрахеално и перибронхиално), а една трета са интрапаренхимно. Кистите в медиастинума са сферични и унилокуларни. Когато не са инфектирани, съдържат слуз и са тапицирани с кубичен и цилиндричен епител. Интрапаренхимните кисти са солитарни или множествени. Локализират се предимно в долния десен лоб.

По своето клинично протичане се делят на неусложнени и усложнени. Неусложнените бронхогенни кисти протичат безсимптомно и често се откриват случайно на рентгеновото изследване като кръгли сенки. Усложнение на кистата настъпва при бактериална инфекция. Кистата нараства и предизвиква симптоми на компресия от страна на дихателните пътища и хранопровода. Усложненията биват белодробни (пневмония) и плевро-белодробни (емпием, пневмоторакс, пиопневмоторакс).

Аномалии на белите дробове

Агенезия. Представлява пълна липса на бронхо-пулмонален

комплекс едностранно. Отначало протича безсимптомно. На рентгенография се установява хомогенно засенчване в съответната гръдна половина. Прогнозата зависи от състоянието на единствения бял дроб.

Аплазия. Рудиментарно развитие на бронхо-пулмоналния комплекс

обхващащо един или няколко сегмента. Вследствие функционалното натоварване претърпява кистоподобна трансформация.

Хипоплазия. Дължи се на липса на диференциация на трахео-бронхиалното дърво в долните лобове. Клинично се проявява с упорити рецидивиращи бронхопневмонии. Може да е представена като участък с вродени цилиндрични бронхиектазии.

Вродена кистична аденоматозна малформация. Характеризира се с множество кисти в белодробния паренхим с абнормна пролиферация на бронхиални структури. Разграничават се три хистологични типа в зависимост от размера на кистите. Диагностицира се още пренатално При новородените и кърмачетата малформацията се представя с респираторен дистрес с тахипнея, тираж и цианоза. Вродената поликистоза най-често засяга един лоб. На рентгенография се визуализират тънкостенни кисти с различна големина и хидроаерични нива. Оперативното лечение е торакотомия с резекция на съответните сегменти или лоб.

Вроден лобарен емфизем. Дължи се на аномалия на хрущялните пръстени на лобарния бронх, намалена еластичност на стената му, аномалия на мукозата. Засяга се предимно горния ляв лоб. Патоморфологически се представя с дилатация на алвеолите и деструкция на алвеоларната стена. Развива се вентилен механизъм, в резултатът на което се влошава газовата обмяна и намалява виталния капацитет.

Демонстрира се в новорожденска възраст с прогресираща дихателна недостатъчност. Рядко се проявява в по-късна възраст.

Рентгеновият образ е характерен – силно повишена прозрачност на съответния лоб с частично хърниране на медиастинума и ателектаза на долния лоб. Лечението е хирургично – лобектомия.

Лечението на тази група аномалии е изцяло хирургично. След стабилизиране на пациента се извършва торакотомия и белодробна резекция във вид и обем в зависимост от разпространеността и вида на малформацията.

III. ТРАХЕО-ЕЗОФАГЕАЛНА ФИСТУЛА

Среща се рядко и се локализира в шийната част на хранопровода, по-рядко в торакалната. Възможни са три основни варианта: фистула с тесен и диагонален ход (И-фистула), фистула с тесен и хоризонтален ход (Н-фистула) и фистула с широка комуникация между хранопровода и трахеята (трахео-езофагеална фисура).

Изисква оперативно лечение. Шийните фистули се оперират с шиен достъп, лигатура на фистулата и пластика на хранопровода. Останалите изискват торакотомия и лигатура на фистулата.

IV. АТРЕЗИЯ НА ХРАНОПРОВОДА

Атрезията на хранопровода се среща в съотношение 1 : 3500 – 4200 раждания, като засяга почти еднакво и двата пола.

Етиопатогенеза. Аномалията възниква между 3 и 6-та гестационна седмица, когато започва отделянето на хранопровода от трахео-бронхиалното дърво.

Класификация. Различават се четири основни типа. Най-често се среща I тип (92 %), при който има сляпо завършващ проксимален сегмент и хипопластичен дистален сегмент, свързан с трахеята – т.н. дистална трахео-езофагеална фистула. След него е тип IV (6 %), или безфистулна форма, при който често двата сегмента отстоят на голямо разстояние (long gap). Другите два типа са казуистика.

В зависимост от типа на аномалията лечението е едно- или многоетапно. Първата оперативна намеса се извършва в първите дни след раждането. В зависимост от растоянието между сегментите се извършва директна анастомоза между двата сегмента. При невъзжможност за такава се правят временни гастростома и езофагостома.

Възможно е прилагането на многоетапни оперативни интервенции за удължаване на сегментите, както и езофаго- езофаго анастомоза с репозиция на кардията в гръдния кош или интраторакална гастроезофагоанастомоза.

Радикалното оперативно лечение се осъществява след 10 м възраст. Извършва се гастроезофагопластика или колоезофагогастропластика.

V. ВРОДЕНА ИЛИ ПРИДОБИТА СТРИКТУРА НА ХРАНОПРОВОДА

Вродена стеноза на хранопровода. Среща се рядко и се локализира в горната или долна трета на хранопровода. Свързва се с нарушение в ембрионалното развитие при сепарирането на хранопровода от бронхо-пулмоналната система.Клинична картина. В кърмаческа възраст симптоматиката е оскъдна поради течния характер на храната. Първите признаци се появяват след 1 – 2 годишна възраст - дисфагични оплаквания, изоставане във физическото развитие, чести бронхопневмонии поради аспирация.Диагноза. Рентгено-контрастното изследване дава данни за локализацията и големината на стенозата. Характерна е нормалната гастро-езофагеална преходна зона с остър ъгъл на Хис. За да се изключи стриктура на базата на рефлукс-езофагит трябва да се проведе 24-часово pH изследване на хранопровода - при вродените стенози рефлуксният индекс е нормален. Ехокардиографията можа да установи наличието на аномален съдов пръстен, притискащ хранопровода отвън.Лечение. Директно бужиране през устата или балонна дилатация. При хипотрофични деца се извършва гастростома за осъществяване на пълноценно хранене и ретроградно бужиране по конец. При неуспех от дилатациите се прибягва до оперативно лечение – резекция на стенотичния участък и термино-терминална анастомоза.

VI. ВРОДЕНИ ДИАФРАГМАЛНИ ХЕРНИИ

Вродените заболявания на диафрагмата възникват по време на ембрионалното развитие, когато тя се оформя като преграда между гръдната и коремна кухина. Разделят се на лъжливи (без херниален сак) и истински диафрагмални хернии (хернираните органи са обвити с перитонеум). Релаксацията на диафрагмата е вариант на тази патология.

По своята локализация се делят на предни (пара- и ретростернални), средни (хиатални) и задни (херния на Бохдалек). Казуистика представляват централните диафрагмални хернии (дефект на centrum tendineum) и аплазията на диафрагмата.

Парастернални хернии (херния на Morgagni)

Диагностицират се случайно. За херниални отвори служат дясно разположената цепка на Larrey и левия стерно-костален отвор на Morgagni. Те могат да бъдат едностранни или двустранни. Хернира се предимно дебело черво. Оплакванията са нетипични. Диагнозата се поставя при рентгеновото изследване. Лечението е хирургично – репониране на коремните органи и пластика на херниалния отвор..

Ретростерналните хернии често са съчетани с ectopia cordis abdominalis.

Лечението е оперативно. Извършва се до 72 часа от раждането. Ларатомия, репониране на хернираните органи, пластика на диафрагмата със собствени тъкани или синтетични материи. Коригиране на съпътстващите аномалии.

VII. ВРОДЕНИ ХИАТАЛНИ ХЕРНИИ

Хиатална херния означава преходно или трайно навлизане в гръдната клетка на кардията и стомаха през патологично променения хиатален отвор. Тя има херниален сак, съставен от париеталния перитонеум и париеталната плевра. Хиаталната херния е свързана тясно със симптомокомплекса на рефлуксната болест.

Лечението е оперативно. Лараротомия, релозиция на хранопровода, пластика на хиатуса, антирефлуксна пластика.

VIII. ХИПЕРТРОФИЧНА ПИЛОРНА СТЕНОЗА

Вродената хипертрофична пилорна стеноза е най-разпространената аномалия на храносмилателния тракт. Среща се при едно на 500 живородени деца и засяга предимно момчетата в съотношение 4:1. Представлява хипертрофия на пилорната мускулатура, стесняване и удължаване на пилорния канал, което води до нарушена евакуация на стомашното съдържимо.

Лечението е оперативно. Лапаротомия и пилоромиотомия.

IX. АТРЕЗИЯ И СТЕНОЗА НА ДУОДЕНУМА

Вродената непроходимост на дванадесетопръстника представлява аномалия в развитието на дуоденалната дъга, коеето се формира към 5 – 8 седмица от ембрионалното развитие. Доказана е генетична предиспозиция - често има съчетание със синдрома на Down. Срещат се 1 : 6500 раждания, еднакво при двата пола.

Атрезия на дуоденума. Различават се три основни типа:

- Мембранозен тип – луменът е прекъснат от диафрагма, която се състои от мукоза и субмукоза. Мускулния слой е интактен.

- Кордонен тип – двата сляпо завършващи края на дуоденума са съединени от фиброзна връв по ръба на интактния мезентериум.

- Пълен тип – има пълно прекъсване на чревния лумен и V-образен дефект на подлежащия мезентериум. Този тип често се съчетава с аномалии на билиарния тракт.

Стеноза на дуоденума. Тя може да бъде причинена от вътрешна или външна обструкция:

- Вътрешна обструкция – пръстеновидно стеснение или мукозна мембрана с отвор в центъра.

- Външна обструкция – най-често срещаните форми на дуоденална стеноза са: пръстеновиден панкреас *(Pancreasanulare)*, хиперфиксационни бридове и синдром на Ladd (аномалии в чревната ротация), по-рядко съдови аномалии (предуоденална venaportae, синдром на Wilkie).Най-чести са инфрапапиларните стенози.

Лечението е оперативно след поставяне на диагнозата. Лапаротомия, дуодено-дуодено анастомоза или други обходни анастомози.

X. АТРЕЗИЯ НА ТЪНКО ЧЕРВО

Среща се приблизително 1:6000 раждания. Възниква по време на късното развитие на плода и вероятно се дължи на интраутеринна тромбоза на мезентериалните съдове, с последваща некроза и резорбция на съответния тънкочревен участък, при което се образуват различни по вид дефекти.

Лечението е оперативно. Лапаротомия, резекция на атретичните участъци, тейпъринг на проксималния сегмент с тънкочревна анастомоза. При усложнени форми с перфорация и перитонит, може да се наложи многоетапно лечение с междинно извеждане на илеостома.

XI. МЕКОНИАЛЕН ИЛЕУС

Мекониалният илеус е една от проявите на синдрома на кистичната фиброза, който е генетично обусловена екзокринопатия. При него освен панкреатична недостатъчност има засягане и на останалите слузни жлези. Кистичната фиброза се представя основно с белодробна форма (муковисцидоза) или с чревна форма (мекониален илеус).

Лечението е многоетапно оперативно. На първи етап се извежда противоестествен илячен двустволов анус. Възстановяването на пасажа се извършва в зависимост от състоянието на детето от 3- 6 месеца след първата оперативна намеса.

XII. MORBUS HIRSCHSPRUNG (MEGACOLON CONGENITUM)

През 1886 година датският педиатър Harold Hirschsprung описва симптомите на болест, която назовава "вродена дилатация на колона". През 1948 година е доказана липсата на ганглиеви клетки в plexus myentericus. През същата година Swenson извършва първата етиопатогенетично обоснована операция с резекция едновременно на дилатирания и спастичния сегмент.Приема се, че различни патогенни фактори нарушават миграцията на невробластите от първичната нервна тръба към дебелото черво (т.н. кранио-каудална миграция), поради което в дисталните сегменти на колона не се установяват невроганглии – т.н. аганглиоза. Това обуславя траен спазъм на този участък с последваща дилатация на надлежащия сегмент, което клинично се демонстрира с картината на дебелочревен илеус.Болестта е генетично предопределена. Среща се на 1 : 5 - 6000 живородени, по-често при момчетата – средно 3,5 : 1. Често се асоциира с други аномалии - Down синдром, атрезия на тънко черво.**Класификация.** В зависимост от локализацията на аганглионерния сегмент се различават следните форми:

а) ниска форма - разположена в ректума;

б) ректосигмоидна форма - 85% от всички форми;

в) дълга форма - от ануса до flexuracolilienalis;

г) субтотална форма - от ануса до flexuracolihepatica;

д) тотална - целият колон

Клинична картина. Водещ симптом е забавеното спонтанно отделяне на мекониум в първите дни след раждане. По тежест на клиничната изява различаваме три форми на заболяването: 1. Остра. 2. Подостра. 3. Хронична.

Лечението е многоетапно оперативно. При установяване на суспектни рентгенови данни за заболяването се извършват ректална биопсия и/или лапаротомия с множествени биопсии и извеждане на противоестествен дебелочревен двуствол анус.

Радикалното оперативно лечение- ректосигмоидектомия, се извършва след установяване на заболяването и неговата диагностика след 3 мес. Възраст в зависимост от използваната оперативна методика.

XIII. АНОРЕКТАЛНИ МАЛФОРМАЦИИ (ATRESIA/AGENESIA ANORECTALIS)

Срещат се средно 1 на 6000 новородени, по-често при момчета. Дължи се на нарушено оформяне и разделяне на sinus urogenitalis и sinus anorectalis от първичната клоака. Има голяма честота на различни съчетани аномалии, особено при високите форми. Общоприетата класификация от Уингспред (1984) разграничава високи, интермедиерни и ниски форми. Височината се определя по нивото на атретичния участък на ректума спрямо пубо-ректалната бримка. В 80 % атретичното черво завършва с фистула, чиято локализация и ширина определя тежестта на илеусните прояви. Най-често срещаната аномалия при момчетата е ректоуретралната фистула, следвано от перинеалната (кожна) фистула, докато високата ректовезикална е в 10 %. При момичетата ректовестибуларната фистула е най-честа, следвана от перинеалната и клоака в 10 %.

Изискват сложно и комплексно многоетапно оперативно лечение.

При момиченцета в засисимост от типа се извършват многократни дилатации на фистулата или лапаротомия и извеждане на дебелочревен двуствол противоестествен анус. Радикалното оперативно лечение се прави между 5-7 месечна възраст. На трети етап се ликвидира противоестествения анус и се възстановява пасажа.

При момченцата се извършва лапаротомия и извеждане на дебелочревен двуствол противоестествен анус. Радикалното оперативно лечение се прави между 5-7 месечна възраст. На трети етап се ликвидира противоестествения анус и се възстановява пасажа.

XIV. ВРОДЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЕКСТРАХЕПАТАЛНАТА ЖЛЪЧНА СИСТЕМА

Среща се средно 1 : 12 000 раждания с лек превес на момичетата. Не са открити генетични фактори и рядко имат съпровождащи аномалии.

Класификация:

I тип: Атрезия на ductusholedochus (10 %);

II тип: Атрезия на ductihepatici (2 %);

I I I тип: Атрезия adportam hepatis (88 %).

Кисти на холедоха

Идиопатична кистична дилатация на ductuscholedochus. Вродената киста на холедоха (още мегахоледох) се среща рядко. Представлява етап от процеса на "инфантилната обструктивна холангиопатия". Патоанатомично се различават три вида - дилатиран ductuscholedochus; киста на дуктуса, разположена странично и комуникираща с него;Синдром на Caroli – кистозна дилатация на интрахепаталните жлъчни пътища.Заболяването засяга предимно момичета във възрастта между 3 и 12 години. Клинично се проявява с интермитиращ иктер от механичен тип, палпиращо се туморовидно образование в дясното подребрие, фебрилитет и коликообразни болки. **Диференциална диагноза** се прави с жлъчнокаменна болест, холецистит и холангит, тумори в portahepatis.**Лечението** е оперативно. Метод на избор е кистектомията с последваща хепатико-йеюностомия тип Y-Roux. Място в хирургическото лечение има и холедохо-дуоденоанастомозата.

XV. СОЛИДНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

Въведение. В целия свят ежегодно заболяват от злокачествени солидни тумори 15 на 100 000 деца, което заема съществен дял в структурата на детската смъртност.

Злокачествените заболявания при децата имат следните особености:

- Най-чести са ембрионалните тумори и тези с мезенхимна компонента (саркоми), докато типичните за възрастните тумори от епителен произход (карциноми) са казуистика.

- Най-често локализация на солидните злокачествени тумори е ретроперитонеалното пространство, медиастинума и централната нервна система.

- Детският организъм се намира в процес на непрекъснато развиване и растеж, поради което тези тумори нарастват и метастазират с много по-бързи темпове, отколкото при възрастния индивид.

- Тези биологични и хистоморфологични особености обаче са предпоставка за по-голямата чувствителност и податливост на детските неоплазми на химиотерапия и лъчелечение.

Невробластомът е най-честият ембрионален тумор, заемащ около 10 % от всички неоплазми при децата. Приблизително половината от случаите са до 2 годишна възраст. Произхожда от различни отдели на симпатиковата нервна система – от надбъбрек или паравертебралните ганглии в ретроперитонеума (70 %), в задния медиастинум (15 %), шия (3 %) и други. Метастазира най-често в костите.

Нефробластом (тумор на Wilms)

Той е вторият по честота ембрионален тумор (7 – 8 %). Най-висока е заболеваемостта до 3 годишна възраст понякога съчетан с вродени аномалии на урогениталната система.

Туморът обхваща бъбрека и инфилтрира съседни тъкани. Хистологически е съставен от бластемни клетки с различна диференциация. Различават се следните варианти:

- Неблагоприятен (със саркоматозни елементи) – 10 %; Благоприятен, в който влизат поддаващия се на химиотерапия. Нефробластом и доброкачествения мезобластния нефром.

Метастазира предимно в белия дроб. Основен диференциално-диагностичен метод е венозната урография. Тя показва изместване и деформация на бъбречните чашки. При големи размери настъпва бъбречна афункция. При венокавографията се търси дали има прорастване на туморната маса в магистралните съдове.

Лечението включва нефректомия, химиотерапия и лъчелечение. При тумори с големи размери се провежда предоперативна химиотерапия.

Прогнозата е добра. При 75 % от децата се постига дефинитивно оздравяване.

Рабдомиосарком

Заема 5 % от всички неоплазми у децата. Най-засегната е предучилищната възраст.

Произхожда от ембрионалния мезенхим и/или напречнонабразденатата мускулатура. Различават се три варианта:

- Ембрионален тип (65 %), в който се включва ботроидния тип, локализиран в пикочен мехур, вагина, простата, жлъчни пътища, назоепифарингс;
- Адултен тип (20 %), който е с алвеоларен характер и се локализира в крайниците, перинеума и дълбоката мускулатура;
- Други варианти (15 %) с мезенхимен и смесеноклетъчен характер.

Туморът метастазира рано в белите дробове, черния дроб и костите. Лечениетое комплексно. Прогнозата е различна за отделните хистологични варианти.

Герминативно-клетъчни тумори

Съставляват 2 % от всички неоплазми. Възникват от всяка част на репродуктивния тракт от първичната герминативна клетка. Те могат също така да бъдат локализирани в екстрагонадални области – сакрококцигеална, интракраниална, медиастинална, ретроперитонеална.

Хистологично се различават следните видове:

- Недиференциран (гермином, семином);
- Тумори с ембрионална диференциация (тератом);
- Тумори с екстраембрионална диференциация (хорионкарцином, ендодермален синусов тумор – т.н. йолк сак тумор);
- Смесени тумори.

Най-често срещани са тератомите, локализирани в сакро-кокцигеалната област, по-рядко в ретроперитонеалното пространство и медиастинума. След тях са туморите на овариума и тестисите.

Те могат да бъда диагностицирани пренатално при ехографското проследяване на плода.

Рядко срещани злокачествени тумори

Хепатобластом. Представлява ембрионален тумор, който засяга деца в ранна възраст. Развива се предимно в десния чернодробен дял.

Хистологически се различават три варианта: фетален, ембрионален и анапластичен (алвеоларен).

Туморът се опипва случайно в дясното подребрие. Общото състояние е добро, само при напреднал процес се наблюдава консумативен синдром.

Плевропулмонален бластом (ППБ). Плевропулмоналният бластом е интраторакален, високомалигнен ембрионален тумор от мезенхимен произход, характерен за детската възраст до 15 години. За разлика от пулмобластома при възрастните той няма малигнена епителеална компонента и ангажира не само белия дроб, но и медиастинума и плеврата.

Хистологическата класификация на ППБ очертава три типа: *мултикистичен* (новообразувание с гладки очертания), *солиден* (новообразувание с разнообразна повърхност, формирано от некрози и хеморагии) и *интермедиерен* (новообразувание, съдържащо солидни и кистични участъци).

Хирургичното лечение е в обем от екстирпация до пулмонектомия. Следоперативно се прилага продължителна химиотерапия. Прогнозата е лоша.

XVI. УСЛОЖНЕНИЯ НА ВРОДЕНИТЕ АНОМАЛИИ

Симптомокомплексът "остър медиастинит" и "остър хирургичен корем" (ОХК) включва широк диапазон от възпалителни или ятрогенни усложнения на вродените заболявания в кърмаческата възраст. Те са и най-честата причина за спешно оперативно лечение.

Деструктивни белодробни заболявания Възпалителните процеси в белия дроб при децата до 1 годишна възраст имат тенденция към бързо прогресиращи паренхимни и плеврални усложнения, при които се налага хирургично лечение. Плевро-белодробните усложнения се развиват на базата на усложнена подлежаща вродена патология. Белодробният абсцес е деструктивна лезия на паренхима, която в кърмаческата възраст се развива като усложнение на вродена белодробна патология. Характерно е образуването на множество кухини (псевдокисти) с гнойна колекция в тях. Лечението е медикаментозно и хирургично.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Постоперативно при неонкологичните заболявания. При онкологичните случаи след задължително хистологично изследване и патоморфологична диагноза, с определяне на степен на малигненост (стадий на тумора по TNM-класификация).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановяване на пасажа и нормалните функции на дихателна, отделителна и сърдечно-съдова система;
- добре зарастваща оперативна рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на значими субективни оплаквания.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА седокументира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури "(бл.МЗ - НЗОК №.7).

2. ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти "Анестезия и интензивно лечение" и "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**".

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни (в ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти "**Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия**").

3.3. Документиране на следоперативните дни (в ИЗ).

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- "*История на заболяването*";

- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури "(бл.МЗ - НЗОК №7)*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ (НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вродените аномалии представляват хетерогенна група заболявания, възникнали по време на бременността на базата на генетични фактори и/или събития, случили се по време на самата бременност. Те включват нарушения в развитието на кухи и паренхимни органи, на гръдна и коремна стена, на органи на пикочополовата система, както и наличие на тумори, произхождащи от различни "незрели" ембрионални, както и от завършили ембриоталното си развитие, нормални тъкани.

Повече от заболяванията изискват спешна оперативна намеса в първите 24ч. Друга част изискват оперативно лечение в т.нар. отложена спешност (срочно).

Съществува възможност за пренатална диагностика на голяма част от вродените малформации на ГИТ, коремната и гръдна стена, както и на кухите и паренхимни органи.

Смисълът на оперативното лечение на вродените малформации на ГИТ е възстановяване на целостта на храносмилателната система и възобновяване на жизненоважните и функции. Това се осъществява едномоментно – с една оперативна намеса, или дву- и многоетапно с няколко последователни хирургични интервенции в продължение на 6 месеца до 1-2 годишна възраст.

В случаите на вродени тумори и такива диагностицирани в първата една година от живота, често се налага и друг вид терапия – лъчетерапия, химиотерапия и т.н.

Лъчевата терапия използва рентгенови лъчи или други лъчи с висока енергия, за да убие онкологични клетки и така да премахне тумора. Радиацията може да дойде от апарати извън тялото (външна лъчетерапия) или от радиоактивни материали, поставени в тялото посредством специални пластмасови тръбички (вътрешна лъчетерапия). Лъчевата терапия може да се използва самостоятелно или в комбинация с химиотерапия.

Химиотерапията използва специални лекарства (химиотерапевтици) за убиването на онкологични клетки. Химиотерапевтиците могат да бъдат хапчета или разтвори, които се вкарват в тялото посредством игли, поставени във вената. Химиотерапията се нарича "системно лечение" защото лекарството, постъпвайки в кръвообращението, преминава през цялото тяло и може да убива онкологични клетки и извън мястото на първичния тумор. Ако туморът е засегнал черният дроб, химиотерапевтика може да бъде въведен директно в артерията, която отива в него.

Ако е премахнат целият видим тумор по време на операцията, лекарят може да даде химиотерапия на пациента, за да убие клетките, останали невидими след операцията. Химиотерапията, която се прилага на пациент, при който след операцията не се намират онкологични клетки, се нарича "допълнителна химиотерапия".

Биологичното лечение се стреми да подпомогне организма сам да се пребори с карцинома. Използват се вещества, образувани от тялото или специално синтезирани в лаборатории, които директно атакуват или с помощта на естествените сили на организма премахват онкологични клетки. Биологичното лечение понякога се нарича "**Имунотерапия".** То може да се съчетава с другите видове терапия.

При увреди на тънките и дебели черва в следствие на вродени аномалии - илеуси и перитонити, лечението се извършва в спешен порядък и видът на операцията зависи от характера на увредата.

Съдовата недостатъчност на червата се изразява в запушване от ембол или тромб на даден участък от дебелите или тънките черва, предизвикващ по-късно некроза. Лечение е оперативно, като се изрязва нежизненният участък на поразените черва и се възстановява чревният пасаж.

Какво Ви предстои преди и след постъпване в хирургично отделение/клиника?

След прегледа на наличните изследвания хирургът може да назначи някои допълнителни. Той ще Ви запознае с възможностите на хирургичното лечение, каква операция е необходима, очаквания резултат, усложнения и изход, вероятна прогноза.

Провеждат се задължително предоперативни консултации с кардиолог и анестезиолог, а при необходимост с друг специалист - алерголог (при данни за алергия), ендокринолог (напр. при захарен диабет) и др. Ако е необходима предоперативна подготовка, тя се провежда в дома или след постъпване в хирургично или специализирано отделение по преценка на хирурга, съгласувано с мнението на консултантите.

При изяснена и хистологично потвърдена чрез биопсия диагноза ще се проведат предоперативните консултации и подготовката за оперативното лечение.

Час преди операцията се поставя тънка сонда, преминаваща през едната ноздра и достигаща до стомаха, която предпазва от повръщане в периода след операцията до възстановяване на чревната перисталтика. Налага се поставянето на уретрален катетър, достигащ до пикочния мехур, което позволява урината безпрепятствено да се отделя по време на цялата хирургична намеса, без да се преразтяга мехурът.

При травматичните увреди на тънките и дебелите черва всички посочени по-горе изследвания и манипулации се извършват по спешност, а към оперативна интервенция се престъпва незабавно.

Целта на операцията е да се възстанови целостта на увреденото черво или да се отстрани тежко увреден сегмент от него, като се предотврати възможността за по-нататъшно изтичане на чревно съдържимо в коремната кухина. Последното може да наложи създаване на противоестествен анус.

Лекарят е задължен да Ви обясни характера на операцията и защо е избрана процедурата. Това се предопределя както от характера на заболяването,така и от общото състояние.

КП № 240 ПРОДЪЛЖИТЕЛНО СИСТЕМНО ПАРЕНТЕРАЛНО ЛЕКАРСТВЕНО ЛЕЧЕНИЕ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ СОЛИДНИ ТУМОРИ И СВЪРЗАНИТЕ С НЕГО УСЛОЖНЕНИЯ

1. Минимален болничен престой 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

59724-00 Миелография

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

58112-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 2 отдела

58108-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 4 отдела

Рентгенография на гърда

Мамография

59300-00 Рентгенография на гърди, двустранно

59303-00 Рентгенография на гърда, едностранно

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- корем (56301-01, 56307-01 [1957])
- и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

58914-00 Иригография

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])

и
- мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
- таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

56407-00 Компютърна томография на корем с интравенозна контрастна материя

Компютърна томография на таз

56409-00 Компютърна томография на таз

56412-00 Компютърна томография на таз с интравенозна контрастна материя

Рентгенография на горен крайник

57700-00 Рентгенография на рамо и скапула

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

57512-02 Рентгенография на длан, пръсти, китка и предмишница

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става
Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

58306-00 Рентгенография на цял скелет

90909-00 Рентгенография на друго място

Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Ултразвук на гърда

55076-00 Ултразвук на гърда, двустранно

55070-00 Ултразвук на гърда, едностранно

Ултразвук на други места

55812-00 Ултразвук на гръден кош или коремна стена

Друг ултразвук

55602-01 Интервенционална ехография на корем и ретроперитонеум

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55044-00 Ултразвук на мъжки таз

55731-00 Ултразвук на женски таз

Включва: такава със солева инфузия на ендометриална кухина
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Ултразвук на други места

90908-00 Ултразвук на друго място

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош
Включва: сърце

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб
Включва: гръбначен мозък

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Един или повече от посочените маркери:

1928 Изследване на туморни маркери

91918-00 Изследване на туморен маркер PSA

91918-01 Изследване на туморен маркер CA-15-3

91918-02 Изследване на туморен маркер CA-19-9

91918-03 Изследване на туморен маркер CA-125

91918-04 Изследване на туморен маркер CEA

91918-05 Изследване на туморен маркер алфа-фетопротеин

91918-06 Изследване на туморен маркер бета-хорионгонадотропин

91918-07 Изследване на туморен маркер FPSA

91918-08 Изследване на туморен маркер NSE

91918-09 Изследване на туморен маркер CYFRA 21-1

91918-10 Изследване на туморен маркер CA-72-4

91918-12 Изследване на туморен маркер S-100

91918-13 Изследване на туморен маркер HE4

91918-14 Изследване на туморен маркер SCC

91918-39 Изследване на други туморни маркери

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично

апаратно изследване

1924 Биохимични изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин

91910-16 Клинично-химични изследвания за директен билирубин

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин

91910-45 Клинично-химични изследвания за глобулин

91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

и/или

91910-08 Изследване на време на кървене – по преценка на лекуващия лекар

91910-09 Изследване на протромбиново време

91904-02 Изследване на тромбиново време (ТТ)

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (АРТТ)

91910-11 Изследване на фибриноген

91913-04 Изследване на време на съсирване

и/или

1934 Други лабораторни изследвания

91880-00 Флоуцитометрия

и/или

91919-19 Имунохистохимични изследвания

и/или

1930 Имунологични изследвания

91905-00 Имунохимия на серум и/или урина и/или ликвор

2014 Друго нуклеарно медицинско образно изследване

61473-00 Тиреоидно изследване

Включва: измерване на усвояването

61360-00 Хепатобилиарно изследване

61361-00 Хепатобилиарно изследване с определяне на формално количествено, след изходно изображение

61480-00 Паратироидно изследване

90910-00 Нуклеарно медицинско изследване на друг регион или орган

2008 Бъбречни нуклеарно медицински изследвания

61386-00 Ренално изследване
Базово бъбречно изследване
Включва: компютърен анализ
вливания
бъбречни изображения
Не включва: такова на бъбречна кора (61386-01, 61387-00 [2008])

2007 Нуклеарно медицински образни изследвания на стомашно-чревен тракт

61364-00 Изследване на чревна хеморагия

2000 Нуклеарно медицинско образно мозъчно изследване

61402-00 Мозъчно перфузионно изследване с еднофотонна емисионна компютърна томография [SPECT]
Мозъчна компютър томография с единична фотонна емисия [SPECT]
Не включва: мозъчна позитрон емисионна томография [PET] (61559-00 [2000])
• с агент, преминаващ кръвно-мозъчната бариера (61405-00 [2000])
61405-00 Изследване на мозъка с кръвномозъчен бариерен агент

2009 Изследване на локализирана кост чрез нуклеарно медицинско изображение

61446-00 Локализирано костно изследване

2011 Изследване кости на цяло тяло чрез нуклеарно медицинско изображение

61421-00 Изследване на костна система на цяло тяло

2006 Изследване на белодробна перфузия или вентилация

61328-00 Изследване на белодробна перфузия

2005 Друго нуклеарно медицинско изображение, изследващо кръвоносна система

61469-00 Лимфосцинтиграфия

1863 Нуклеарна медицина (необразна)

12500-00 Оценяване на кръвен обем при нуклеарно медицинско изследване

12530-00 Нуклеарно медицинско изследване на цяло тяло

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Електролит

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент
96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96197-00 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96200-00 Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96201-00 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
93977-00 Терапия с колоностимулиращи фактори на бялата и червена кръвни редици

Обхват: лечение на основни заболявания с код по МКБ-10: С00 – С80

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена ако са приложени и отчетени:

За провеждане на химиотерапевтичен курс, съгласно посочените индикации за хоспитализация: две диагностични процедури, едната от които задължително е изследване на кръв, и една терапевтична процедура - задължително 96199-00 или 96197-00, или 9620000, или 96201-00, или 93977-00.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва задължително извършване на следните медико-диагностични изследвания: ПКК, диференциална кръвна картина (91910-04, 91910-05) и биохимия (поне две от посочените: 91910-12, 91910-13, 91910-14, 91910-15, 91910-16, 91910-17, 91910-18, 91910-45, 91910-19, 91910-20, 91910-25, 91910-26, 91910-27, 91910-41) и/или хемостазеологичен статус (91910-08; 91910-09; 9190402; 91910-10; 91910-11; 91913-04, и/или флоуцитометрия 91880-00, и/или имунохистохимични изследвания 91919-19, и/или имунохимия на серум, урина и ликвор 91905-00.

Код **Z51.1** - химиотерапия при злокачествено новообразувание, се използва задължително **като водеща диагноза**, за да покаже, че пациентът провежда лечение. Задължително като **втора диагноза** се посочва онкологичното заболяване с **МКБ код от С00 до С80.**

При настъпили усложнения, свързани с провежданото лечение, посочени в индикации за хоспитализация: минимум две диагностични процедури, насочени към основната диагноза, от таблицата с диагностичните процедури, и две терапевтични процедури.

Код **Т80.8** "Други усложнения, свързани с инфузия, трансфузия и лечебно инжектиране" се използва задължително като **водеща диагноза**, за да покаже, че пациентът е приет при наличие на усложнения при/по време лечение. Задължително като **втора диагноза се посочва онкологичното заболяване с МКБ код.**

Основна процедура **92191-00 или 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Всички дианостични процедури, включени в ДЛА на тази клинична пътека, се извършват от ЛЗБП или КОЦ, което я отчита. Пациентите не могат да бъдат връщани за допълнителни изследвания в извънболничната помощ.

КП № 240 не може да се отчита само с процедура 11700-00 Електрокардиограма.

По време на болничния престой в медицинската документация (ИЗ/онкологично досие) ежедневно се нанася декурзус.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, заболявания, за които се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение), са:

Пакет „Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“ (отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури "Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания", "Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания", "Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия", "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания" и клинични пътеки "Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения", "Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания", "Брахитерапия с ниски активности", "Триизмерно конформално лъчелечение", "Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания", "Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания", "Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности" и "Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания").

Договор по КП № 240 „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения“ **от пакет за комплексно лечение** на „Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“ **могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности** или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение **минимум II-ро ниво на** компетентност, съгласно медицински стандарт **по „Медицинска онкология**”. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Медицинска онкология”.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по медицинска онкология или Отделение по медицинска онкология в КОЦ
2. Болнична аптека

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, вкл. и при спешни състояния – на територията на населеното място
2. Клинична лаборатория – II ниво – на територията на населеното място
3. Лаборатория по нуклеарно-медицинска диагностика – на територията на страната
4. Лаборатория/отделение по клинична патология – с възможност за имунохистохимия
5. Клиника/отделение/лаборатория/Център по трансфузионна хематология с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, вкл. и при спешни състояния
6. Клиника/отделение по лъчелечение – на територията на страната
7. Микробиологична лаборатория
8. Структура за интензивно лечение

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- двама лекари със специалност „Медицинска онкология” или "Вътрешни болести" и "Онкология";
- лекар със специалност „Клинична лаборатория“;
- лекар със специалност „Образна диагностика“.

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкологични заболявания **само след заключение на клинична онкологична комисия по амбулаторна процедура № 5, с изключение на случаите по спешност.** Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр № 5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр № 5.

Лечение по тази КП се предприема след отчитане или провеждане на АПр № 5 "Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания" и решение на общата онкологична комисия за необходимост от системно лекарствено лечение на ЗОЛ с онкологично заболяване.

Към лечебните заведения с клиника/отделение по медицинска онкология от II ниво функционира клинична онкологична комисия по химиотерапия, съгласно медицински стандарт „Медицинска онкология“.

Заповедта за сформираната клинична онкологична комисия по химиотерапия се представя в РЗОК от управителя на ЛЗ.

Конкретното системно лекарствено лечение по КП се предприема след **Решение на Клинична онкологична комисия по химиотерапия (КОКХ)**, която се състои от най-малко от **трима лекари** с призната специалност "Медицинска онкология" или две специалности - "Вътрешни болести" и "Онкология", които работят в лечебното заведение, и се ръководи от председател.

Решенията на клиничната онкологична комисия по химиотерапия се вписват в протоколи, които се съставят **в два екземпляра** и се подписват от членовете на комисията. Един

екземпляр се прилага към медицинската документация на пациента и един екземпляр остава в архива на комисията.

Решението на клиничната онкологична комисия по химиотерапия за всеки случай задължително включва:

а) окончателна диагноза, стадий на болестта, прогностична група (в зависимост от конкретната неоплазма), общо състояние (преценено като пърформанс статус по ECOG), прогностични и предиктивни маркери (серумни, имунохистохимични и генетични), придружаващи болести;

б) лечебна тактика: вид на противотуморната терапия (неоадювантна, адювантна, първа и последваща линия, поддържаща), химиотерапевтични схеми (режими) с посочване на всеки медикамент със съответната дозировка, брой курсове.

При необходимост от промяна на плана за лечение на болния със злокачествено заболяване, той се представя пред обща онкологична комисия.

Лекарствените продукти за системно лечение на злокачествени заболявания се приготвят в аптеката на съответното лечебно заведение във вид за директно приложение на пациента, съгласно чл. 37а, ал. 1 и 2 от Наредба № 28 от 2008 г. и правилата за добра фармацевтична практика в онкологията.

Лекарствените продукти се назначават в съответните мерни единици

Лекарствените продукти, които НЗОК заплаща отделно от цената на КП, се предписват от комисиите по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

В протоколите от решенията на комисиите се вписват задължително всички реквизити от приложение № 8б за медицинска онкология от чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г. **Информация за протоколите от решенията се подава в електронен формат в НЗОК при започване/промяна на терапията по КП/АПр.**

Приготвянето на разтвори на лекарствени продукти за приложение на пациентите се извършва ръчно, съгласно всички изисквания за стерилност, безапасност, точно дозиране, системи за контрол и валидиране или чрез използване на полуавтоматизирани или автоматизирани системи.

Приготвянето на разтворите се извършва задължително в болничните аптеки, което подлежи на контрол от страна на НЗОК.

Разтварянето и прехвърлянето на цитотоксични лекарства, моноклонални антитела и други лекарствени продукти се осъществява по утвърден „Списък на лекарствени продукти“, чрез затворени системи, влизащи в цената на КП.

Организацията на работата в болничната аптека, която отпуска онкологичните препарати, отговаря на изискванията на Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.“

Решенията на клиничната онкологична комисия по химиотерапия, отразени в протокола, са съобразени с утвърденото Фармакотерапевтичното ръководство по медицинска онкология, публикувано на електронната страница на НСЦРЛП, и в съответствие със Закона за лекарствените в хуманната медицина (ЗЛПХМ) и Наредба № 4 от 4.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и системно парентерално лекарствено лечение при пациенти със злокачествени солидни тумори:

Запознаване с решението на общата клинична онкологична комисия и неговото приложение до момента в съответствие с утвърденото фармакотерапевтично ръководство по медицинска онкология.

Оценка на здравния статус, параклиничните показатели и образните изследвания на пациента.

Оценка на необходимостта от провеждане в стационарни условия на системно парентерално лекарствено лечение при пациенти със:

лекарствени режими с продължителни инфузии (24-, 48-, 72-, 120-часови инфузии);

лекарствени режими с често повтарящи се инфузии със или без бонусно аплициране на допълнителни лекарства;

лекарствени режими с голяма честота на очакваните нежелани лекарствени реакции (висок риск от усложнения, съгласно утвърденото фармако-терапевтично ръководство по медицинска онкология);

лекарствени режими, изискващи специфична и неколкократна пре- и постмедикация;

лекарствени режими, съдържащи локални иританти и налагащи допълнително приложение на специфични мерки за избягване на сериозни усложнения;

лекарствени режими с изразена кардиотоксичност, нефротоксичност и невротоксичност;

лекарствени режими с висок еметогенен потенциал и свързания с него риск;

лекарствени режими, водещи до тежък диариен синдром, налагащ специфични мерки;

лекарствени режими, водещи до вазоконстрикция, вкл. на коронарните съдове;

лекарствени режими, водещи до изразена вегетативна дисрегулация (тежки хипотонии, смущения в равновесието, хипертонични инциденти);

пациенти, проявили явления на свръхчувствителност и/или нежелани лекарствени реакции от степен 3 - 4 по СЗО (установени при предходни курсове на лечение)

пациенти със съпътстваща сателитна коморбидност, налагаща противотуморното лечение да бъде в условията на хоспитализация.

1.4. Дозиране на лекарствените продукти и контрол на процеса на дозиране и прилагане на лекарствените продукти.

Системно лекарствено лечение на пациенти със злокачествени заболявания в съответствие с утвърденото фармако-терапевтично ръководство по медицинска онкология като част от терапевтичната стратегия, определена от клиничната онкологична комисия.

2. Диагностика и лечение на настъпили усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение:

2.1. Оценка на необходимостта от провеждане в стационарни условия на лечение на настъпили усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение, при наличие на един или повече от следните симптоми:

фебрилна неутропения (ANC < 0,5 G/L плюс аксиларна температура над 38,0 °C с продължителност над един час);

неутропения степен III, изискваща приложение на G-CSF;

фебрилитет с неясен произход в хода на лекарствена противотуморна терапия, изискващ микробиологично уточняване (включително и контаминация на портакат) със или без последваща интравенозна антимикробна химиотерапия;

орални и езофаго-гастро-ентероколични медикаментозни мукозити, протичащи с горен и/или долен диспептичен синдром (повръщане, диария), със или без инфекция, изискващи емпирична интравенозна антимикробна химиотерапия, рехидратация, хепатопротекция и др.;

медикаментозна тромбоцитопения степен III/IV (със или без хеморагичен синдром), изискваща трансфузия на тромбоцитна маса;

анемичен синдром, свързан със злокачествено заболяване - Hb под 100 g/l, изискващи хемотрансфузия;

хиперкалциемия (стойности на серумен Ca++ > 2,62 mmol/L), изискваща хидратация, calcitonin и бифосфонати.

2.2. Лечение на настъпили усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение:

терапия с колониостимулиращи фактори (при неутропения, по-голяма от II степен);

терапия с трансфузия на тромбоцитна маса (при тромбоцитопения, по-голяма от II степен);

терапия на хиперкалциемия;

провеждане на антибиотична и друга терапия при неутропения III - IV степен;

терапия на тежък диаричен или горнодиспептичен синдром вследствие на проведеното лечение.

Прилагане на лекарствени продукти и/или медицински изделия.

Контрол на състоянието на пациента по време на прилагане на лекарственото лечение.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Терапевтичният подход се съобразява и с общото състояние на пациента от приложената скала, както и от придружаващите заболявания и усложнения на основното заболяване.

СКАЛА НА ECOG ЗА PERFORMANCE STATUS:

- нормална физическа активност
- с наличие на симптоматика, но амбулаторен; може да извършва лека работа у дома или в офис
- амбулаторен и в състояние да се самообслужба, но не може да работи; под 50% от времето е на легло;
- ограничени възможности за самообслужване, повече от 50% от времето е на легло;
– напълно инвалидизиран, изобщо не може да се обслужва сам, непрекъснато е на легло;
- смърт

Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982.

Медицинските дейности за изпълнение на клиничната пътека включват и :

оценка на параклиничните показатели и образните изследвания;

преглед на пациента и отразяване на състоянието му и жизнените показатели в медицинската документация;

изчисляване на необходимите дози цитостатици или биологични продукти съобразно ръста и теглото на пациента, параклинични показатели, нежелани реакции, придружаващи заболявания /като ръстът и теглото се отбелязват в медицинската документация на пациента/.

подготвяне на инфузионния разтвор при условия, съответстващи на изискванията в медицински стандарт „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“

реализиране на инфузията и отразяване на използваните медикаменти в медицинската документация на пациента.

<u>Лекарствено лечение на солидните тумори при възрастните</u>

Решенията на клиничната онкологична комисия по химиотерапия (отразени в протокола) и лечението на пациентите, са съобразени с Фармако-терапевтичното ръководство по медицинска онкология, прието на заседание на НСЦРЛП и публикувано на електронната страница на НСЦРЛП, и в съответствие със Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ) и НАРЕДБА № 4 от 4.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

За системно лекарствено лечение болните постъпват **с поставена хистологична (цитологична) диагноза –** за първичния тумор или неговите метастази.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на хоспитализацията въз основа на:

Извършени терапевтични процедури в съответствие с назначената терапевтична схема;

Стабилно състояние на пациента;

Овладяване на основните симптоми на настъпилите усложнения.

Прави се оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

последващи терапевтични процедури в съответствие с назначената терапевтична схема, в т. ч. време за явяване за следващо вливане, необходимост от медикаментозна подготовка за него, провеждане на контролни изследвания;

нужда от промяна или продължаване на лечението в амбулаторни условия.

Контрол на хематологичните показатели се извършва в критичния период: 8 - 10 ден от деня на инфузията, по преценка на лекуващия лекар при контролен преглед.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

Ако се налага промяна на лечебния план на ЗОЛ, пациентът се насочва към Обща онкологична комисия за решение.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г., след издаване на решение на Обща онкологична комисия за диспансерно наблюдение.

Повечето терапевтични протоколи при химиотерапия на солидни тумори се провеждат на 1-ви и 8-ми ден; 1-ви до 5-ти ден; 1-ви и 15-и ден;1-ви, 8-ми и 15-и ден; 1-ви и 21-ви ден; 1-ви и 28-и ден, и се налага хоспитализация повече от един път месечно, **но не повече от 12 хоспитализации за една календарна година, като всяка хоспитализация се отчита като нова клинична пътека.**

За лечение на метастатично злокачествено заболяване на дебело и право черво се допускат до 24 хоспитализации за една календарна година на ЗОЛ, когато се провежда лечение с 48-часови инфузии през 14 дни по терапевтичните схеми – FOLFOX, FOLFIRI, FOLFIRINOX и DE GRAMONT.

Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства, необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия, бифосфонатите и другите лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, са включени в пакета дейности по системно лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в условията на болнична медицинска помощ.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1.Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

8.2.Документиране на диагностично-лечебния алгоритъм – в *“История на заболяването”*

3.Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

“История на заболяването”;

част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразява се в ИЗ.

8.4. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Солидните злокачествени тумори са заболявания, които произлизат от тъканите на организма (с изключение на кръвотворната и лимфната тъкан), имат прогресивен ход и може да засегнат и други органи и системи. Досега не е установена напълно причината за появата им.

Кои са най-честите оплаквания, предизвикани от солидните злокачествени тумори?

Първите прояви са нехарактерни: отпадналост, безапетитие, неясна температура, лека болезненост в засегнатия орган, тежест в корема, редуващи се диария и запек, отслабване на тегло, болка в гърдите, задух или упорита кашлица, намалена работоспособност. Установяват се неясни

уплътнения в различни части на тялото, увеличени лимфни възли - най-често шийно или в подмишничната област, като те не са болезнени и постепенно нарастват. При мъжете може да има учестено уриниране, особено нощем, както и болка в тестисите.

Какви методи и процедури са необходими за поставяне на диагнозата „злокачествен тумор"?

Предварителните изследвания за поставяне на диагнозата се провеждат от Вашия личен лекар в съответната лаборатория, където ще Ви вземат кръв от вената. След това ще Ви бъдат направени ехографски и рентгенови изследвания на различни части от тялото.

При установяване на отклонения от нормата ще бъдете насочен към съответен специалист (хирург, гинеколог, уролог, пулмолог, оториноларинголог и пр.). Той ще назначи допълнителни специализирани изследвания. Диагнозата злокачествен тумор ще бъде поставена след осъществяване на биопсия на съмнителния участък или ангажирани от тумора лимфни възли или тъкани. За да бъде потвърдена диагнозата, трябва да се направи хистологична преценка на биопсията от патолог, както и допълнителни имунохистохимични изследвания при необходимост.

При установяване на злокачествен тумор всички Ваши изследвания ще бъдат представени на онокологична комисия, в която има специалисти от различни области за обсъждане на най-добрия метод или комбинация от различни методи за Вашето лечение. Вие ще бъдете насочен към съответния специалист (хирург, лъчетерапевт или химиотерапевт) за провеждане на лечението. В консултативния кабинет на съответната клиника/отделение специалистът оценява направените лабораторни и инструментални изследвания, подготвя документите за приемането в клиниката/отделението и Ви определя ден и час за постъпване (освен в случаите на спешност).

Как се лекуват солидните злокачествени тумори ?

Лечението е комплексно, като се прилагат в различна последователност оперативно, лъчево или лекарствено лечение. Основни локални методи на лечение са оперативно и лъчелечение. Лекарственото лечение се използва в определени случаи преди операцията, за да се намали обема на тумора и да се съхрани оперирания орган. В някои случаи, когато се установи, че туморът не може да се премахне оперативно, поради проникването му в околните органи или при наличие на разсейки, химиотерапията най-често остава единствен метод на лечение.

Вие ще получите подробна инструкция за медикаментите, които се използват за Вашето лечение.

Лечението се провежда с прилагане на няколко курса химиотерапия с паузи между тях, след което се отчита постигнатия ефект.

Какви усложнения може да настъпят при провеждане на системно противотуморно лекарствено лечение?

Лечението се провежда само във високоспециализирани химиотерапевтични клиники и отделения, в които има квалифициран персонал, необходимите лекарства и подходящи условия за прилагането им.

Усложненията от провежданото лечение са свързани предимно с използваните противотуморни лекарства:

стерилитет (често обратим);

безапетитие, гадене, повръщане, диария, промяна във вкусовите усещания

косопад – настъпва при повечето лекарствени комбинации и е обратим - след преустановяване на лечението косата израства отново;

намаляване броя на кръвните клетки (левкопения, тромбоцитопения, анемия), които най-често се възстановяват в паузите между курсовете, а по-рядко налагат прилагане на растежни фактори (на бялата или червена кръвна редица).

нарушаване на менструалния цикъл;

възпаление на вената (флебит), в която се въвеждат лекарствата. Изразява се в локално зачервяване, болка, повишаване на локалната и обща температура.

кожен обрив, промени на ноктите, оцветяване на кожа и лигавици.

промяна в цвета на урината непосредствено след венозната инфузия

реакции на свръхчувствителност

Съществуват симптоматични средства за преодоляване на посочените нежелани лекарствени реакции.

Вие подлежите на диспансерно наблюдение, когато се покрият необходимите критерии от Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.

Моля, обърнете се към лекаря, назначаващ Вашето лечение, за допълнителна информация.

КП № 241 ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ЗА СТАДИРАНЕ И ОЦЕНКА НА ТЕРАПЕВТИЧНИЯ ОТГОВОР ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ СОЛИДНИ ТУМОРИ И ХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП № 241.3 ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ЗА СТАДИРАНЕ И ОЦЕНКА НА ТЕРАПЕВТИЧНИЯ ОТГОВОР ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ СОЛИДНИ ТУМОРИ И ХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С КТ НА МИНИМУМ ДВЕ ЗОНИ ИЛИ КОСТНОМОЗЪЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ С МКБ – КОД 41.31 (30081-00, 30087-00) ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на костен мозък

30081-00 Биопсия на костен мозък
Включва: трепанация
Не включва: биопсия на костен мозък:
- аспирационна (30087-00 [800])
- перкутанна (30084-00 [800])

30087-00 Аспирационна биопсия на костен мозък
Не включва: костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT] (30084-00 [800])

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
- и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

59724-00 Миелография

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])

• 4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак

Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

58112-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 2 отдела

58108-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 4 отдела

Рентгенография на гърда

Мамография

59300-00 Рентгенография на гърди, двустранно

59303-00 Рентгенография на гърда, едностранно

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем

Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах

Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

58914-00 Иригография

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:

- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])

и

- мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
- таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

56407-00 Компютърна томография на корем с интравенозна контрастна материя

Рентгенография на горен крайник

57700-00 Рентгенография на рамо и скапула

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

57512-02 Рентгенография на длан, пръсти, китка и предмишница

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро

Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно

Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

58306-00 Рентгенография на цял скелет

90909-00 Рентгенография на друго място

Компютърна томография на таз

56409-00 Компютърна томография на таз

56412-00 Компютърна томография на таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на таз, без, след това с венозен контраст

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:

- използвайки:
- мапиране с цветен поток

• Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
• механично секторно сканиране
• трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Ултразвук на гърда

55076-00 Ултразвук на гърда, двустранно

55070-00 Ултразвук на гърда, едностранно

Ултразвук на други места

55812-00 Ултразвук на гръден кош или коремна стена

Друг ултразвук

55602-01 Интервенционална ехография на корем и ретроперитонеум

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55044-00 Ултразвук на мъжки таз

55731-00 Ултразвук на женски таз
Включва: такава със солева инфузия на ендометриална кухина
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Ултразвук на други места

90908-00 Ултразвук на друго място

2015 Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва:функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-01 Магнитно резонансна томография на глава
Включва: лице
орбита
синуси (етмоидален) (фронтален) (максиларен) (сфеноидален)
черепна кост
Не включва: такава на мозък:
• функционални (90901-09 [2015])
• БДУ (90901-00 [2015])

90901-02 Магнитно резонансна томография на шия
Не включва: такава на шиен гръбнак (90901-03 [2015])

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб
Включва: гръбначен мозък

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош
Включва: сърце

90901-06 Магнитно резонансна томография на таз

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място

90901-10	Магнитно резонансна томография на гърда

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] *Не включва*: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Един или повече от посочените маркери:

1928 Изследване на туморни маркери

91918-00	Изследване на туморен маркер PSA
91918-01	Изследване на туморен маркер CA-15-3
91918-02	Изследване на туморен маркер CA-19-9
91918-03	Изследване на туморен маркер CA-125
91918-04	Изследване на туморен маркер CEA
91918-05	Изследване на туморен маркер алфа-фетопротеин
91918-06	Изследване на туморен маркер бета-хорионгонадотропин
91918-07	Изследване на туморен маркер FPSA
91918-08	Изследване на туморен маркер NSE
91918-09	Изследване на туморен маркер CYFRA 21-1
91918-10	Изследване на туморен маркер CA-72-4
91918-12	Изследване на туморен маркер S-100
91918-13	Изследване на туморен маркер HE4
91918-14	Изследване на туморен маркер SCC
91918-39	Изследване на други туморни маркери

Изследване на кръв

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-16	Клинично-химични изследвания за директен билирубин
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-45	Клинично-химични изследвания за глобулин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

и/или

91910-08 Изследване на време на кървене – по преценка на лекуващия лекар

91910-09 Изследване на протромбиново време

91904-02 Изследване на тромбиново време (ТТ)

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (АРТТ)

91910-11 Изследване на фибриноген

91913-04 Изследване на време на съсирване

и/или

1934 Други изследвания

91880-00 Флоуцитометрия

и/или

91919-19 Имунохистохимични изследвания

и/или

1930 Имунологични изследвания

91905-00 Имунохимия на серум и/или урина и/или ликвор– по преценка на лекуващия лекар

2014 Друго нуклеарно медицинско образно изследване

61473-00 Тироидно изследване
Включва: измерване на усвояването

61360-00 Хепатобилиарно изследване

61361-00 Хепатобилиарно изследване с определяне на формално количествено, след изходно изображение

61480-00 Паратироидно изследване

90910-00 Нуклеарно медицинско изследване на друг регион или орган

2008 Бъбречни нуклеарно медицински изследвания

61386-00 Ренално изследване
Базово бъбречно изследване
Включва: компютърен анализ
вливания
бъбречни изображения
Не включва: такова на бъбречна кора (61386-01, 61387-00 [2008])

2007 Нуклеарно медицински образни изследвания на стомашно-чревен тракт

61364-00 Изследване на чревна хеморагия

2000 Нуклеарно медицинско образно мозъчно изследване

61402-00 Мозъчно перфузионно изследване с еднофотонна емисионна компютърна томография [SPECT]
Мозъчна компютър томография с единична фотонна емисия [SPECT]
Не включва: мозъчна позитрон емисионна томография [PET] (61559-00 [2000])
• с агент, преминаващ кръвно-мозъчната бариера (61405-00 [2000])

61405-00 Изследване на мозъка с кръвномозъчен бариерен агент

2009	**Изследване на локализирана кост чрез нуклеарно медицинско изображение**
61446-00	Локализирано костно изследване
2011	**Изследване кости на цяло тяло чрез нуклеарно медицинско изображение**
61421-00	Изследване на костна система на цяло тяло
2006	**Изследване на белодробна перфузия или вентилация**
61328-00	Изследване на белодробна перфузия
2005	**Друго нуклеарно медицинско изображение, изследващо кръвоносна система**
61469-00	Лимфосцинтиграфия
1863	**Нуклеарна медицина (необразна)**
12500-00	Оценяване на кръвен обем при нуклеарно медицинско изследване
12530-00	Нуклеарно медицинско изследване на цяло тяло
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Клиничната пътека включва диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, предоставяни на задължително здравноосигурени лица със заболявания по МКБ-10: Z08.2, Z08.7 и основни заболявания C00-C97, D00-D09, D37D48.

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени най-малко три основни диагностични процедури от таблицата с диагностичните процедури, едната от които задължително е КТ или костномозъчно изследване 30081-00/ 30087-00 - само при онкохематологични заболявания с левкемична и/или костномозъчна изява).

В случай, че КП се завършва с КТ на минимум две зони или костномозъчно изследване 30081-00/ 30087-00, се отчита като КП № 241.3.

За оценка на лечебен ефект при пациенти със солидни тумори КП № 241.3 се отчита на минимум на всеки 2 - 4 месеца или 4 - 6 курса **(до 6 пъти за една календарна година),** съгласно Фармакотерапевтичното ръководство по медицинска онкология, прието на заседание на НСЦРЛП, публикувано на електронната страница на НСЦРЛП.

Код **Z08.2** - Последващо изследване след химиотерапия на злокачествено новообразуване, и код **Z08.7** - Последващо изследване след комбинирано лечение на злокачествено новообразуване, се използват задължително като водеща диагноза, за да покажат, че пациентът е приет за стадиране, рестадиране и оценка. **Задължително като втора диагноза се посочва онкологичното заболяване с МКБ код от C00 до C80.**

За оценка на лечебен ефект при пациенти със злокачествени хематологични заболявания КП № 241.3 се отчита минимум на всеки 2-4 месеца или след всеки 3-4 курса, съгласно решенията на клиничната комисия по хематология.

С **код Z08.2** се кодира Последващо изследване след химиотерапия на злокачествено новообразуване, а с **код Z08.7** - Последващо изследване след комбинирано лечение на злокачествено новообразуване; използват се задължително като водеща диагноза, за да покажат, че пациентът е приет за стадиране, рестадиране и оценка. **Задължително като втора диагноза се посочва онкологичното заболяване с МКБ код: C81-C97, D45-D48. За посочените диагнози КП № 241.3 се отчита до 6 пъти за една календарна година.**

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва: ПКК, диференциална кръвна картина (91910-04; 91910-05) и биохимия (поне две от посочените: 91910-12; 9191013; 91910-14; 91910-15; 91910-16; 91910-17; 91910-18; 91910-45; 91910-19; 91910-20; 9191025; 91910-26; 91910-27; 91910-41), и/или хемостазеологичен статус: 91910-08; 91910-09; 91904-02; 91910-10; 91910-11; 91913-04, и/или флоуцитометрия 91880-00, и/или имунохистохимия 91919-19; и/или имунохимия на серум, и/или урина, и/или ликвор 9190500– по преценка на лекуващия лекар.

Всички дианостични процедури, включени в ДЛА на тази клинична пътека, се извършват от ЛЗБП или КОЦ, което я отчита. Пациентите не могат да бъдат връщани за допълнителни изследвания в извънболничната помощ.

По време на болничния престой в медицинската документация (ИЗ) ежедневно се нанася декурзус.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за пакети:

1.„Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“ чрез прилагането на амбулаторни процедури "Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания", "Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания","Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия", "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания" и клинични пътеки "Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения", "Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявяния.

Злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години (отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“, „Специфични изследвания при хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Диагностика и лечение на левкемии“, „Диагностика и лечение на лимфоми“ и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Договор за КП № 241 „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, от пакети за комплексно лечение на „Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“, „Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ и „Злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години“ **могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности** или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по тези пакети.

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкологични и онкохематологични заболявания **само след заключение на клинична онкологична комисия по амбулаторна процедура № 5, с изключение на случаите по спешност.** Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр №5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр №5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакетите, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение, минимум второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Медицинска онкология”, от обхвата на медицинската специалност „Клинична хематология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицинските стандарти „Медицинска онкология", Клинична хематология" .

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЗА СТРУКТУРИ ПО „МЕДИЦИНСКА ОНКОЛОГИЯ"

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по медицинска онкология или Отделение по медицинска онкология в КОЦ
2. Болнична аптека

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Апаратура за КАТ с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
2. Лаборатория по нуклеарно-медицинска диагностика
3. Лаборатория/отделение по клинична патология – с възможност за имунохистохимия
4. Клиника/отделение/Лаборатория/център по трансфузионна хематология с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния.
5.Клиника/отделение по лъчелечение
6. Микробиологична лаборатория
7. Структура за интензивно лечение.

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

- двама лекари със специалност „Медицинска онкология" или "Вътрешни болести" и "Онкология";
- лекар със специалност „Клинична лаборатория";
- лекар със специалност „Образна диагностика".

ЗА СТРУКТУРИ ПО „КЛИНИЧНА ХЕМАТОЛОГИЯ"

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Клинична хематология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична хематология".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хематология
2. Клинична лаборатория*
3. Отделение/лаборатория по клинична патология
4. Образна диагностика – минимум рентгенов апарат за скопия и графия
5. Болнична аптека

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична хематология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Лаборатория по медицинска генетика / цитогенетична лаборатория
2. Лаборатория по нуклеарно-медицинска диагностика
3. Апаратура за КАТ с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
4. Клиника/отделение/Лаборатория/център по трансфузионна хематология с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
5. Имунологична лаборатория
6. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- двама лекари със специалност „Клинична хематология“;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична патология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ 5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Осигуряване на диагностични изследвания за стадиране и рестадиране при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания

1.1. Запознаване с Решението на общата клинична онкологична комисия/Клиничната комисия по хематология;

1.2. Оценка на здравния статус и резултатите от предходжащи параклинични показатели и образните изследвания на пациента;

1.3. Провеждане и сравнителна оценка на резултатите от медико-диагностични изследвания в съответствие с утвърденото фармако-терапевтично ръководство по медицинска онкология и Решение на общата клинична онкологична комисия/клиничната комисия по хематология;

1.4. Предварителна оценка на стадия на заболяването.

1.5. Оценка на индикациите за лъчелечение

2. Оценка на туморния терапевтичен отговор след проведено лечение в съответствие с утвърденото фармако-терапевтично ръководство по медицинска онкология и клинична хематология, медицински стандарт „Лъчелечение“.

2.1. Оценка на здравния статус и резултатите от предходжащи параклинични показатели и образните изследвания на пациента;

2.2. Провеждане и сравнителна оценка на медико-диагностични изследвания;

2.3. Дефиниране на четири категории на отговор – пълна ремисия, частична ремисия, стабилна болест, прогресия;

2.4. Извършване на медико-диагностични дейности за рестадиране при поява на признаци, суспектни за рецидив и/или прогресия, в хода на проследяването на терапевтичния отговор

Дейностите и услугите в обхвата се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

1. **Стадиране, рестадиране и оценка на терапевтичния отговор при злокачествени солидни тумори.**

Извършва се, **съгласно Фармакотерапевтичното ръководство по медицинска онкология, Фармакотерапевтичното ръководство по клинична хематология,** приети на заседание на НСЦРЛП и публикувани на електронната страница на НСЦРЛП, медицнски стандарт „Лъчелечение“.

Стадиращите, рестадиращите и оценъчните процедури включват предимно образни методи на изследване. Планират се предоперативно, следоперативно, след оптимален курс на лекарствена терапия (2-4 месеца или 4-6 курса), преди и след лъчелечение, след терапевтична пауза, при поява на сиптоми, подозрителни за прогресия, в хода на лечение или проследяване. Предоперативното стадиране и рестадиране изисква КТ (с контрастиране) на региона на туморната локализация плюс областите на най-често метастазиране.

Планирането на неоадювантна лекарствена терапия, самостоятелна или комбинирана с лъчелечение, изисква МРТ, ендоскопски ултразвук (ректален, простатен карцином). Предоперативната оценка на отговора към неоадювантна терапия се извършва с ехоскопия (карцином на гърда) или КТ.

Оценката на туморния терапевтичен отговор към лекарствена противотуморна терапия се планира на 2-4 месеца или 4-6 курса (цикъла) чрез КТ (с контрастиране) на региона на туморната локализация плюс областите на най-често метастазиране. Задължително е оценката да се интерпретира сравнително с изходното образно изследване (препоръчително по системата RECIST 1.1.) и да се дефинират четири **категории на отговор** – пълна ремисия, частична ремисия, стабилна болест, прогресия. Освен образни изследвания, оценката на терапевтичния отговор изисква и мониториране на динамиката на валидираните туморни маркери.

При поява на признаци, суспектни за локален рецидив и/или прогресия в хода на проследяване, е наложително рестадиране чрез КТ. Самостоятелната биохимична прогресия на валидирани туморни маркери изисква търсене на висцерална и/или скелетна прогресия чрез конвенционални образни изследвания, а при негативен резултат от тях се обсъжда провеждане на FDG ПЕТ/КТ.

2. **Стадиращите, рестадиращите и оценъчните процедури при злокачествени хематологични заболявания** включват освен образните методи (с контраст), приложими при лимфоидните и плазмоклетъчни неоплазии, и специфично костномозъчно изследване на аспират или

биопсия, подложени на цитологични, хистологични, имунологични, цитогенетични и лабораторни изследвания. Планират се при първоначално стадиране и определяне на група риск, след всеки курс на индукционно, консолидационно и противорецидивно лечение при левкемии или след всеки 3-4 курса на лечение на лимфоми/миелом, както и при завършване на лечението, при поява на симптоми, подозрителни за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Обемът на изследванията при стадиране, рестадиране и оценка на терапевтичния отговор се определя от вида на заболяването с минимум три оценъчни процедури.

Оценката на терапевтичния отговор при пациенти с левкемии се планира след всеки индукционен и консолидационен курс и след не по-малко от всеки 2-3 противорецидивни курса, при завършване на лечението, при съмнение за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Дефинират се следните **категории на отговор** – пълна ремисия, пълна ремисия без възстановяване на хематологични показатели, неуспех, рецидив. Оценката задължително се основава на костномозъчно изследване/биопсия и допълнителни лабораторни изследвания. При неврологична симптоматика и съмнение за засягане на ЦНС се провежда КТ на глава.

Оценката на терапевтичния отговор при пациенти с лимфоидни неоплазии се планира след всеки 3-4 курса на лечение, след провеждане на лъчелечение, при завършване на лечението и при съмнение за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Дефинират се следните категории на отговор – пълен отговор, частичен отговор, стабилно заболяване, прогресия, рецидив. Оценката включва КТ изследване на гръден кош, корем и малък таз и костномозъчна биопсия при данни за ангажиране.

Оценката на терапевтичния отговор при пациенти с плазмоклетъчни неоплазии включва костномозъчно изследване/биопсия и имунохимично изследване на серум и/или урина и/или ликвор след всеки 3-4 курса на лечение, преди мобилизация, при завършване на лечението и при съмнение за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Изследването на β2-М дава информация за динамиката на туморния обем. Рентгенологични и КТ изследвания на не по-малко от две зони се провеждат към диагнозата. Дефинират се следните категории на отговор – пълен отговор (CR), строго дефиниран (sCR); много добър частичен отговор (VGPR), частичен отговор (PR); стабилно заболяване, прогресия, рецидив.

Оценката на индикациите за лъчелечение след стадиране и резултата от лъчелечението се планира преди започването му при данни за промяна в стадия след взето решение на обща онкологичната комисия, след пълното приключване на лъчелечебния курс, 3-6-12 месеца след него, при признаци за рецидив или метастази. Изисква се КТ на региона на туморната локализация, плюс областите на най-често метастазиране, **но не повече от 6 за една календарна година.**

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

За системно лекарствено лечение и лъчелечение болните постъпват с поставена хистологична (цитологична) диагноза – за първичния тумор или неговите метастази.

Окончателната диагноза на хематологичните заболявания се изгражда във основа на хистологична, имунохистохимична, цитологична, имунологична, цитогенетична диагностика.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на хоспитализацията въз основа на:

извършена предварителна оценка на стадия/стадиране или рестадиране;

извършена оценка на терапевтичния отговор;

Насочване на пациента към обща клинична онкологична комисия/ клинична комисия по хематология за окончателно стадиране и рестадиране и определяне/корекция на терапевтичната стратегия, при необходимост от промяна на терапевтичната тактика.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.,след издаване на решение от общата онкологична комисия за диспансерно наблюдение.

На пациентите, провеждали адювантно (профилактично) лечение, се дава алгоритъм на последващото проследяване от химиотерапевт в лечебното заведение, като посоченото проследяване се извършва от лекарите в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

Пациентите, провеждали неоадювантно лечение, се насочват за последваща операция, а при недостатъчен ефект от химиотерапията – за продължаването ѝ.

Пациентите, подлежащи или провеждали лъчелечение, се насочват за преценка на последващо лечебно поведение.

Пациентите с метастазирало и/или локално авансирало заболяване с частична ремисия или стациониране се насочват за продължаване на лекарственото лечение.

На пациентите с метастазирало и/или локално авансирало заболяване, прогресиращи на химиотерапия или с неприемлива токсичност към нея, се назначава съответно симптоматично лечение.

Оценка от ефекта на системното лекарствено лечение - на всеки 2-4 месеца или 4-6 курса, което означава не повече от 6 за една календарна година.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1.Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

2.Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

“История на заболяването”;

част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.3. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Злокачествените тумори и малигнените хемопатии са заболявания, които произлизат от тъканите на организма, имат прогресивен ход и може да засегнат и други органи и системи. Досега не е установена напълно причината за появата им.

Кои са най-честите оплаквания, предизвикани от злокачествени тумори и **малигнени хемопатии?**

Първите прояви са нехарактерни: отпадналост, безапетитие, неясна температура, лека болезненост в засегнатия орган, тежест в корема, редуващи се диария и запек, отслабване на тегло, болка в гърдите, задух или упорита кашлица, намалена работоспособност. Установяват се неясни уплътнения в различни части на тялото, увеличени лимфни възли - най-често шийно или в подмишничната област, като те не са болезнени и постепенно нарастват. При мъжете може да има учестено уриниране, особено нощем, както и болка в тестисите.

Какви методи и процедури са необходими за поставяне на диагнозата „злокачествен тумор” и малигнена хемопатия**?**

Предварителните изследвания за поставяне на диагнозата се провеждат от Вашия личен лекар в съответната лаборатория, където ще Ви вземат кръв от вената. След това ще Ви бъдат направени ехографски и рентгенови изследвания на различни части от тялото.

При установяване на отклонения от нормата ще бъдете насочен към съответен специалист (хематолог, хирург, гинеколог, уролог, пулмолог, оториноларинголог и пр.). Той ще назначи допълнителни специализирани изследвания. Диагнозата злокачествен тумор ще бъде поставена след осъществяване на биопсия на съмнителния участък или ангажирани от тумора лимфни възли или тъкани. За да бъде потвърдена диагнозата, трябва да се направи хистологична преценка на биопсията от патолог, както и допълнителни имунохистохимични изследвания при необходимост.

При установяване на злокачествен тумор всички Ваши изследвания ще бъдат представени на онокологична комисия или клинична комисия по хематология, в която има специалисти от различни области за обсъждане на най-добрия метод или комбинация от различни методи за Вашето лечение. Вие ще бъдете насочен към съответния специалист (хирург, лъчетерапевт,химиотерапевт или хематолог) за провеждане на лечението. В консултативния кабинет на съответната клиника/отделение специалистът оценява направените лабораторни и инструментални изследвания,

подготвя документите за приемането в клиниката/отделението и Ви определя ден и час за постъпване (освен в случаите на спешност).

Как се лекуват злокачествени тумори и малигнени хемопатии**?**

Лечението е комплексно, като се прилагат в различна последователност оперативно, лъчево или лекарствено лечение. Основни локални методи на лечение са оперативно и лъчелечение. Лекарственото лечение се използва в определени случаи преди операцията, за да се намали обема на тумора и да се съхрани оперирания орган. В някои случаи, когато се установи, че туморът не може да се премахне оперативно, поради проникването му в околните органи или при наличие на разсейки, химиотерапията най-често остава единствен метод на лечение.

Вие ще получите подробна инструкция за медикаментите, които се използват за Вашето лечение.

Лечението се провежда с прилагане на няколко курса химиотерапия с паузи между тях, след което се отчита постигнатия ефект.

Какви усложнения може да настъпят при провеждане на системно противотуморно лекарствено лечение?

Лечението се провежда само във високоспециализирани химиотерапевтични или хематологични клиники и отделения, в които има квалифициран персонал, необходимите лекарства и подходящи условия за прилагането им.

Усложненията от провежданото лечение са свързани предимно с използваните противотуморни лекарства:

стерилитет (често обратим);

безапетитие, гадене, повръщане, диария, промяна във вкусовите усещания

косопад – настъпва при повечето лекарствени комбинации и е обратим - след преустановяване на лечението косата израства отново;

намаляване броя на кръвните клетки (левкопения, тромбоцитопения, анемия), които най-често се възстановяват в паузите между курсовете, а по-рядко налагат прилагане на растежни фактори (на бялата или червена кръвна редица).

нарушаване на менструалния цикъл;

възпаление на вената (флебит), в която се въвеждат лекарствата. Изразява се в локално зачервяване, болка, повишаване на локалната и обща температура;

кожен обрив, промени на ноктите, оцветяване на кожа и лигавици;

промяна в цвета на урината непосредствено след венозната инфузия;

реакции на свръхчувствителност.

Съществуват симптоматични средства за преодоляване на посочените нежелани лекарствени реакции.

Вие подлежите на диспансерно наблюдение, когато се покрият необходимите критерии от Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.

Моля, обърнете се към лекаря, назначаващ Вашето лечение, за допълнителна информация.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА, ЖЕЛАЕЩ ДА ПРОВЕЖДА СТАДИРАНЕ ПРЕДИ ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ, ОЦЕНКА НА ЕФЕКТА СЛЕД ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ И ПРИ СЪМНЕНИЕ ЗА РЕЦИДИВ, БЕЗ ДА НОЩУВА В СТАЦИОНАРА:

Нощуването извън стационара на клиника/отделение по лъчелечение е само по собствено желание на пациента. Никой не може да Ви оказва натиск, да вземете решение за това.

Вие можете да нощувате извън стационара само със съгласието на Вашия лекуващ лекар.

Съгласието да нощувате извън стационара се отразява от Вашия лекуващ лекар в ИЗ. Съгласието за това се дава еднократно в началото на постъпването и е възможно да се преоцени при промяна на състоянието на пациента.

Вие подписвате съответния формуляр, че желаете да се стадирате, без да нощувате в стационара и сте информиран за условията за това.

При необходимост от промяна е длъжен предварително да уведоми персонала на клиника/отделение по лъчелечение.

Пациентът е информиран, че има правото и задължението да уведомява своевременно персонала на клиниката/отделение по лъчелечение за всяка промяна на състоянието си по време на хоспитализирането.

За промяната в състоянието се съобщава при посещението на пациента за провеждане на лъчелечение или при нужда по телефона на дежурната сестра на клиниката/отделението по всяко време.

КП № 241 ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ЗА СТАДИРАНЕ И ОЦЕНКА НА ТЕРАПЕВТИЧНИЯ ОТГОВОР ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ СОЛИДНИ ТУМОРИ И ХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП № 241.4 ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ЗА СТАДИРАНЕ И ОЦЕНКА НА ТЕРАПЕВТИЧНИЯ ОТГОВОР ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ СОЛИДНИ ТУМОРИ И ХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С КТ НА МИНИМУМ ДВЕ ЗОНИ ИЛИ КОСТНОМОЗЪЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ С МКБ – КОД 41.31 (30081-00, 30087-00) ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на костен мозък

30081-00 Биопсия на костен мозък
Включва: трепанация
Не включва: биопсия на костен мозък:
• аспирационна (30087-00 [800])
• перкутанна (30084-00 [800])

30087-00 Аспирационна биопсия на костен мозък
Не включва: костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT] (30084-00 [800])

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

59724-00 Миелография

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

58112-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 2 отдела

58108-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 4 отдела

Рентгенография на гърда

Мамография

59300-00 Рентгенография на гърди, двустранно

59303-00 Рентгенография на гърда, едностранно

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- корем (56301-01, 56307-01 [1957])
- и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем
Включва: жлъчен тракт

долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум
стомах

Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

58914-00 Иригография

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
• и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

56407-00 Компютърна томография на корем с интравенозна контрастна материя

Рентгенография на горен крайник

57700-00 Рентгенография на рамо и скапула

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

57512-02 Рентгенография на длан, пръсти, китка и предмишница

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро

Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно

Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

58306-00 Рентгенография на цял скелет

90909-00 Рентгенография на друго място

Компютърна томография на таз

56409-00 Компютърна томография на таз

56412-00 Компютърна томография на таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на таз, без, след това с венозен контраст

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
• използвайки:
• мапиране с цветен поток
• Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
• механично секторно сканиране
• трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Ултразвук на гърда

55076-00 Ултразвук на гърда, двустранно

55070-00 Ултразвук на гърда, едностранно

Ултразвук на други места

55812-00 Ултразвук на гръден кош или коремна стена

Друг ултразвук

55602-01 Интервенционална ехография на корем и ретроперитонеум

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55044-00 Ултразвук на мъжки таз

55731-00 Ултразвук на женски таз
Включва: такава със солева инфузия на ендометриална кухина
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Ултразвук на други места

90908-00 Ултразвук на друго място

2015 Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва:функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-01 Магнитно резонансна томография на глава
Включва: лице
орбита
синуси (етмоидален) (фронтален) (максиларен) (сфеноидален)
черепна кост
Не включва: такава на мозък:
• функционални (90901-09 [2015])
• БДУ (90901-00 [2015])

90901-02 Магнитно резонансна томография на шия
Не включва: такава на шиен гръбнак (90901-03 [2015])

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб
Включва: гръбначен мозък

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош
Включва: сърце

90901-06 Магнитно резонансна томография на таз

90901-08	Магнитно резонансна томография на друго място
90901-10	Магнитно резонансна томография на гърда

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] *Не включва*: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Един или повече от посочените маркери:

1928 Изследване на туморни маркери

91918-00	Изследване на туморен маркер PSA
91918-01	Изследване на туморен маркер CA-15-3
91918-02	Изследване на туморен маркер CA-19-9
91918-03	Изследване на туморен маркер CA-125
91918-04	Изследване на туморен маркер CEA
91918-05	Изследване на туморен маркер алфа-фетопротеин
91918-06	Изследване на туморен маркер бета-хорионгонадотропин
91918-07	Изследване на туморен маркер FPSA
91918-08	Изследване на туморен маркер NSE
91918-09	Изследване на туморен маркер CYFRA 21-1
91918-10	Изследване на туморен маркер CA-72-4
91918-12	Изследване на туморен маркер S-100
91918-13	Изследване на туморен маркер HE4
91918-14	Изследване на туморен маркер SCC
91918-39	Изследване на други туморни маркери

Изследване на кръв

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-16	Клинично-химични изследвания за директен билирубин
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-45	Клинично-химични изследвания за глобулин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

и/или

91910-08 Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар

91910-09 Изследване на протромбиново време

91904-02 Изследване на тромбиново време (ТТ)

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (АРТТ)

91910-11 Изследване на фибриноген

91913-04 Изследване на време на съсирване

и/или

1934 Други изследвания

91880-00 Флоуцитометрия

и/или

91919-19 Имунохистохимични изследвания

и/или

1930 Имунологични изследвания

91905-00 Имунохимия на серум и/или урина и/или ликвор – по преценка на лекуващия лекар

2014 Друго нуклеарно медицинско образно изследване

61473-00 Тироидно изследване
Включва: измерване на усвояването

61360-00 Хепатобилиарно изследване

61361-00 Хепатобилиарно изследване с определяне на формално количествено, след изходно изображение

61480-00 Паратироидно изследване

90910-00 Нуклеарно медицинско изследване на друг регион или орган

2008 Бъбречни нуклеарно медицински изследвания

61386-00 Ренално изследване
Базово бъбречно изследване
Включва: компютърен анализ
вливания
бъбречни изображения
Не включва: такова на бъбречна кора (61386-01, 61387-00 [2008])

2007 Нуклеарно медицински образни изследвания на стомашно-чревен тракт

61364-00 Изследване на чревна хеморагия

2000 Нуклеарно медицинско образно мозъчно изследване

61402-00 Мозъчно перфузионно изследване с еднофотонна емисионна компютърна томография [SPECT]
Мозъчна компютър томография с единична фотонна емисия [SPECT]
Не включва: мозъчна позитрон емисионна томография [PET] (61559-00 [2000])

	• с агент, преминаващ кръвно-мозъчната бариера (61405-00 [2000])
61405-00	Изследване на мозъка с кръвномозъчен бариерен агент
2009	**Изследване на локализирана кост чрез нуклеарно медицинско изображение**
61446-00	Локализирано костно изследване
2011	**Изследване кости на цяло тяло чрез нуклеарно медицинско изображение**
61421-00	Изследване на костна система на цяло тяло
2006	**Изследване на белодробна перфузия или вентилация**
61328-00	Изследване на белодробна перфузия
2005	**Друго нуклеарно медицинско изображение, изследващо кръвоносна система**
61469-00	Лимфосцинтиграфия
1863	**Нуклеарна медицина (необразна)**
12500-00	Оценяване на кръвен обем при нуклеарно медицинско изследване
12530-00	Нуклеарно медицинско изследване на цяло тяло
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Клиничната пътека включва диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, предоставяни на задължително здравноосигурени лица със заболявания по МКБ-10: Z 08.2, Z08.7 и основни заболявания C00-C97, D00-D09, D37D48.

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени най-малко три основни диагностични процедури от таблицата с диагностичните процедури, едната от които задължително е КТ или костномозъчно изследване 30081-00/ 30087-00 - само при онкохематологични заболявания с левкемична и/или костномозъчна изява.

В случай, че КП се завършва с КТ на минимум две зони или костномозъчно изследване 30081-00, 30087-00, се отчита като КП № 241.4.

За оценка на лечебен ефект при пациенти със солидни тумори КП № 241.4 се отчита минимум на всеки 2 - 4 месеца или 4 - 6 курса **(до 6 пъти за една календарна година),** съгласно Фармакотерапевтичното ръководство по Детска клинична хематология и онкология, прието на заседание на НСЦРЛП, публикувано на електронната страница на НСЦРЛП.

Код **Z08.2** - Последващо изследване след химиотерапия на злокачествено новообразувание, и код **Z08.7** - Последващо изследване след комбинирано лечение на злокачествено новообразувание, се използва задължително като водеща диагноза, за да покаже, че пациентът е приет за стадиране, рестадиране и оценка. **Задължително като втора диагноза се посочва онкологичното заболяване с МКБ код от C00 до C80.**

За оценка на лечебен ефект при пациенти със злокачествени хематологични заболявания КП № 241.4 се отчита минимум на всеки 2-4 месеца или след всеки 3-4 курса, съгласно решенията на клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология.

Код **Z08.2** - Последващо изследване след химиотерапия на злокачествено новообразувание, и код **Z08.7** - Последващо изследване след комбинирано лечение на злокачествено новообразувание, се използват задължително като **водеща диагноза**, за да покажат, че пациентът е приет за стадиране, рестадиране и оценка. **Задължително като втора диагноза**: **C81-C97, D45- D48.** За посочените диагнози КП № 241.4 се отчита **до 6 пъти за една календарна година.**

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като

допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва: ПКК, диференциална кръвна картина (91910-04; 91910-05) и биохимия (поне две от посочените: 91910-12; 9191013; 91910-14; 91910-15; 91910-16; 91910-17; 91910-18; 91910-45; 91910-19; 91910-20; 9191025; 91910-26; 91910-27; 91910-41), и/или хемостазеологичен статус: 91910-08; 91910-09; 91904-02; 91910-10; 91910-11; 91913-04, и/или флоуцитометрия 91880-00, и/или имунохистохимия 91919-19; и/или имунохимия на серум, и/или урина, и/или ликвор 9190500– по преценка на лекуващия лекар.

Всички дианостични процедури, включени в ДЛА на тази клинична пътека, се извършват от ЛЗБП или КОЦ, което я отчита. Пациентите не могат да бъдат връщани за допълнителни изследвания в извънболничната помощ.

По време на болничния престой в медицинската документация (ИЗ) ежедневно се нанася декурзус.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за пакети:

Злокачествени заболявания при лица до 18 години (отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури "Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания", "Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания", "Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания", "Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия", "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания" и клинични пътеки "Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст", "Брахитерапия с ниски активности", "Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия", "Триизмерно конформално лъчелечение", "Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания", "Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания", "Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности" и "Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания").

Договор за КП № 241 „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, от пакети за комплексно лечение на „Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“, „Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ и „Злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години“ могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по тези пакети.

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкологични и онкохематологични заболявания **само след заключение на клинична онкологична комисия по амбулаторна процедура № 5, с изключение на случаите по спешност**. Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр №5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр №5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакетите, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност „Детска клинична хематология и онкология“, осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Детска клинична хематология и онкология“. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Детска клинична хематология и онкология“.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по детска клинична хематология и онкология или Клиника/отделение по педиатрия III ниво
2. Клинична лаборатория*
3. Отделение/лаборатория по клинична патология
4. Отделение по образна диагностика
5. Болнична аптека

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по детска онкохематология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Цитогенетична лаборатория
2. Апаратура за КАТ с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Лаборатория по нуклеарномедицинска диагностика
4. Клиника/отделение/Лаборатория/център по трансфузионна хематология с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
5. Имунологична лаборатория
6. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- четирима лекари със специалност по педиатрия и/или детска клинична хематология и онкология, от които трима лекари със специалност детска клинична хематология и онкология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология; - лекар със специалност по образна диагностика.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1.Осигуряване на диагнстични изследвания за стадиране и рестадиране при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания

1.1. Запознаване с Решението на клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология;

1.2. Оценка на здравния статус и резултатите от предходящи параклинични показатели и образните изследвания на пациента.

1.3. Провеждане и сравнителна оценка на резултатите от медико-диагностични изследвания в съответствие с утвърденото фармакотерапевтично ръководство по детска клинична хематология и онкология и Решението на клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология;

1.4. Предварителна оценка на стадия на заболяването

2. Оценка на туморния терапевтичен отговор след проведено лечение в съответствие с утвърденото фармакотерапевтично ръководство по детска клинична хематология и онкология:

2.1. Оценка на здравния статус и резултатите от предходящи параклинични показатели и образните изследвания на пациента.

2.2. Провеждане и сравнителна оценка на медико-диагностични изследвания

2.3. Дефиниране на четири категории на отговор – пълна ремисия, частична ремисия, стабилна болест, прогресия.

2.4. Извършване на медико-диагностични дейности за рестадиране при поява на признаци, суспектни за рецидив и/или прогресия, в хода на проследяването на терапевтичния отговоротговор

2.5. Стадиране на лица от 18- до 25-годишна възраст, при които възниква заболяване (солидни тумори), присъщо за детска възраст, потвърдено при съвместно обсъждане на онкологичните комисии за деца и за възрастни.

Дейностите и услугите в обхвата се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

1.Стадиране, рестадиране и оценка на терапевтичния отговор при злокачествени солидни тумори.

Извършва се, съгласно Фармакотерапевтичното ръководство по детска клинична хематология и онкология, приети на заседание на НСЦРЛП и публикувани на електронната страница на НСЦРЛП.

Стадиращите, рестадиращите и оценъчните процедури включват предимно образни методи на изследване. Планират се предоперативно, следоперативно, след оптимален курс на лекарствена терапия (2-4 месеца или 4-6 курса), след лъчелечение, след терапевтична пауза, при поява на симптоми, подозрителни за прогресия, в хода на лечение или проследяване. Предоперативното стадиране и рестадиране изисква КТ (с контрастиране) на региона на туморната локализация плюс областите на най-често метастазиране.

Планирането на неоадювантна лекарствена терапия, самостоятелна или комбинирана с лъчелечение, изисква МРТ, ендоскопски ултразвук (ректален, простатен карцином). Предоперативната оценка на отговора към неоадювантна терапия се извършва с ехоскопия (карцином на гърда) или КТ.

Оценката на туморния терапевтичен отговор към лекарствена противотуморна терапия се планира на 2-4 месеца или 4-6 курса (цикъла) чрез КТ (с контрастиране) на региона на туморната локализация плюс областите на най-често метастазиране. Задължително е оценката да се интерпретира сравнително с изходното образно изследване (препоръчително по системата RECIST 1.1.) и да се дефинират четири **категории на отговор** – пълна ремисия, частична ремисия, стабилна болест, прогресия. Освен образни изследвания, оценката на терапевтичния отговор изисква и мониториране на динамиката на валидираните туморни маркери.

При поява на признаци, суспектни за локален рецидив и/или прогресия, в хода на проследяване е наложително рестадиране чрез КТ. Самостоятелната биохимична прогресия на валидирани туморни маркери изисква търсене на висцерална и/или скелетна прогресия чрез конвенционални образни изследвания, а при негативен резултат от тях се обсъжда провеждане на FDG ПЕТ/КТ.

2. Стадиращите, рестадиращите и оценъчните процедури при злокачествени хематологични заболявания включват освен образните методи (с контраст), приложими при лимфоидните и плазмоклетъчни неоплазии, и специфично костномозъчно изследване на аспират или биопсия, подложени на цитологични, хистологични, имунологични, цитогенетични и лабораторни изследвания. Планират се при първоначално стадиране и определяне на група риск, след всеки курс на индукционно, консолидационно и противорецидивно лечение при левкемии или след всеки 3-4 курса на лечение на лимфоми/миелом, както и при завършване на лечението, при поява на симптоми, подозрителни за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Обемът на изследванията при стадиране, рестадиране и оценка на терапевтичния отговор се определя от вида на заболяването с минимум три оценъчни процедури.

Оценката на терапевтичния отговор при пациенти с левкемии се планира след всеки индукционен и консолидационен курс и след не по-малко от всеки 2-3 противорецидивни курса, при завършване на лечението, при съмнение за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Дефинират се следните **категории на отговор –** пълна ремисия, пълна ремисия без възстановяване на хематологични показатели, неуспех, рецидив. Оценката задължително се основава на костномозъчно изследване/биопсия и допълнителни лабораторни изследвания. При неврологична симптоматика и съмнение за засягане на ЦНС се провежда КТ на глава.

Оценката на терапевтичния отговор при пациенти с лимфоидни неоплазии се планира след всеки 3-4 курса на лечение, след провеждане на лъчелечение, при завършване на лечението и при съмнение за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Дефинират се следните категории на отговор – пълен отговор, частичен отговор, стабилно заболяване, прогресия, рецидив. Оценката включва КТ изследване на гръден кош, корем и малък таз и костномозъчна биопсия при данни за ангажиране.

Оценката на терапевтичния отговор при пациенти с плазмоклетъчни неоплазии включва костномозъчно изследване/биопсия и имунохимично изследване на серум и/или урина и/или ликвор след всеки 3-4 курса на лечение, преди мобилизация, при завършване на лечението и при съмнение за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Изследването на β2-М дава информация за динамиката на туморния обем. Рентгенологични и КТ изследвания на не по-малко от две зони се провеждат към диагнозата. Дефинират се следните категории на отговор – пълен отговор (CR), строго дефиниран (sCR); много добър частичен отговор (VGPR), частичен отговор (PR); стабилно заболяване, прогресия, рецидив.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

За системно лекарствено лечение болните постъпват с поставена хистологична (цитологична) диагноза – за първичния тумор или неговите метастази.

Окончателната диагноза на хематологичните заболявания се изгражда във основа на хистологична, имунохистохимична, цитологична, имунологична, цитогенетична диагностика.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на хоспитализацията въз основа на:

-извършена предварителна оценка на стадия/стадиране или рестадиране;

- извършена оценка на терапевтичния отговор;

Насочване на пациента към клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология за окончателно стадиране и рестадиране и определяне/ корекция на терапевтичната стратегия, при необходимост от промяна на терапевтичната тактика.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г., след издаване на решение от клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология за диспансерно наблюдение.

На пациентите, провеждали адювантно (профилактично) лечение, се дава алгоритъм на последващото проследяване от химиотерапевт в лечебното заведение, като посоченото проследяване се извършва от лекарите в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

Пациентите, провеждали неоадювантно лечение, се насочват за последваща операция, а при недостатъчен ефект от химиотерапията – за продължаването й.

Пациентите с метастазирало и/или локално авансирало заболяване с частична ремисия или стациониране се насочват за продължаване на лекарственото лечение.

На пациентите с метастазирало и/или локално авансирало заболяване прогресиращи на химиотерапия или с неприемлива токсичност към нея, се назначава съответно симптоматично лечение.

За оценка от ефекта на системното лекарствено лечение на всеки 2-4 месеца или 4-6 курса, което означава не повече от 6 за една календарна година.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1.Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

8.2.Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

“История на заболяването”;

част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.3. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Злокачествените тумори и малигнените хемопатии са заболявания, които произлизат от тъканите на организма, имат прогресивен ход и може да засегнат и други органи и системи. Досега не е установена напълно причината за появата им.

Кои са най-честите оплаквания, предизвикани от злокачествени тумори и малигнени хемопатии**?**

Първите прояви са нехарактерни: отпадналост, безапетитие, неясна температура, лека болезненост в засегнатия орган, тежест в корема, редуващи се диария и запек, отслабване на тегло, болка в гърдите, задух или упорита кашлица, намалена работоспособност. Установяват се неясни уплътнения в различни части на тялото, увеличени лимфни възли - най-често шийно или в подмишничната област, като те не са болезнени и постепенно нарастват. При мъжете може да има учестено уриниране, особено нощем, както и болка в тестисите.

Какви методи и процедури са необходими за поставяне на диагнозата „злокачествен тумор" и малигнена хемопатия**?**

Предварителните изследвания за поставяне на диагнозата се провеждат от Вашия личен лекар в съответната лаборатория, където ще Ви вземат кръв от вената. След това ще Ви бъдат направени ехографски и рентгенови изследвания на различни части от тялото.

При установяване на отклонения от нормата ще бъдете насочен към съответен специалист (хематолог, хирург, гинеколог, уролог, пулмолог, оториноларинголог и пр.). Той ще назначи допълнителни специализирани изследвания. Диагнозата злокачествен тумор ще бъде поставена след осъществяване на биопсия на съмнителния участък или ангажирани от тумора лимфни възли или тъкани. За да бъде потвърдена диагнозата, трябва да се направи хистологична преценка на биопсията от патолог, както и допълнителни имунохистохимични изследвания при необходимост.

При установяване на злокачествен тумор всички Ваши изследвания ще бъдат представени на клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология, в която има специалисти от различни области за обсъждане на най-добрия метод или комбинация от различни методи за Вашето лечение. Вие ще бъдете насочен към съответния специалист (хирург, лъчетерапевт,химиотерапевт или хематолог) за провеждане на лечението. В консултативния кабинет на съответната клиника/отделение специалистът оценява направените лабораторни и инструментални изследвания, подготвя документите за приемането в клиниката/отделението и Ви определя ден и час за постъпване (освен в случаите на спешност).

Как се лекуват злокачествени тумори и малигнени хемопатии**?**

Лечението е комплексно, като се прилагат в различна последователност оперативно, лъчево или лекарствено лечение. Основни локални методи на лечение са оперативно и лъчелечение. Лекарственото лечение се използва в определени случаи преди операцията, за да се намали обема на тумора и да се съхрани оперирания орган. В някои случаи, когато се установи, че туморът не може да се премахне оперативно, поради проникването му в околните органи или при наличие на разсейки, химиотерапията най-често остава единствен метод на лечение.

Вие ще получите подробна инструкция за медикаментите, които се използват за Вашето лечение.

Лечението се провежда с прилагане на няколко курса химиотерапия с паузи между тях, след което се отчита постигнатия ефект.

Какви усложнения може да настъпят при провеждане на системно противотуморно лекарствено лечение?

Лечението се провежда само във високоспециализирани химиотерапевтични или хематологични клиники и отделения, в които има квалифициран персонал, необходимите лекарства и подходящи условия за прилагането им.

Усложненията от провежданото лечение са свързани предимно с използваните противотуморни лекарства:

стерилитет (често обратим);

безапетитие, гадене, повръщане, диария, промяна във вкусовите усещания

косопад – настъпва при повечето лекарствени комбинации и е обратим - след преустановяване на лечението косата израства отново;

намаляване броя на кръвните клетки (левкопения, тромбоцитопения, анемия), които най-често се възстановяват в паузите между курсовете, а по-рядко налагат прилагане на растежни фактори (на бялата или червена кръвна редица).

нарушаване на менструалния цикъл;

възпаление на вената (флебит), в която се въвеждат лекарствата. Изразява се в локално зачервяване, болка, повишаване на локалната и обща температура;

кожен обрив, промени на ноктите, оцветяване на кожа и лигавици;

промяна в цвета на урината непосредствено след венозната инфузия;

реакции на свръхчувствителност.

Съществуват симптоматични средства за преодоляване на посочените нежелани лекарствени реакции.

Вие подлежите на диспансерно наблюдение, когато се покрият необходимите критерии от Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.

Моля, обърнете се към лекаря, назначаващ Вашето лечение, за допълнителна информация.

КП № 241 ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ЗА СТАДИРАНЕ И ОЦЕНКА НА ТЕРАПЕВТИЧНИЯ ОТГОВОР ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ СОЛИДНИ ТУМОРИ И ХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП № 241.5 ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ЗА СТАДИРАНЕ И ОЦЕНКА НА ТЕРАПЕВТИЧНИЯ ОТГОВОР ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ СОЛИДНИ ТУМОРИ И ХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С МРТ ПРИ ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на костен мозък

30081-00 Биопсия на костен мозък
Включва: трепанация
Не включва: биопсия на костен мозък:
• аспирационна (30087-00 [800])
• перкутанна (30084-00 [800])

30087-00 Аспирационна биопсия на костен мозък
Не включва: костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT] (30084-00 [800])

Компютърна томография *на мозък*

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

59724-00 Миелография

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])

• 4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

58112-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 2 отдела

58108-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 4 отдела

Рентгенография на гърда

Мамография

59300-00 Рентгенография на гърди, двустранно

59303-00 Рентгенография на гърда, едностранно

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем
Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област
ретроперитонеум

стомах

Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

58914-00 Иригография

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
- и
- мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
- таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

56407-00 Компютърна томография на корем с интравенозна контрастна материя

Рентгенография на горен крайник

57700-00 Рентгенография на рамо и скапула

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

57512-02 Рентгенография на длан, пръсти, китка и предмишница

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро

Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно

Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

58306-00 Рентгенография на цял скелет

90909-00 Рентгенография на друго място

Компютърна томография на таз

56409-00 Компютърна томография на таз

56412-00 Компютърна томография на таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на таз, без, след това с венозен контраст

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:

• мапиране с цветен поток
• Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
• механично секторно сканиране
• трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Ултразвук на гърда

55076-00 Ултразвук на гърда, двустранно

55070-00 Ултразвук на гърда, едностранно

Ултразвук на други места

55812-00 Ултразвук на гръден кош или коремна стена

Друг ултразвук

55602-01 Интервенционална ехография на корем и ретроперитонеум

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55044-00 Ултразвук на мъжки таз

55731-00 Ултразвук на женски таз
Включва: такава със солева инфузия на ендометриална кухина
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Ултразвук на други места

90908-00 Ултразвук на друго място

2015 Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва:функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-01 Магнитно резонансна томография на глава
Включва: лице
орбита
синуси (етмоидален) (фронтален) (максиларен) (сфеноидален)
черепна кост
Не включва: такава на мозък:
• функционални (90901-09 [2015])
• БДУ (90901-00 [2015])

90901-02 Магнитно резонансна томография на шия
Не включва: такава на шиен гръбнак (90901-03 [2015])

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб
Включва: гръбначен мозък

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош
Включва: сърце

90901-06 Магнитно резонансна томография на таз

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място

90901-10 Магнитно резонансна томография на гърда

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Един или повече от посочените маркери:

1928 Изследване на туморни маркери

91918-00 Изследване на туморен маркер PSA
91918-01 Изследване на туморен маркер CA-15-3
91918-02 Изследване на туморен маркер CA-19-9
91918-03 Изследване на туморен маркер CA-125
91918-04 Изследване на туморен маркер CEA
91918-05 Изследване на туморен маркер алфа-фетопротеин
91918-06 Изследване на туморен маркер бета-хорионгонадотропин
91918-07 Изследване на туморен маркер FPSA
91918-08 Изследване на туморен маркер NSE
91918-09 Изследване на туморен маркер CYFRA 21-1
91918-10 Изследване на туморен маркер CA-72-4
91918-12 Изследване на туморен маркер S-100
91918-13 Изследване на туморен маркер HE4
91918-14 Изследване на туморен маркер SCC
91918-39 Изследване на други туморни маркери

Изследване на кръв

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14 Клинично-химични изследвания за урея
91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-16 Клинично-химични изследвания за директен билирубин
91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин
91910-45 Клинично-химични изследвания за глобулин
91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

и/или

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

91910-08 Изследване на време на кървене

91910-09 Изследване на протромбиново време

91904-02 Изследване на тромбиново време (ТТ)

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (АРТТ)

91910-11 Изследване на фибриноген

91913-04 Изследване на време на съсирване

и/или

1934 Други изследвания

91880-00 Флоуцитометрия

и/или

91919-19 Имунохистохимични изследвания

и/или

1930 Имунологични изследвания

91905-00 Имунохимия на серум и/или урина и/или ликвор– по преценка на лекуващия лекар

2014 Друго нуклеарно медицинско образно изследване

61473-00 Тироидно изследване
Включва: измерване на усвояването

61360-00 Хепатобилиарно изследване

61361-00 Хепатобилиарно изследване с определяне на формално количествено, след изходно изображение

61480-00 Паратироидно изследване

90910-00 Нуклеарно медицинско изследване на друг регион или орган

2008 Бъбречни нуклеарно медицински изследвания

61386-00 Ренално изследване
Базово бъбречно изследване
Включва: компютърен анализ
вливания
бъбречни изображения
Не включва: такова на бъбречна кора (61386-01, 61387-00 [2008])

2007 Нуклеарно медицински образни изследвания на стомашно-чревен тракт

61364-00 Изследване на чревна хеморагия

2000 Нуклеарно медицинско образно мозъчно изследване

61402-00 Мозъчно перфузионно изследване с еднофотонна емисионна компютърна томография [SPECT]
Мозъчна компютър томография с единична фотонна емисия [SPECT]
Не включва: мозъчна позитрон емисионна томография [PET] (61559-00 [2000])
• с агент, преминаващ кръвно-мозъчната бариера (61405-00 [2000])

61405-00 Изследване на мозъка с кръвномозъчен бариерен агент

2009 Изследване на локализирана кост чрез нуклеарно медицинско изображение

61446-00	Локализирано костно изследване
2011	**Изследване кости на цяло тяло чрез нуклеарно медицинско изображение**
61421-00	Изследване на костна система на цяло тяло
2006	**Изследване на белодробна перфузия или вентилация**
61328-00	Изследване на белодробна перфузия
2005	**Друго нуклеарно медицинско изображение, изследващо кръвоносна система**
61469-00	Лимфосцинтиграфия
1863	**Нуклеарна медицина (необразна)**
12500-00	Оценяване на кръвен обем при нуклеарно медицинско изследване
12530-00	Нуклеарно медицинско изследване на цяло тяло
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Клиничната пътека включва диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, предоставяни на задължително здравноосигурени лица със заболявания по МКБ-10: Z 08.2, Z08.7 и основни заболявания C00 - C97, D00-D09, D37D48.

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени най-малко три основни диагностични процедури от таблицата с диагностичните процедури, едната от които задължително е МРТ или костномозъчно изследване 30081-00/ 30087-00 - само при онкохематологични заболявания с левкемична и/или костномозъчна изява.

В случай, че КП се завършва с МРТ на една зона, се отчита като КП № 241.5.

За оценка на лечебен ефект при пациенти със солидни тумори КП № 241.5 се отчита на минимум на всеки 2 - 4 месеца или 4 - 6 курса **(до 6 пъти за една календарна година),** съгласно Фармакотерапевтичното ръководство по медицинска онкология, прието на заседание на НСЦРЛП, публикувано на електронната страница на НСЦРЛП.

Код **Z08.2** - Последващо изследване след химиотерапия на злокачествено новообразувание, и код **Z08.7** - Последващо изследване след комбинирано лечение на злокачествено новообразувание, се използва задължително като **водеща диагноза**, за да покаже, че пациентът е приет за стадиране, рестадиране и оценка. Задължително като **втора диагноза** се посочва онкологичното заболяване с МКБ код **от C00 до C80**.

За оценка на лечебен ефект при пациенти със злокачествени хематологични заболявания КП № 241.5 се отчита минимум на всеки 2-4 месеца или след всеки 3-4 курса, съгласно решенията на клиничната комисия по хематология.

Код **Z08.2** - Последващо изследване след химиотерапия на злокачествено новообразувание, и код **Z08.7** - Последващо изследване след комбинирано лечение на злокачествено новообразувание, се използва задължително като **водеща диагноза**, за да покаже, че пациентът е приет за стадиране, рестадиране и оценка; **задължително като втора диагноза**: **C81 - C97, D45 - D48. За посочените диагнози КП № 241.5 се отчита до 6 пъти за една календарна година.**

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва:ПКК, диференциална кръвна картина (91910-04; 91910-05) и биохимия (поне две от посочените: 91910-12; 9191013; 91910-14; 91910-15; 91910-16; 91910-17; 91910-18; 91910-45; 91910-19; 91910-20; 9191025; 91910-26; 91910-27; 91910-41), и/или хемостазеологичен статус: 91910-08; 91910-09; 91904-02; 91910-10; 91910-11; 91913-

04, и/или флоуцитометрия 91880-00, и/или имунохистохимия 91919-19; и/или имунохимия на серум, и/или урина, и/или ликвор 9190500– по преценка на лекуващия лекар.

Всички дианостични процедури, включени в ДЛА на тази клинична пътека, се извършват от ЛЗБП или КОЦ, което я отчита. Пациентите не могат да бъдат връщани за допълнителни изследвания в извънболничната помощ.

По време на болничния престой в медицинската документация (ИЗ) ежедневно се нанася декурзус.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за пакети:

„Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“ чрез прилагането на амбулаторни процедури "Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания", "Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания","Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия", "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания" и клинични пътеки "Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения", "Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявяния ".

„Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“ „Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст“.

1.3. Злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години (отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“, „Специфични изследвания при хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Диагностика и лечение на левкемии“, „Диагностика и лечение на лимфоми“ и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Договор за КП № 241 „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, от пакети за комплексно лечение на „Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“, „Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ и „Злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години“ могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по тези пакети.

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкологични и онкохематологични заболявания **само след заключение на клинична онкологична комисия по амбулаторна процедура № 5, с изключение на случаите по спешност**. Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр № 5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр № 5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакетите, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения

план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение, минимум второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт по „Медицинска онкология", от обхвата на медицинската специалност „Клинична хематология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицинските стандарти „Медицинска онкология", Клинична хематология" .

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЗА СТРУКТУРИ ПО „МЕДИЦИНСКА ОНКОЛОГИЯ"

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по медицинска онкология или Отделение по медицинска онкология в КОЦ,
2. Аптека

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Образна диагностика, вкл. апаратура за КАТ или МРТ с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, вкл. и при спешни състояния – на територията на населеното място
2. Клинична лаборатория – II ниво – на територията на населеното място
3. Лаборатория по нуклеарно-медицинска диагностика – на територията на страната
4. Лаборатория/отделение по клинична патология – с възможност за имунохистохимия
5. Клиника/отделение/лаборатория/Център по трансфузионна хематология с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, вкл. и при спешни състояния
6. Клиника/отделение по лъчелечение – на територията на страната
7. Микробиологична лаборатория
8. Структура за интензивно лечение

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- двама лекари със специалност „Медицинска онкология” или "Вътрешни болести" и "Онкология";
- лекар със специалност „Клинична лаборатория“;
- лекар със специалност „Образна диагностика“.

ЗА СТРУКТУРИ ПО „КЛИНИЧНА ХЕМАТОЛОГИЯ“

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Клинична хематология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична хематология".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хематология
2. Клинична лаборатория*
3. Отделение/лаборатория по клинична патология
4. Образна диагностика – минимум рентгенов апарат за скопия и графия
5. Болнична аптека

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична хематология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Лаборатория по медицинска генетика / цитогенетична лаборатория
2. Лаборатория по нуклеарно-медицинска диагностика
3. Апаратура за МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
4. Клиника/отделение/Лаборатория/център по трансфузионна хематология с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
5. Имунологична лаборатория

6. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- двама лекари със специалност „Клинична хематология".
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична патология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1.Осигуряване на диагнстични изследвания за стадиране и рестадиране при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания

Запознаване с Решението на общата клинична онкологична комисия/Клиничната комисия по хематология

Оценка на здравния статус и резултатите от предходжащи параклинични показатели и образните изследвания на пациента.

Провеждане и сравнителна оценка на резултатите от медико-диагностични изследвания в съответствие с утвърденото фармако-терапевтично ръководство по медицинска онкология и Решение на общата клинична онкологична комисия/клиничната комисия по хематология

Предварителна оценка на стадия на заболяването

Оценка на индикациите за лъчелечение

2. Оценка на туморния терапевтичен отговор след проведено лечение в съответствие с утвърденото фармакотерапевтично ръководство по медицинска онкология и клинична хематология, медицнски стандарт „Лъчелечение".

Оценка на здравния статус и резултатите от предходжащи параклинични показатели и образните изследвания на пациента.

Провеждане и сравнителна оценка на медико-диагностични изследвания

Дефиниране на четири категории на отговор – пълна ремисия, частична ремисия, стабилна болест, прогресия.

Извършване на медико-диагностични дейности за рестадиране при поява на признаци, суспектни за рецидив и/или прогресия, в хода на проследяването на терапевтичния отговоротговор.

Дейностите и услугите в обхвата се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Стадиране, рестадиране и оценка на терапевтичния отговор при злокачествени солидни тумори;

Извършва се, **съгласно утвърдени Фармакотерапевтично ръководство по медицинска онкология, Фармакотерапевтичното ръководство по кинична хематология**, публикувани на електронната страница на НСЦРЛП,

Стадиращите, рестадиращите и оценъчните процедури включват предимно образни методи на изследване. Планират се предоперативно, следоперативно, след оптимален курс на лекарствена терапия (2-4 месеца или 4-6 курса), след лъчелечение, след терапевтична пауза, при поява на сиптоми, подозрителни за прогресия, в хода на лечение или проследяване. Предоперативното стадиране и рестадиране изисква МРТ на региона на туморната локализация плюс областите на най-често метастазиране.

Планирането на неоадювантна лекарствена терапия, самостоятелна или комбинирана с лъчелечение, изисква МРТ, ендоскопски ултразвук (ректален, простатен карцином). Предоперативната оценка на отговора към неоадювантна терапия се извършва с ехоскопия (карцином на гърда) или МРТ.

Оценката на туморния терапевтичен отговор към лекарствена противотуморна терапия се планира на 2-4 месеца или 4-6 курса (цикъла) чрез МРТ на региона на туморната локализация

плюс областите на най-често метастазиране. Задължително е оценката да се интерпретира сравнително с изходното образно изследване (препоръчително по системата RECIST 1.1.) и да се дефинират четири **категории на отговор** – пълна ремисия, частична ремисия, стабилна болест, прогресия. Освен образни изследвания, оценката на терапевтичния отговор изисква и мониториране на динамиката на валидираните туморни маркери.

При поява на признаци, суспектни за локален рецидив и/или прогресия, в хода на проследяване е наложително рестадиране чрез МРТ. Самостоятелната биохимична прогресия на валидирани туморни маркери изисква търсене на висцерална и/или скелетна прогресия чрез конвенционални образни изследвания, а при негативен резултат от тях се обсъжда провеждане на FDG ПЕТ/КТ.

2. **Стадиращите, рестадиращите и оценъчните процедури при злокачествени хематологични заболявания** включват освен образните методи (с контраст), приложими при лимфоидните и плазмоклетъчни неоплазии, и специфично костномозъчно изследване на аспират или биопсия, подложени на цитологични, хистологични, имунологични, цитогенетични и лабораторни изследвания. Планират се при първоначално стадиране и определяне на група риск, след всеки курс на индукционно, консолидационно и противорецидивно лечение при левкемии или след всеки 3-4 курса на лечение на лимфоми/миелом, както и при завършване на лечението, при поява на симптоми, подозрителни за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Обемът на изследванията при стадиране, рестадиране и оценка на терапевтичния отговор се определя от вида на заболяването с минимум три оценъчни процедури.

Оценката на терапевтичния отговор при пациенти с левкемии се планира след всеки индукционен и консолидационен курс и след не по-малко от всеки 2-3 противорецидивни курса, при завършване на лечението, при съмнение за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Дефинират се следните **категории на отговор** – пълна ремисия, пълна ремисия без възстановяване на хематологични показатели, неуспех, рецидив. Оценката задължително се основава на костномозъчно изследване/биопсия и допълнителни лабораторни изследвания. При неврологична симптоматика и съмнение за засягане на ЦНС се провежда МРТ на глава.

Оценката на терапевтичния отговор при пациенти с лимфоидни неоплазии се планира след всеки 3-4 курса на лечение, след провеждане на лъчелечение, при завършване на лечението и при съмнение за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Дефинират се следните категории на отговор – пълен отговор, частичен отговор, стабилно заболяване, прогресия, рецидив. Оценката включва МРТ изследване на гръден кош, корем и малък таз и костномозъчна биопсия при данни за ангажиране.

Оценката на терапевтичния отговор при пациенти с плазмоклетъчни неоплазии включва костномозъчно изследване/биопсия и имунохимично изследване на серум и/или урина и/или ликвор след всеки 3-4 курса на лечение, преди мобилизация, при завършване на лечението и при съмнение за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Изследването на β2-М дава информация за динамиката на туморния обем. Рентгенологични и КТ изследвания на не по-малко от две зони се провеждат към диагнозата, МРТ се провежда по показания. Дефинират се следните категории на отговор – пълен отговор (CR), строго дефиниран (sCR); много добър частичен отговор (VGPR), частичен отговор (PR); стабилно заболяване, прогресия, рецидив.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

За системно лекарствено лечение и лъчелечение болните постъпват с поставена хистологична (цитологична) диагноза – за първичния тумор или неговите метастази.

Окончателната диагноза на хематологичните заболявания се изгражда във основа на хистологична, имунохистохимична, цитологична, имунологична, цитогенетична диагностика.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на хоспитализацията въз основа на:

- извършена предварителна оценка на стадия/стадиране или рестадиране;
- извършена оценка на терапевтичния отговор;

Насочване на пациента към обща клинична онкологична комисия/ клинична комисия по хематология за окончателно стадиране и рестадиране и определяне/корекция на терапевтичната стратегия, при необходимост от промяна на терапевтичната тактика.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са

съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г., след издаване на решение от общата онкологична комисия за диспансерно наблюдение.

На пациентите, провеждали адювантно (профилактично) лечение, се дава алгоритъм на последващото проследяване от химиотерапевт в лечебното заведение, като посоченото проследяване се извършва от лекарите в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

Пациентите, провеждали неоадювантно лечение, се насочват за последваща операция, а при недостатъчен ефект от химиотерапията – за продължаването й.

Пациентите с метастазирало и/или локално авансирало заболяване с частична ремисия или стациониране се насочват за продължаване на лекарственото лечение.

На пациентите с метастазирало и/или локално авансирало заболяване, прогресиращи на химиотерапия или с неприемлива токсичност към нея, се назначава съответно симптоматично лечение.

Оценка от ефекта на системното лекарствено лечение - на всеки 2-4 месеца или 4-6 курса, което означава не повече от 6 за една календарна година.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

“История на заболяването”;

част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ;

Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Злокачествените тумори и малигнените хемопатии са заболявания, които произлизат от тъканите на организма, имат прогресивен ход и може да засегнат и други органи и системи. Досега не е установена напълно причината за появата им.

Кои са най-честите оплаквания, предизвикани от злокачествени тумори и малигнени хемопатии**?**

Първите прояви са нехарактерни: отпадналост, безапетитие, неясна температура, лека болезненост в засегнатия орган, тежест в корема, редуващи се диария и запек, отслабване на тегло, болка в гърдите, задух или упорита кашлица, намалена работоспособност. Установяват се неясни уплътнения в различни части на тялото, увеличени лимфни възли - най-често шийно или в подмишничната област, като те не са болезнени и постепенно нарастват. При мъжете може да има учестено уриниране, особено нощем, както и болка в тестисите.

Какви методи и процедури са необходими за поставяне на диагнозата „злокачествен тумор” и малигнена хемопатия**?**

Предварителните изследвания за поставяне на диагнозата се провеждат от Вашия личен лекар в съответната лаборатория, където ще Ви вземат кръв от вената. След това ще Ви бъдат направени ехографски и рентгенови изследвания на различни части от тялото.

При установяване на отклонения от нормата ще бъдете насочен към съответен специалист (хематолог, хирург, гинеколог, уролог, пулмолог, оториноларинголог и пр.). Той ще назначи допълнителни специализирани изследвания. Диагнозата злокачествен тумор ще бъде поставена след осъществяване на биопсия на съмнителния участък или ангажирани от тумора лимфни възли или тъкани. За да бъде потвърдена диагнозата, трябва да се направи хистологична преценка на биопсията от патолог, както и допълнителни имунохистохимични изследвания при необходимост.

При установяване на злокачествен тумор всички Ваши изследвания ще бъдат представени на онокологична комисия или клинична комисия по хематология, в която има специалисти от различни области за обсъждане на най-добрия метод или комбинация от различни методи за Вашето лечение. Вие ще бъдете насочен към съответния специалист (хирург, лъчетерапевт,химиотерапевт или

хематолог) за провеждане на лечението. В консултативния кабинет на съответната клиника/отделение специалистът оценява направените лабораторни и инструментални изследвания, подготвя документите за приемането в клиниката/отделението и Ви определя ден и час за постъпване (освен в случаите на спешност).

Как се лекуват злокачествени тумори и малигнени хемопатии**?**

Лечението е комплексно, като се прилагат в различна последователност оперативно, лъчево или лекарствено лечение. Основни локални методи на лечение са оперативно и лъчелечение. Лекарственото лечение се използва в определени случаи преди операцията, за да се намали обема на тумора и да се съхрани оперирания орган. В някои случаи, когато се установи, че туморът не може да се премахне оперативно, поради проникването му в околните органи или при наличие на разсейки, химиотерапията най-често остава единствен метод на лечение.

Вие ще получите подробна инструкция за медикаментите, които се използват за Вашето лечение.

Лечението се провежда с прилагане на няколко курса химиотерапия с паузи между тях, след което се отчита постигнатия ефект.

Какви усложнения може да настъпят при провеждане на системно противотуморно лекарствено лечение?

Лечението се провежда само във високоспециализирани химиотерапевтични или хематологични клиники и отделения, в които има квалифициран персонал, необходимите лекарства и подходящи условия за прилагането им.

Усложненията от провежданото лечение са свързани предимно с използваните противотуморни лекарства:

стерилитет (често обратим);

безапетитие, гадене, повръщане, диария, промяна във вкусовите усещания

косопад – настъпва при повечето лекарствени комбинации и е обратим - след преустановяване на лечението косата израства отново;

намаляване броя на кръвните клетки (левкопения, тромбоцитопения, анемия), които най-често се възстановяват в паузите между курсовете, а по-рядко налагат прилагане на растежни фактори (на бялата или червена кръвна редица).

нарушаване на менструалния цикъл;

възпаление на вената (флебит), в която се въвеждат лекарствата. Изразява се в локално зачервяване, болка, повишаване на локалната и обща температура;

кожен обрив, промени на ноктите, оцветяване на кожа и лигавици;

промяна в цвета на урината непосредствено след венозната инфузия;

реакции на свръхчувствителност.

Съществуват симптоматични средства за преодоляване на посочените нежелани лекарствени реакции.

Вие подлежите на диспансерно наблюдение, когато се покрият необходимите критерии от Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.

Моля, обърнете се към лекаря, назначаващ Вашето лечение за допълнителна информация.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА, ЖЕЛАЕЩ ДА ПРОВЕЖДА СТАДИРАНЕ ПРЕДИ ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ, ОЦЕНКА НА ЕФЕКТА СЛЕД ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ И ПРИ СЪМНЕНИЕ ЗА РЕЦИДИВ, БЕЗ ДА НОЩУВА В СТАЦИОНАРА:

Нощуването извън стационара на клиника/отделение по лъчелечение е само по собствено желание на пациента. Никой не може да Ви оказва натиск, да вземете решение за това.

Вие можете да нощувате извън стационара само със съгласието на Вашия лекуващ лекар.

Съгласието да нощувате извън стационара се отразява от Вашия лекуващ лекар в ИЗ. Съгласието за това се дава еднократно в началото на постъпването и е възможно да се преоцени при промяна на състоянието на пациента.

Вие подписвате съответния формуляр, че желаете да се стадирате, без да нощувате в стационара и сте информиран за условията за това.

При необходимост от промяна е длъжен предварително да уведоми персонала на клиника/отделение по лъчелечение.

Пациентът е информиран, че има правото и задължението да уведомява своевременно персонала на клиниката/отделение по лъчелечение за всяка промяна на състоянието си по време на хоспитализирането.

За промяната в състоянието се съобщава при посещението на пациента за провеждане на лъчелечение или при нужда по телефона на дежурната сестра на клиниката/отделението по всяко време.

КП № 241 ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ЗА СТАДИРАНЕ И ОЦЕНКА НА ТЕРАПЕВТИЧНИЯ ОТГОВОР ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ СОЛИДНИ ТУМОРИ И ХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП № 241.6 ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ ЗА СТАДИРАНЕ И ОЦЕНКА НА ТЕРАПЕВТИЧНИЯ ОТГОВОР ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ СОЛИДНИ ТУМОРИ И ХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С МРТ ПРИ ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой 2 дни

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на костен мозък

30081-00 Биопсия на костен мозък
Включва: трепанация
Не включва: биопсия на костен мозък:
• аспирационна (30087-00 [800])
• перкутанна (30084-00 [800])

30087-00 Аспирационна биопсия на костен мозък
Не включва: костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT] (30084-00 [800])

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

59724-00 Миелография

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:

• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб
Радиография на поясен гръбнак
Не включва: радиография на гръбнак:
• 2 отдела (58112-00 [1969])
• 3 отдела (58115-00 [1969])
• 4 отдела (58108-00 [1969])

58115-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 3 отдела

58112-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 2 отдела

58108-00 Рентгенография на гръбначния стълб, 4 отдела

Рентгенография на гърда

Мамография

59300-00 Рентгенография на гърди, двустранно

59303-00 Рентгенография на гърда, едностранно

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• корем (56301-01, 56307-01 [1957])
• и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на гръден кош без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
• ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
• гръдна кост (58521-00 [1972])
• гръден вход (58509-00 [1974])
• трахея (58509-00 [1974])

Рентгенография на корем или перитонеум

58900-00 Рентгенография на корем
Включва: жлъчен тракт
долна гастроинтестинална област

ретроперитонеум
стомах

Не включва: тази на уринарния тракт (58700-00 [1980])

Рентгенография на стомашно-чревен тракт

58914-00 Иригография

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
и
• мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
• таз (56801-00, 56807-00 [1961])
• таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

56407-00 Компютърна томография на корем с интравенозна контрастна материя

Рентгенография на горен крайник

57700-00 Рентгенография на рамо и скапула

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

57512-02 Рентгенография на длан, пръсти, китка и предмишница

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро

Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57518-01 Рентгенография на коляно

Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57518-02 Рентгенография на подбедрица

57524-04 Рентгенография на глезен и стъпало

58306-00 Рентгенография на цял скелет

90909-00 Рентгенография на друго място

Компютърна томография на таз

56409-00 Компютърна томография на таз

56412-00 Компютърна томография на таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на таз, без, след това с венозен контраст

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
• използвайки:
• мапиране с цветен поток
• Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
• механично секторно сканиране
• трансдюсер с фазово излъчване
• с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Ултразвук на гърда

55076-00 Ултразвук на гърда, двустранно

55070-00 Ултразвук на гърда, едностранно

Ултразвук на други места

55812-00 Ултразвук на гръден кош или коремна стена

Друг ултразвук

55602-01 Интервенционална ехография на корем и ретроперитонеум

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55044-00 Ултразвук на мъжки таз

55731-00 Ултразвук на женски таз
Включва: такава със солева инфузия на ендометриална кухина
Не включва: при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

Ултразвук на други места

90908-00 Ултразвук на друго място

2015 Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва:функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-01 Магнитно резонансна томография на глава
Включва: лице
орбита
синуси (етмоидален) (фронтален) (максиларен) (сфеноидален)
черепна кост
Не включва: такава на мозък:
• функционални (90901-09 [2015])
• БДУ (90901-00 [2015])

90901-02 Магнитно резонансна томография на шия
Не включва: такава на шиен гръбнак (90901-03 [2015])

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб
Включва: гръбначен мозък

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош
Включва: сърце

90901-06 Магнитно резонансна томография на таз

90901-08	Магнитно резонансна томография на друго място
90901-10	Магнитно резонансна томография на гърда

Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00	Друга електрокардиография [ЕКГ] *Не включва*: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

Един или повече от посочените маркери:

1928 Изследване на туморни маркери

91918-00	Изследване на туморен маркер PSA
91918-01	Изследване на туморен маркер CA-15-3
91918-02	Изследване на туморен маркер CA-19-9
91918-03	Изследване на туморен маркер CA-125
91918-04	Изследване на туморен маркер CEA
91918-05	Изследване на туморен маркер алфа-фетопротеин
91918-06	Изследване на туморен маркер бета-хорионгонадотропин
91918-07	Изследване на туморен маркер FPSA
91918-08	Изследване на туморен маркер NSE
91918-09	Изследване на туморен маркер CYFRA 21-1
91918-10	Изследване на туморен маркер CA-72-4
91918-12	Изследване на туморен маркер S-100
91918-13	Изследване на туморен маркер HE4
91918-14	Изследване на туморен маркер SCC
91918-39	Изследване на други туморни маркери

Изследване на кръв

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-16	Клинично-химични изследвания за директен билирубин
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-45	Клинично-химични изследвания за глобулин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

и/или

91910-08 Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар

91910-09 Изследване на протромбиново време

91904-02 Изследване на тромбиново време (ТТ)

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (АРТТ)

91910-11 Изследване на фибриноген

91913-04 Изследване на време на съсирване

и/или

1934 Други изследвания

91880-00 Флоуцитометрия

и/или

91919-19 Имунохистохимични изследвания

и/или

1930 Имунологични изследвания

91905-00 Имунохимия на серум и/или урина и/или ликвор– по преценка на лекуващия лекар

2014 Друго нуклеарно медицинско образно изследване

61473-00 Тироидно изследване
Включва: измерване на усвояването

61360-00 Хепатобилиарно изследване

61361-00 Хепатобилиарно изследване с определяне на формално количествено, след изходно изображение

61480-00 Паратироидно изследване

90910-00 Нуклеарно медицинско изследване на друг регион или орган

2008 Бъбречни нуклеарно медицински изследвания

61386-00 Ренално изследване
Базово бъбречно изследване
Включва: компютърен анализ
вливания
бъбречни изображения
Не включва: такова на бъбречна кора (61386-01, 61387-00 [2008])

2007 Нуклеарно медицински образни изследвания на стомашно-чревен тракт

61364-00 Изследване на чревна хеморагия

2000 Нуклеарно медицинско образно мозъчно изследване

61402-00 Мозъчно перфузионно изследване с еднофотонна емисионна компютърна томография [SPECT]
Мозъчна компютър томография с единична фотонна емисия [SPECT]
Не включва: мозъчна позитрон емисионна томография [PET] (61559-00 [2000])
• с агент, преминаващ кръвно-мозъчната бариера (61405-00 [2000])

61405-00 Изследване на мозъка с кръвномозъчен бариерен агент

2009	**Изследване на локализирана кост чрез нуклеарно медицинско изображение**
61446-00	Локализирано костно изследване
2011	**Изследване кости на цяло тяло чрез нуклеарно медицинско изображение**
61421-00	Изследване на костна система на цяло тяло
2006	**Изследване на белодробна перфузия или вентилация**
61328-00	Изследване на белодробна перфузия
2005	**Друго нуклеарно медицинско изображение, изследващо кръвоносна система**
61469-00	Лимфосцинтиграфия
1863	**Нуклеарна медицина (необразна)**
12500-00	Оценяване на кръвен обем при нуклеарно медицинско изследване
12530-00	Нуклеарно медицинско изследване на цяло тяло
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

Клиничната пътека включва диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, предоставяни на задължително здравноосигурени лица със заболявания по МКБ-10: Z 08.2, Z08.7 и основни заболявания C00 - C97, D00-D09, D37D48.

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени най-малко три основни диагностични процедури от таблицата с диагностичните процедури, едната от които задължително е МРТ или костномозъчно изследване 30081-00/ 30087-00 - само при онкохематологични заболявания с левкемична и/или костномозъчна изява.

В случай, че КП се завършва с МРТ на една зона – се отчита като КП № 241.6.

За оценка на лечебен ефект при пациенти със солидни тумори КП № 241.6 се отчита на минимум на всеки 2 - 4 месеца или 4 - 6 курса **(до 6 пъти за една календарна година),** съгласно Фармакотерапевтичното ръководство по детска клинична хематология и онкология, прието на заседание на НСЦРЛП, публикувано на електронната страница на НСЦРЛП.

Код **Z08.2** - Последващо изследване след химиотерапия на злокачествено новообразувание, и код **Z08.7** - Последващо изследване след комбинирано лечение на злокачествено новообразувание, се използват задължително като **водеща диагноза**, за да покажат, че пациентът е приет за стадиране, рестадиране и оценка. Задължително като **втора диагноза** се посочва онкологичното заболяване с МКБ код от **C00 до C80.**

За оценка на лечебен ефект при пациенти със злокачествени хематологични заболявания КП № 241.6 се отчита минимум на всеки 2-4 месеца или след всеки 3-4 курса, съгласно решенията на клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология.

Код **Z08.2** - Последващо изследване след химиотерапия на злокачествено новообразувание, и код **Z08.7** - Последващо изследване след комбинирано лечение на злокачествено новообразувание, се използва задължително като водеща диагноза, за да покаже, че пациентът е приет за стадиране, рестадиране и оценка; **задължително като втора диагноза**: **C81- C97**, **D45- D48**. За посочените диагнози КП № 241.6 се отчита **до 6 пъти за една календарна година.**

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва: ПКК, диференциална кръвна картина (91910-04; 91910-05) и биохимия (поне две от посочените: 91910-12; 9191013; 91910-14;

91910-15; 91910-16; 91910-17; 91910-18; 91910-45; 91910-19; 91910-20; 9191025; 91910-26; 91910-27; 91910-41), и/или хемостазеологичен статус: 91910-08; 91910-09; 91904-02; 91910-10; 91910-11; 91913-04, и/или флоуцитометрия 91880-00, и/или имунохистохимия 91919-19; и/или имунохимия на серум и/или урина, и/или ликвор 9190500– по преценка на лекуващия лекар.

Всички дианостични процедури, включени в ДЛА на тази клинична пътека, се извършват от ЛЗБП или КОЦ, което я отчита. Пациентите не могат да бъдат връщани за допълнителни изследвания в извънболничната помощ.

По време на болничния престой в медицинската документация (ИЗ) ежедневно се нанася декурзус.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за пакети:

Договор за КП № 241.6, **могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по пакет** „Злокачествени заболявания при лица до 18 години“

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за пакет:

Злокачествени заболявания при лица до 18 години (отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури "Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания", "Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания", "Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания", "Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия", "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания" и клинични пътеки "Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст", "Брахитерапия с ниски активности", "Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия", "Триизмерно конформално лъчелечение", "Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания", "Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания", "Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности" и "Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания").

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкологични и онкохематологични заболявания **само след заключение на клинична онкологична комисия по амбулаторна процедура № 5, с изключение на случаите по спешност.** Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр № 5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр № 5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакетите, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност „Детска клинична хематология и онкология“, осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Детска клинична хематология и онкология“. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Детска клинична хематология и онкология“.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по детска клинична хематология и онкология или Клиника/отделение по педиатрия III ниво
2. Клинична лаборатория*
3. Отделение/лаборатория по клинична патология
4. Отделение по образна диагностика
5. Болнична аптека

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по детска онкохематология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Цитогенетична лаборатория
2. Апаратура за МРТ с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Лаборатория по нуклеарно медицинска диагностика
4. Клиника/отделение/Лаборатория/център по трансфузионна хематология с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
5. Имунологична лаборатория
6. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- четирима лекари със специалност по педиатрия и/или детска клинична хематология и онкология, от които трима лекари със специалност детска клинична хематология и онкология;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по образна диагностика.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Осигуряване на диагнстични изследвания за стадиране и рестадиране при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания

1.1. Запознаване с Решението на клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология;

1.2. Оценка на здравния статус и резултатите от предходжащи параклинични показатели и образните изследвания на пациента.

1.3. Провеждане и сравнителна оценка на резултатите от медико-диагностични изследвания в съответствие с утвърденото фармакотерапевтично ръководство по детска клинична хематология и онкология и Решението на клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология;

1.4. Предварителна оценка на стадия на заболяването

2. Оценка на туморния терапевтичен отговор след проведено лечение в съответствие с утвърденото фармакотерапевтично ръководство по детска клинична хематология и онкология:

2.1. Оценка на здравния статус и резултатите от предходжащи параклинични показатели и образните изследвания на пациента.

2.2. Провеждане и сравнителна оценка на медико-диагностични изследвания

2.3. Дефиниране на четири категории на отговор – пълна ремисия, частична ремисия, стабилна болест, прогресия.

2.4. Извършване на медико-диагностични дейности за рестадиране при поява на признаци, суспектни за рецидив и/или прогресия, в хода на проследяването на терапевтичния отговор;

2.5. Стадиране на лица от 18- до 25-годишна възраст, при които възниква заболяване (солидни тумори), присъщо за детска възраст, потвърдено при съвместно обсъждане на онкологичните комисии за деца и за възрастни.

Дейностите и услугите в обхвата се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

1. Стадиране, рестадиране и оценка на терапевтичния отговор при злокачествени солидни тумори.

Извършва се съгласно Фармакотерапевтичното ръководство по детска клинична хематология и онкология, прието на заседание на НСЦРЛП и публикувано на електронната страница на НСЦРЛП.

Стадиращите, рестадиращите и оценъчните процедури включват предимно образни методи на изследване. Планират се предоперативно, следоперативно, след оптимален курс на лекарствена терапия (2-4 месеца или 4-6 курса), след лъчелечение, след терапевтична пауза, при поява на симптоми, подозрителни за прогресия, в хода на лечение или проследяване. Предоперативното стадиране и рестадиране изисква МРТ на региона на туморната локализация плюс областите на най-често метастазиране.

Планирането на неоадювантна лекарствена терапия, самостоятелна или комбинирана с лъчелечение, изисква МРТ, ендоскопски ултразвук (ректален, простатен карцином). Предоперативната оценка на отговора към неоадювантна терапия се извършва с ехоскопия (карцином на гърда) или МРТ.

Оценката на туморния терапевтичен отговор към лекарствена противотуморна терапия се планира на 2-4 месеца или 4-6 курса (цикъла) чрез МРТ (с контрастиране) на региона на туморната локализация плюс областите на най-често метастазиране. Задължително е оценката да се интерпретира сравнително с изходното образно изследване (препоръчително по системата RECIST 1.1.) и да се дефинират четири категории на отговор – пълна ремисия, частична ремисия, стабилна болест, прогресия. Освен образни изследвания, оценката на терапевтичния отговор изисква и мониториране на динамиката на валидираните туморни маркери.

При поява на признаци, суспектни за локален рецидив и/или прогресия, в хода на проследяване е наложително рестадиране чрез МРТ. Самостоятелната биохимична прогресия на валидирани туморни маркери изисква търсене на висцерална и/или скелетна прогресия чрез конвенционални образни изследвания, а при негативен резултат от тях се обсъжда провеждане на FDG ПЕТ/КТ.

2. Стадиращите, рестадиращите и оценъчните процедури при злокачествени хематологични заболявания включват освен образните методи (с контраст), приложими при лимфоидните и плазмоклетъчни неоплазии, и специфично костномозъчно изследване на аспират или биопсия, подложени на цитологични, хистологични, имунологични, цитогенетични и лабораторни изследвания. Планират се при първоначално стадиране и определяне на група риск, след всеки курс на индукционно, консолидационно и противорецидивно лечение при левкемии или след всеки 3-4 курса на лечение на лимфоми/миелом, както и при завършване на лечението, при поява на симптоми, подозрителни за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Обемът на изследванията при стадиране, рестадиране и оценка на терапевтичния отговор се определя от вида на заболяването с минимум три оценъчни процедури.

Оценката на терапевтичния отговор при пациенти с левкемии се планира след всеки индукционен и консолидационен курс и след не по-малко от всеки 2-3 противорецидивни курса, при завършване на лечението, при съмнение за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Дефинират се следните категории на отговор – пълна ремисия, пълна ремисия без възстановяване на хематологични показатели, неуспех, рецидив. Оценката задължително се основава на костномозъчно изследване/биопсия и допълнителни лабораторни изследвания. При неврологична симптоматика и съмнение за засягане на ЦНС се провежда МРТ на глава.

Оценката на терапевтичния отговор при пациенти с лимфоидни неоплазии се планира след всеки 3-4 курса на лечение, след провеждане на лъчелечение, при завършване на лечението и

при съмнение за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Дефинират се следните **категории на отговор** – пълен отговор, частичен отговор, стабилно заболяване, прогресия, рецидив. Оценката включва МРТ изследване на гръден кош, корем и малък таз и костномозъчна биопсия при данни за ангажиране.

Оценката на терапевтичния отговор при пациенти с плазмоклетъчни неоплазии включва костномозъчно изследване/биопсия и имунохимично изследване на серум и/или урина и/или ликвор след всеки 3-4 курса на лечение, преди мобилизация, при завършване на лечението и при съмнение за прогресия или рецидив, в хода на лечение или проследяване. Изследването на β2-М дава информация за динамиката на туморния обем. Рентгенологични и КТ изследвания на не по-малко от две зони се провеждат към диагнозата, МРТ се провежда по показания. Дефинират се следните категории на отговор – пълен отговор (CR), строго дефиниран (sCR); много добър частичен отговор (VGPR), частичен отговор (PR); стабилно заболяване, прогресия, рецидив.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

За системно лекарствено лечение болните постъпват с поставена хистологична (цитологична) диагноза – за първичния тумор или неговите метастази.

Окончателната диагноза на хематологичните заболявания се изгражда във основа на хистологична, имунохистохимична, цитологична, имунологична, цитогенетична диагностика.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на хоспитализацията въз основа на:

-извършена предварителна оценка на стадия/стадиране или рестадиране;

- извършена оценка на терапевтичния отговор;

Насочване на пациента към клинична комисия по детска клинична хематология и онкология за окончателно стадиране и рестадиране и определяне/корекция на терапевтичната стратегия, при необходимост от промяна на терапевтичната тактика.

Довършване на лечебния процес и проследяване

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г., след издаване на решение от клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология за диспансерно наблюдение.

На пациентите, провеждали адювантно (профилактично) лечение се дава алгоритъм на последващото проследяване от химиотерапевт в лечебното заведение, като посоченото проследяване се извършва от лекарите в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

Пациентите, провеждали неоадювантно лечение се насочват за последваща операция, а при недостатъчен ефект от химиотерапията – за продължаването й.

На пациентите с метастазирало и/или локално авансирало заболяване с частична ремисия или стациониране се насочват за продължаване на лекарственото лечение.

На пациентите с метастазирало и/или локално авансирало заболяване прогресиращи на химиотерапия или с неприемлива токсичност към нея, се назначава съответно симптоматично лечение.

За оценка от ефекта на системното лекарствено лечение на всеки 2-4 месеца или 4-6 курса, което означава не повече от 6 за една календарна година.

ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

“История на заболяването”;

част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ;

Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Злокачествените тумори и малигнените хемопатии са заболявания, които произлизат от тъканите на организма, имат прогресивен ход и може да засегнат и други органи и системи. Досега не е установена напълно причината за появата им.

Кои са най-честите оплаквания, предизвикани от злокачествени тумори и малигнени хемопатии**?**

Първите прояви са нехарактерни: отпадналост, безапетитие, неясна температура, лека болезненост в засегнатия орган, тежест в корема, редуващи се диария и запек, отслабване на тегло, болка в гърдите, задух или упорита кашлица, намалена работоспособност. Установяват се неясни уплътнения в различни части на тялото, увеличени лимфни възли - най-често шийно или в подмишничната област, като те не са болезнени и постепенно нарастват. При мъжете може да има учестено уриниране, особено нощем, както и болка в тестисите.

Какви методи и процедури са необходими за поставяне на диагнозата „злокачествен тумор” и малигнена хемопатия**?**

Предварителните изследвания за поставяне на диагнозата се провеждат от Вашия личен лекар в съответната лаборатория, където ще Ви вземат кръв от вената. След това ще Ви бъдат направени ехографски и рентгенови изследвания на различни части от тялото.

При установяване на отклонения от нормата ще бъдете насочен към съответен специалист (хематолог, хирург, гинеколог, уролог, пулмолог, оториноларинголог и пр.). Той ще назначи допълнителни специализирани изследвания. Диагнозата злокачествен тумор ще бъде поставена след осъществяване на биопсия на съмнителния участък или ангажирани от тумора лимфни възли или тъкани. За да бъде потвърдена диагнозата, трябва да се направи хистологична преценка на биопсията от патолог, както и допълнителни имунохистохимични изследвания при необходимост.

При установяване на злокачествен тумор всички Ваши изследвания ще бъдат представени на клинична комисия по детска клинична хематология и онкология, в която има специалисти от различни области за обсъждане на най-добрия метод или комбинация от различни методи за Вашето лечение. Вие ще бъдете насочен към съответния специалист (хирург, лъчетерапевт,химиотерапевт или хематолог) за провеждане на лечението. В консултативния кабинет на съответната клиника/отделение специалистът оценява направените лабораторни и инструментални изследвания, подготвя документите за приемането в клиниката/отделението и Ви определя ден и час за постъпване (освен в случаите на спешност).

Как се лекуват злокачествени тумори и малигнени хемопатии**?**

Лечението е комплексно, като се прилагат в различна последователност оперативно, лъчево или лекарствено лечение. Основни локални методи на лечение са оперативно и лъчелечение. Лекарственото лечение се използва в определени случаи преди операцията, за да се намали обема на тумора и да се съхрани оперирания орган. В някои случаи, когато се установи, че туморът не може да се премахне оперативно, поради проникването му в околните органи или при наличие на разсейки, химиотерапията най-често остава единствен метод на лечение.

Вие ще получите подробна инструкция за медикаментите, които се използват за Вашето лечение.

Лечението се провежда с прилагане на няколко курса химиотерапия с паузи между тях, след което се отчита постигнатия ефект.

Какви усложнения може да настъпят при провеждане на системно противотуморно лекарствено лечение?

Лечението се провежда само във високоспециализирани химиотерапевтични или хематологични клиники и отделения, в които има квалифициран персонал, необходимите лекарства и подходящи условия за прилагането им.

Усложненията от провежданото лечение са свързани предимно с използваните противотуморни лекарства:

стерилитет (често обратим);

безапетитие, гадене, повръщане, диария, промяна във вкусовите усещания

косопад – настъпва при повечето лекарствени комбинации и е обратим - след преустановяване на лечението косата израства отново;

намаляване броя на кръвните клетки (левкопения, тромбоцитопения, анемия), които най-често се възстановяват в паузите между курсовете, а по-рядко налагат прилагане на растежни фактори (на бялата или червена кръвна редица).

нарушаване на менструалния цикъл;

възпаление на вената (флебит), в която се въвеждат лекарствата. Изразява се в локално зачервяване, болка, повишаване на локалната и обща температура;

кожен обрив, промени на ноктите, оцветяване на кожа и лигавици;

промяна в цвета на урината непосредствено след венозната инфузия;

реакции на свръхчувствителност.

Съществуват симптоматични средства за преодоляване на посочените нежелани лекарствени реакции.

Вие подлежите на диспансерно наблюдение, когато се покрият необходимите критерии от Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията.

Моля, обърнете се към лекаря, назначаващ Вашето лечение за допълнителна информация.

КП № 242.1 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЛЕВКЕМИИ

1. Минимален болничен престой – 5 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Лимфоидна левкемия
Включва: морфологични кодове M982, M9940—M9941 с код за характера на новообразуването /3

C91.0 **Остра лимфобластна левкемия**
Не включва остър пристъп на хронична лимфоцитна левкемия (C91.1)
C91.1 **Хронична лимфоцитна левкемия**
C91.3 **Пролимфоцитна левкемия**
C91.4 **Косматоклетъчна левкемия**
Левкемична ретикулоендотелиоза
C91.5 **Т-клетъчна левкемия при възрастни**
C91.7 **Друга лимфоидна левкемия**
C91.9 **Лимфоидна левкемия, неуточнена**

Миелоидна левкемия
Включва: левкемия:
• гранулоцитна
• миелогенна морфологични кодове M986—M988, M9930 с код за характера на новообразуването /3

C92.0 **Остра миелоидна левкемия**
Не включва: остър пристъп на хронична миелоидна левкемия (C92.1)
C92.1 **Хронична миелоидна левкемия**
C92.2 **Подостра миелоидна левкемия**

C92.3 **Миелоиден сарком**
Хлором
Гранулоцитен сарком
C92.4 **Остра промиелоцитна левкемия**
C92.5 **Остра миеломоноцитна левкемия**
C92.7 **Друга миелоидна левкемия**
C92.9 **Лимфоидна левкемия, неуточнена**

Моноцитна левкемия
Включва: моноцитоидна левкемия морфологичен код M989 с код за характера на новообразуването /3

C93.0 **Остра моноцитна левкемия**
Не включва: остър пристъп на хронична моноцитна левкемия (C93.1)
C93.1 **Хронична моноцитна левкемия**

C93.7 **Друга моноцитна левкемия**

Други левкемии с уточнен клетъчен вид
Включва: морфологични кодове M984, M9850, M9900, M9910, M9931—M9932 с код за характера на новообразуването /3
Не включва: левкемична ретикулоендотелиоза (C91.4)
плазмоклетъчна левкемия (C90.1)

C94.0 **Остра еритремия и еритролевкемия**
Остра еритремична миелоза
Болест на Di Guglielmo
C94.1 **Хронична еритремия**
Еритремия вера
Хроничен миелопролиферативен процес
Болест на Heilmeyer-Schöner
C94.2 **Остра мегакариобластна левкемия**
Левкемия:

• мегакариобластна (остра)
• мегакариоцитна (остра)

C94.3 Мастоклетъчна левкемия

C94.4 Остра панмиелоза

C94.5 Остра миелофиброза

C94.7 Друга уточнена левкемия

Левкемия с лимфосаркомни клетки
Остеомиелофиброза и остеомиелосклероза

Левкемия с неуточнен клетъчен тип

Включва: морфологичен код M980 с код за характера на новообразуването /3

C95.0 Остра левкемия с неуточнен клетъчен тип

Бластна левкемия
Стволоклетъчна левкемия
Не включва: остър пристъп на неуточнена хронична левкемия (C95.1)

C95.1 Хронична левкемия с неуточнен клетъчен тип

C95.2 Подостра левкемия с неуточнен клетъчен тип

C95.7 Друга левкемия с неуточнен клетъчен тип C95.9 Левкемия, неуточнена

Други и неуточнени злокачествени новообразувания на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани

Включва: морфологични кодове M972, M974 с код за характера на новообразуването /3

C96.0 Болест на Letterer-Siwe Нелипидна:
ретикулоендотелиоза
ретикулоза

C96.1 Злокачествена хистиоцитоза
Хистиоцитна медуларна ретикулоза

C96.2 Злокачествен мастоклетъчен тумор Злокачествен:
мастоцитом
мастоцитоза
Мастоклетъчен сарком
Не включва: мастоклетъчна левкемия (C94.3)
мастоцитоза (кожна) (Q82.2)

C96.3 Истински хистиоцитен лимфом

C96.7 Други уточнени злокачествени новообразувания на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани

C96.9 Злокачествено новообразувание на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани, неуточнено

D45 Полицитемия вера

Миелодиспластични синдроми

Включва: морфологичен код M998 с код за характера на новообразуването /1

D46.0 Рефрактерна анемия без сидеробласти, определена така

D46.1 Рефрактерна анемия със сидеробласти

D46.2 Рефрактерна анемия с повишен брой бласти

D46.4 Рефрактерна анемия, неуточнена

D46.7 Други миелодиспластични синдроми

D46.9 Миелодиспластичен синдром, неуточнен

Други новообразувания с неопределен или неизвестен характер на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани

Включва: морфологични кодове M974, M976, M996—M997 с код за характера на новообразуването /1

D47.1 Хронична миелопролиферативна болест
Миелофиброза (с миелоидна метаплазия)
Миелопролиферативна болест, неуточнена
Миелосклероза (мегакариоцитна) с миелоидна метаплазия

D47.3 Есенциална (хеморагична) тромбоцитемия Идиопатична
хеморагична тромбоцитемия

D47.7 Други уточнени новообразувания с неопределен или неизвестен характер на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани

Други анемии

D64.3 Други сидеробластни анемии
Сидеробластна анемия:
- БДУ
- реагираща на пиридоксин, некласифицирана другаде

Болест на далака

D73.1 Хиперспленизъм
Не включва: спленомегалия:
- БДУ (R16.1)
- вродена (Q89.0)

Други болести на кръвта и кръвотворните органи

Не включва: увеличени лимфни възли (R59.—) хипергамаглобулинемия БДУ (D89.2) лимфаденит:
- БДУ (I88.9)
- остър (L04.—)
- хроничен (I88.1)
- мезентериален (остър)(хроничен) (I88.0)

D75.0 Фамилна еритроцитоза
Полицитемия:
- доброкачествена
- фамилна

Не включва: наследствена овалоцитоза (D58.1)

D75.1 Вторична полицитемия Полицитемия:
- придобита
- дължаща се на:
- еритропоетин
- намаление на плазмения обем
- височина
- стрес
- емоционална
- хипоксемична
- нефрогенна
- относителна

Не включва: полицитемия:
- на новородено (P61.1)
- vera (D45)

D75.8 Други уточнени болести на кръвта и кръвотворните органи
Базофилия

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

	Биопсия на костен мозък
30081-00	Биопсия на костен мозък *Включва*: трепанация *Не включва*: биопсия на костен мозък: • аспирационна (30087-00 [800]) • перкутанна (30084-00 [800])
30087-00	Аспирационна биопсия на костен мозък *Не включва*: костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT] (30084-00 [800])
30084-00	Перкутанна биопсия на костен мозък Костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT]

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп

Включва: калвариум

Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])

такава на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- корем (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и
- мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
  - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро

Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57524-00 Рентгенография на феморална кост и коляно

57518-01 Рентгенография на коляно

Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57524-01 Рентгенография на коляно и подбедрица

57518-02 Рентгенография на подбедрица

Друга ангиография

59754-00 Лимфангиография

Включва: последваща радиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])

Дуплекс ултразвук на други съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места
Дуплекс ултразвук на съдове БДУ
Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб
Включва: гръбначен мозък

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош
Включва: сърце

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

92182-09 Друго морфологично изследване на ликвор

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

92184-07 Друго морфологично изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка

Изследване на кръв

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

и/или

91910-08 Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар

91910-09 Изследване на протромбиново време

91904-02 Изследване на тромбиново време (ТТ)

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

91910-11 Изследване на фибриноген

91913-04 Изследване на време на съсирване

91905-02 Определяне на BETA 2 микроглобулин

и/или

1934 Други изследвания

91880-00 Флоуцитометрия

и/или

91919-19 Имунохистохимични изследвания

и/или

1930 Имунологични изследвания

91905-00 Имунохимия на серум и/или урина и/или ликвор – по преценка на лекуващия лекар

и/или

91916-01 Цитогенетичен анализ на кръв или костен мозък

91907-08 Друго морфологично изследване на проба от далак и/или костен мозък

92186-07 Друго морфологично изследване на проба от лимфен възел и/или лимфа

91930-07 Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас

91919-10 Друго морфологично изследване на перитонеална и/или ретроперитонеална проба

91928-11 Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии

Нуклеарна медицина (необразна)

12500-00 Оценяване на кръвен обем при нуклеарно медицинско изследване
Включва: еритроцитен скриниг тест, обем 51Cr

12503-00 Тест за радиоактивно насищане на еритроцити за време на преживяемост

12503-01 Железен кинетичен тест

12515-00 Радиоактивен B12 абсорбционен тест, 2 изотопа

12524-00 Нуклеарен медицински тест на бъбречна функция
Изследване на бъбречен клирънс

12530-00 Нуклеарно медицинско изследване на цяло тяло
Не включва: изследване на цяло тяло с използване на:
- клетки, белязани с технеций (61433-00, 61434-00 [2012])
- галий (61429-00, 61430-00 [2012])
- йод (61426-00 [2012])

Друго нуклеарно медицинско образно изследване

90910-00 Нуклеарно медицинско изследване на друг регион или орган

Изследване кости на цяло тяло чрез нуклеарно медицинско изображение

61421-00 Изследване на костна система на цяло тяло

Включва: кръвни:
- поток }
- обем } изследване

Друго нуклеарно медицинско изображение, изследващо кръвоносна система

61469-00 Лимфосцинтиграфия

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

96198-00 Интратекално приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
Виж допълнителни знаци
Кодирай също когато е направено:
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96198-03 Интратекално приложение на фармакологичен агент- стероид

Други инцизионни процедури на вени

13757-00 Терапевтична венесекция

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
- тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на плазма
Трансфузия на албумин

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
- гама глобулин
- имуноглобулин
- Intragam

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Електролит

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антикоагуланти

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96200-00	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
93977-00	Терапия с колоностимулиращи фактори на бялата и червена кръвни редици

Афереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза
13750-01	Терапевтична левкофереза
13750-02	Терапевтична еритрофереза
13750-03	Терапевтична тромбофереза
13750-04	Афереза на стволови клетки

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, и две основни терапевтични процедури, посочени в таблицата с кодовете на основните процедури.

Приложението на колонистимулиращи фактори (вкл. еритропоетин) се отчита с код на процедура 93977-00.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва: хематологични изследвания: 91910-04, 91910-05 и/или хемостазеологичен статус: 91910-09, 91904-02, 91910-10, 91910-11 и/или флоуцитометрия 91880-00, и/или имунохистохимия 91919-19; и/или имунохимия на серум и/или урина, и/или ликвор 91905-00 – по преценка на лекуващия лекар; и/или определяне на бета – 2 микроглобулин 91905-02 – по преценка на лекуващия лекар и/или класическа или молекулярна цитогенетика 91916-01.

Основна процедура **92191-00/ 92191-0** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) **за заболяванията от пакет „Комплексно лечение на злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години“ чрез** прилагането на **амбулаторни процедури** „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“, „Специфични изследвания при хематологични заболявания“, „Специфични изследвания при хематологични заболявания“ **и клинични пътеки** „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Диагностика и лечение на левкемии“, „Диагностика и лечение на лимфоми“ и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Договор за КП № 242.1 „Диагностика и лечение на левкемии“, от пакет за комплексно лечение на „Злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години“ **могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.**

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкохематологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкохематологични заболявания **само след заключение на клинична комисия по хематология по амбулаторна процедура № 5, с изключение на случаите по спешност.** Ако

лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр № 5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр № 5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

Лечение по тази КП се започва **след отчитане на АПр 5** "Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания" и издаване на **решение Клинична комисия по хематология за системно лекарствено лечение.**

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Клинична хематология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична хематология", от обхвата на медицинската специалност "Клинична хематология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична хематология" след решение на клинична комисия по хематология.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хематология
2. Клинична лаборатория*
3. Отделение/лаборатория по клинична патология
4. Образна диагностика – минимум рентгенов апарат за скопия и графия
5. Болнична аптека

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична хематология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Лаборатория по медицинска генетика/ цитогенетична лаборатория
2. Лаборатория по нуклеарно-медицинска диагностика
3. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
4. Клиника/отделение/Лаборатория/център по трансфузионна хематология с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
5. Имунологична лаборатория
6. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- трима лекари със специалност „Клинична хематология“ за клиника/отделение III ниво; или

- двама лекари със специалност „Клинична хематология“ в клиника/отделение от II ниво само за пациенти след решение на клинична комисия по хематология.
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична патология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

При доказано злокачествено хематологично заболяване при пациенти над 18 годишна възраст, същите **задължително се консултират от Клинична комисия по хематология в лечебни заведения със структури по клинична хематология от трето ниво**. Специфичното лечение на пациент със злокачествено хематологично заболяване не започва, ако той не е обсъден на клинична комисия и не е определена цялостната комплексна лечебна тактика. По изключение лечението може да бъде започнато **при спешни** показания, но случаят следва да бъде разгледан от клиничната комисия при първото й редовно заседание.

Решението на клиничната комисия, както за първоначалното формиране на терапевтичната стратегия, така и за всяка последваща промяна е неразделна част от ИЗ.

Лекарствените продукти се предписват от комисията по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 год.

Лекарствените продукти се назначават в съответните мерни единици.

В **протоколите от решенията на комисията** по ал. 1 се вписват задължително всички реквизити от приложение № 8в от чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г. Протоколът е неизменна част от решението на Клинична комисия по хематология, когато е взето решение за лекарствено лечение.

Информация за решенията се подава в електронен формат в НЗОК при започване/промяна на терапията по КП/АПр.

Приготвянето на разтвори на лекарствени продукти за приложение на пациентите се извършва ръчно, съгласно всички изисквания за стерилност, безапасност, точно дозиране, системи за контрол и валидиране или чрез използване на полуавтоматизирани или автоматизирани системи.

„Разтварянето и прехвърлянето на цитотоксични лекарства, моноклонални антитела и други лекарствени продукти се осъществява по утвърден „Списък на лекарствени продукти“, чрез затворени системи, влизащи в цената на КП.

Организацията на работата в болничната Наредба № 28, която отпуска онкологичните препарати, отговаря на изискванията на Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.“

Лекарствените продукти за системно лечение на злокачествени заболявания се приготвят в аптеката на съответното лечебно заведение във вид за директно приложение на пациента съгласно чл. 37а, ал. 1 и 2 от Наредба № 28 от 2008 г. и правилата за добра фармацевтична практика в онкологията.

Това подлежи на контрол от страна на НЗОК.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика на заболяванията чрез цитологични и/или хистологични, имунофенотипни, цитогенетични и/или молекулярни изследвания, съобразно диагностичните стандарти при съответната нозологична единица за: диагностициране и прогностична стратификация на пациенти със суспектно заболяване.

2. Стационарно лечение на болни над 18 години с установени заболявания по повод:

2.1. Противотуморно лечение с монотерапия или комбинирани режими от циторедуктивни, имуномодулаторни, кортикостероидни и таргетни медикаменти, осъществимо единствено в стационарни условия, при болни с новооткрита и рецидивирала левкемия;

2.2.терапия с еритро-, тромбо- и гранулоцитни колониостимулиращи фактори:– при налична клинична симптоматика и/или лабораторни показания: неутропения и клинични данни за инфекция (вкл. фебрилна неутропения); данни за анемия и прогностични фактори за благоприятен отговор на лечението;

2.3. заместителна терапия с кръв и кръвни продукти – при налична клинична симптоматика и/или лабораторни показания – тежка анемия, хеморагична диатеза при животозастрашаваща тромбоцитопения;

2.4. антибактериална, антивирусна и антимикотична терапия при болни с инфекциозни (пневмония, сепсис, тежка инфекция), хеморагични (нетромбоцитопенични) и други тежки усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение;

2.5. болни с диагностицирана левкемия за планова противотуморна терапия, колонистимулиращи фактори и имуномодулатори.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

1. Диагностика и оценка на рискова група, рестадиране и оценка на терапевтичния отговор.

Диагностичните, рестадиращите и оценъчните процедури включват клиничен преглед, оценка на характеристиките на левкемичния процес в костен мозък и/или периферна кръв и/или цереброспинална течност и/или в друга ектрамедуларна локализация чрез морфологични, имунологични, генетични и молекулярни изследвания, където това е приложимо. Планират се преди вземане на решение за провеждане на лекарствено лечение, след индукционен курс на лекарствена терапия, след консолидационна терапия, след терапевтична пауза, при поява на симптоми, подозрителни за прогресия, в хода на лечение или проследяване. Други изследвания се осъществяват при наличие на показания, налагащи се от състоянието на конкретния пациент.

Терапевтичният подход се съобразява с общото състояние на пациента спрямо приложената скала:

СКАЛА НА ECOG/WHO ЗА PERFORMANCE STATUS:

0 = норма; способен на нормални дейности;

1 = с наличие на симптоматика, но амбулаторен;

2 = с инвалидизиращи туморни прояви, но под 50% от времето е на легло;

3 = тежко инвалидизиран с над 50% от времето на легло;

4 = тежко болен. 100% от времето е на легло;

5 = смърт.

2. Лекарствено лечение на левкемии, миелодиспластични синдроми или миелопролиферативни неоплазии при възрастните

Лекарственото лечение при възрастни със заболявания, включени в КП № 242 се провежда в зависимост от конкретния нозологичен тип, възрастта, общото състояние на пациента, рисковата група на базата на прогностичните и предиктивни фактори, съпътстващите усложнения и коморбидността. За целта се прилагат доказани в мултицентрични рандомизирани проучвания монотерапии или комбинации (режими) от циторедуктивни, имуномодулаторни, кортикостероидни и таргетни медикаменти, или найдобра поддържаща терапия.

Лечението се провежда съгласно Решение на клиничната комисия по хематология, отразено в протокол.

Лечението с лекарствени продукти, включени в Приложение № 2 на ПЛС, които НЗОК заплаща извън цената на КП № 242/ АПр № 6, е съобразено със ЗЛПХМ и Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти и Фармакотерапевтичното ръководство по клинична хематология, прието и публикувано на електронната страница на Националния съвет по цени и реимбурсация на лекарствените продукти.

3. На болнично лечение подлежат усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение при възрастни със заболявания в обхвата на настоящата клинична пътека, изискващи прилагане на еритро-, тромбо- и гранулоцитни колониостимулиращи фактори, кръв и кръвни продукти, кортикостероидна, антивирусна, антимикотична и/или антимикробна химиотерапия, рехидратация, хепатопротекция и др.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя след цитологично и/или хистологично, имунофенотипно, цитогенетично и/или молекулярно изследване, съобразно диагностичните стандарти при съответната нозологична единица.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на общото състояние (клинично и биохимично) и поне един от следните резултати:

постигане на толерантност към терапията и прецизирана амбулаторна дозировка;

овладяване на клиничната симптоматика;

постигане на състояние, което позволява проследяване и лечение в амбулаторни условия

завършен курс химиотерапия.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

НЗОК заплаща за хоспитализация по същата клинична пътека в същото ЛЗБП на едно ЗЗОЛ в период по-малък от 30 календарни дни от дехоспитализирането му, когато извършената дейност е отчетена в два различни отчетни периода, при спазени индикации за хоспитализация и критерии за дехоспитализация.

Всяка последваща необходимост от продължаване на лечение с препарати, които НЗОК заплаща за лечение на посочените по-горе диагнози и за които не е необходимо пролежаване повече от 12 часа, се отчитат като АПр № 6 с бл. МЗ-НЗОК № 8.

Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства, необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия, бифосфонатите и другите лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, са включени в пакета дейности по системно лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в условията на болнична медицинска помощ.

8.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1. Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

8.2. Документиране на диагностично - лечебния алгоритъм – в *“История на заболяването”*.

8.3. Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

- “История на заболяването”;

- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ;

8.4. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ) ЛЕВКЕМИИ

Левкемия е злокачествено заболяване. Тя представлява натрупване в костния мозък на млади, незрели клетки, които пречат на нормалното кръвообразуване. Тези клетки не могат да се развият до нормални зрели клетки, защото са променени под въздействието на различни причини. Досега не е установено точно какво причинява левкемията. Обвиняват се различни вируси, химикали, радиация, но точната причина не е доказана. Когато в костния мозък се развие левкемия, младите левкемични клетки заместват нормалните кръвни клетки и затрудняват производството им. Като резултат от това се развива анемия, кръвотечения и намаление на белите кръвни клетки с развитие на склонност към инфекции и висока температура. Левкемичните клетки могат да се разпространят и в различни органи особено, ако не се лекуват.

Кои са най-честите оплаквания, които довеждат пациента при лекаря?

Най-често започвате да усещате отпадналост, може да се получи кървене при миене на зъби, спонтанно кървене от носа, поява на синини по кожата. Венците могат да станат болезнени и подути. Температурата може да се повиши. Могат да се появят болки по мускулите и костите, при жените - продължително менструално кръвотечение. В редки случаи могат да се увеличат лимфните възли, понякога тежест в корема поради увеличаване на черния дроб и/или далака. Важно е да се потърси лекарска помощ веднага след поява на един от тези симптоми.

Какви методи и процедури са необходими за поставяне на диагнозата левкемия?

При установяване на отклонения в кръвните изследвания, съмнителни за левкемия, се правят подробни изследвания. Възможни са и някои допълнителни тестове. Диагнозата левкемия се поставя след изследване на натривка от периферна кръв и изследване на костен

мозък, което се извършва чрез пункция на гръдната или илиячната кост – костномозъчна пункция или биопсия.

Какво представлява костномозъчна пункция и как се извършва тя?

След местна упойка със специална игла в областта на гръдната или илиячната кост се взема костен мозък за изследване. Материалът се преценява от хематолог.

Какво представлява костномозъчната биопсия (трепанобиопсия) и как се извършва тя?

След местна упойка със специална игла се взема парченце кост за изследване. То се изпраща в хистологична лаборатория за микроскопско изследване.

Какво представлява лумбалната пункция?

В хода на лечението при някои пациенти се извършва диагностична или лечебна лумбална пункция. Със специална игла се прониква в гръбначномозъчния канал и се взема гръбначномозъчна течност за изследване. Понякога се налага едновременно с това да се въведат и лекарства.

Как се лекува левкемия?

Основното лечение на левкемията е химиотерапията. Вие ще получите подробна инструкция за медикаментите, които се използват за химиотерапия. Лечението на левкемията преминава през няколко фази, чиято последователност е задължителна.

Първата фаза цели максимално отстраняване на левкемичните клетки и постигане на ремисия. В края на всеки индукционен курс се прави контролна миелограма с оглед преценка на проведеното до момента лечение.

Втората фаза цели да затвърди постигнатия от първата фаза резултат, т.е. ремисията, както и да удължи времето на ремисия. Това лечение се провежда също с химиотерапия и се понася сравнително по-леко от индукционното лечение, защото в костния мозък вече се произвеждат нормални клетки.

Третата фаза е т. нар. *поддържащо лечение*. То се провежда за различен период от време, не изисква приемане в хематологична клиника и може да се провежда с приемани през устата цитостатици.

Повече информация относно Вашето заболяване можете да получите от Вашия лекуващ екип.

КП № 242.2
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЛЕВКЕМИИ С ИНТЕНЗИВНИ ПРОТОКОЛИ

1. Минимален болничен престой – 10 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Лимфоидна левкемия

Включва: морфологични кодове M982, M9940—M9941 с код за характера на новообразуването /3

C91.0 Остра лимфобластна левкемия

Не включва остър пристъп на хронична лимфоцитна левкемия (C91.1)

C91.5 Т-клетъчна левкемия при възрастни

C91.7 Друга лимфоидна левкемия

C91.9 Лимфоидна левкемия, неуточнена

Миелоидна левкемия

Включва: левкемия:

- гранулоцитна
- миелогенна

морфологични кодове M986—M988, M9930 с код за характера на новообразуването /3

C92.0 Остра миелоидна левкемия

Не включва: остър пристъп на хронична миелоидна левкемия (C92.1)

C92.3 Миелоиден сарком

Хлором

Гранулоцитен сарком

C92.4 Остра промиелоцитна левкемия

C92.5 Остра миеломоноцитна левкемия

C92.7 Друга миелоидна левкемия

C92.9 Лимфоидна левкемия, неуточнена

Моноцитна левкемия

Включва: моноцитоидна левкемия морфологичен код M989 с код за характера на новообразуването /3

C93.0 Остра моноцитна левкемия

Не включва: остър пристъп на хронична моноцитна левкемия (C93.1)

Други левкемии с уточнен клетъчен вид

Включва: морфологични кодове M984, M9850, M9900, M9910, M9931—M9932 с код за характера на новообразуването /3

Не включва: левкемична ретикулоендотелиоза (C91.4) плазмоклетъчна левкемия (C90.1)

C94.0 Остра еритремия и еритролевкемия

Остра еритремична миелоза

Болест на Di Guglielmo

C94.2 Остра мегакариобластна левкемия

Левкемия

: мегакариобластна (остра)

мегакариоцитна (остра)

C94.3 Мастоклетъчна левкемия

C94.4 Остра панмиелоза

C94.5 Остра миелофиброза

Левкемия с неуточнен клетъчен тип
Включва: *морфологичен код M980 с код за характера на новообразуването /3*
C95.0 Остра левкемия с неуточнен клетъчен тип
Бластна левкемия
Стволоклетъчна левкемия
Не включва: *остър пристъп на неуточнена хронична левкемия (C95.1)*
C95.7 Друга левкемия с неуточнен клетъчен тип
C95.9 Левкемия, неуточнена

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на костен мозък

30081-00 Биопсия на костен мозък
Включва: трепанация
Не включва: биопсия на костен мозък:
- аспирационна (30087-00 [800])
- перкутанна (30084-00 [800])

30087-00 Аспирационна биопсия на костен мозък
Не включва: костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT] (30084-00 [800])

30084-00 Перкутанна биопсия на костен мозък
Костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT]

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
• при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
• гръден кош (57001, 57007 [1957])
• и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
• лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
• средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
• орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
• питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък

56007-00 Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
• мастоидна кост (57906-00 [1967])
• околоносен синус (57903-00 [1967])
• петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб

Включва: функционални гледни точки

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош

Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- корем (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])

- трахея (58509-00 [1974])

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и
  - мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
    - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става
Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57524-00 Рентгенография на феморална кост и коляно

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57524-01 Рентгенография на коляно и подбедрица

57518-02 Рентгенография на подбедрица

Друга ангиография

59754-00 Лимфангиография
Включва: последваща радиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])

Дуплекс ултразвук на други съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места
Дуплекс ултразвук на съдове БДУ
Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб

Включва: гръбначен мозък

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош

Включва: сърце

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място

Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

92182-09 Друго морфологично изследване на ликвор

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

92184-07 Друго морфологично изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка

Изследване на кръв

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

и/или

91910-08 Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар
91910-09 Изследване на протромбиново време
91904-02 Изследване на тромбиново време (ТТ)
91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11 Изследване на фибриноген
91913-04 Изследване на време на съсирване
91905-02 Определяне на BETA 2 микроглобулин

и/или

1934 Други изследвания

91880-00 Флоуцитометрия

и/или

91919-19 Имунохистохимични изследвания

и/или

1930 Имунологични изследвания

91905-00 Имунохимия на серум и/или урина и/или ликвор – по преценка на лекуващия лекар

и/или

91916-01 Цитогенетичен анализ на кръв или костен мозък
91907-08 Друго морфологично изследване на проба от далак и/или костен мозък
92186-07 Друго морфологично изследване на проба от лимфен възел и/или лимфа
91930-07 Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас
91919-10 Друго морфологично изследване на перитонеална и/или ретроперитонеална проба
91928-11 Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии

Нуклеарна медицина (необразна)

12500-00 Оценяване на кръвен обем при нуклеарно медицинско изследване
Включва: еритроцитен скриниг тест, обем 51Cr
12503-00 Тест за радиоактивно насищане на еритроцити за време на преживяемост
12503-01 Железен кинетичен тест
12515-00 Радиоактивен B12 абсорбционен тест, 2 изотопа
12524-00 Нуклеарен медицински тест на бъбречна функция
Изследване на бъбречен клирънс
12530-00 Нуклеарно медицинско изследване на цяло тяло
Не включва: изследване на цяло тяло с използване на:
- клетки, белязани с технеций (61433-00, 61434-00 [2012])
- галий (61429-00, 61430-00 [2012])
- йод (61426-00 [2012])

Друго нуклеарно медицинско образно изследване

90910-00 Нуклеарно медицинско изследване на друг регион или орган

Изследване кости на цяло тяло чрез нуклеарно медицинско изображение

61421-00 Изследване на костна система на цяло тяло

Включва: кръвни:
- поток }
- обем } изследване

Друго нуклеарно медицинско изображение, изследващо кръвоносна система

61469-00 Лимфосцинтиграфия

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

96198-00 Интратекално приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
Виж допълнителни знаци
Кодирай също когато е направено:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96198-03 Интратекално приложение на фармакологичен агент- стероид

Други инцизионни процедури на вени

13757-00 Терапевтична венесекция

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на плазма
Трансфузия на албумин

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
• гама глобулин
• имуноглобулин
• Intragam

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Електролит
96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антикоагуланти
96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент
96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96200-00 Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96201-00 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96197-00 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
93977-00 Терапия с колоностимулиращи фактори на бялата и червена кръвни редици

Афереза

13750-00 Терапевтична плазмафереза
13750-01 Терапевтична левкофереза
13750-02 Терапевтична еритрофереза
13750-03 Терапевтична тромбофереза
13750-04 Афереза на стволови клетки

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, и две основни терапевтични процедури, посочени в таблицата с кодовете на основните процедури.

Приложението на колонистимулиращи фактори (вкл. еритропоетин) се отчита с код на процедура 93977-00.

Приложението на моноклонални антитела се отчита с код на процедура 96199-09.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва: хематологични изследвания: 91910-04, 91910-05 и/или хемостазеологичен статус: 91910-09, 91904-02, 91910-10, 91910-11 и/или флоуцитометрия 91880-00, и/или имунохистохимия 91919-19; и/или имунохимия на серум и/или урина, и/или ликвор 91905-00 – по преценка на лекуващия лекар; и/или определяне на бета – 2 микроглобулин 91905-02 – по преценка на лекуващия лекар и/или класическа или молекулярна цитогенетика 91916-01.

Основна процедура **92191-00/ 92191-0** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) **за заболяванията от пакет „Комплексно лечение на злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години“ чрез** прилагането на **амбулаторни процедури** „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“, „Специфични изследвания при хематологични заболявания“, „Специфични изследвания при хематологични заболявания“ **и клинични пътеки** „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Диагностика и лечение на левкемии“, „Диагностика и лечение на лимфоми“ и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Договор за КП № 242.2 „Диагностика и лечение на левкемии с интензивни протоколи“, от пакет за комплексно лечение на „Злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години“ **могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.**

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкохематологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкохематологични заболявания **само след заключение на клинична комисия по хематология по амбулаторна процедура № 5, с изключение на случаите по спешност.** Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр № 5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр № 5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

Лечение по тази КП се започва **след отчитане на АПр 5** "Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания" и издаване на **решение Клинична комисия по хематология за системно лекарствено лечение.**

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в обхвата на медицинската специалност "Клинична хематология", осъществявана на трето ниво на компетентност ***с наличие на структури с възможност за извършване на трансплантация на хемопоетични стволови клетки,*** *съгласно медицински стандарт "Клинична хематология", от обхвата на медицинската специалност "Клинична хематологияслед решение на клинична комисия по хематология.*

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хематология- *трето ниво на компетентност* ***с наличие на структури с възможност за извършване на трансплантация на хемопоетични стволови клетки***
2. Клинична лаборатория*
3. Отделение/лаборатория по клинична патология
4. Образна диагностика – минимум рентгенов апарат за скопия и графия
5. Болнична аптека

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична хематология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Лаборатория по медицинска генетика/ цитогенетична лаборатория
2. Лаборатория по нуклеарно-медицинска диагностика
3. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
4. Клиника/отделение/Лаборатория/център по трансфузионна хематология с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
5. Имунологична лаборатория
6. Микробиологична лаборатория - на територията на *ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ*

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

трима лекари със специалност „Клинична хематология“ за клиника/отделение III ниво; или

двама лекари със специалност „Клинична хематология“ в клиника/отделение от II ниво само за пациенти след решение на клинична комисия по хематология.

лекар със специалност по клинична лаборатория;

лекар със специалност по образна диагностика;

лекар със специалност по клинична патология.

- *лекар със специалност по клинична имунология*

-лекар със специалност по медицинска генетика

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

При доказано злокачествено хематологично заболяване при пациенти над 18 годишна възраст, същите **задължително се консултират от Клинична комисия по хематология в лечебни заведения със структури по клинична хематология от трето ниво**. Специфичното лечение на пациент със злокачествено хематологично заболяване не започва, ако той не е обсъден на клинична комисия и не е определена цялостната комплексна лечебна тактика. По изключение лечението може да бъде започнато **при спешни** показания, но случаят следва да бъде разгледан от клиничната комисия при първото й редовно заседание.

Решението на клиничната комисия, както за първоначалното формиране на терапевтичната стратегия, така и за всяка последваща промяна е неразделна част от ИЗ.

Лекарствените продукти се предписват от комисията по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

Лекарствените продукти се назначават в съответните мерни единици.

В **протоколите от решенията на комисията** по ал. 1 се вписват задължително всички реквизити от приложение № 8в от чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г. Протоколът е неизменна част от решението на Клинична комисия по хематология, когато е взето решение за лекарствено лечение.

В решението на клиничната комисия е посочен алгоритъм на лечение по клинична

процедура – лекарствен продукт, доза, ритъм на приложение, продължителност, необходими контролни изследвания. Приетите Решения се отразяват в протокол.

Решенията се съхраняват в медицинската документация на пациента.

Лечебните заведения трябва да разполагат с налична автоматизирана система

за подготовка на инфузионни разтвори на лекарствени продукти за лечение на злокачествени заболявания.

В случаите, когато лечебно заведение за болнична помощ не разполага налична автоматизирана система за подготовка на инфузионни разтвори на лекарствени продукти за злокачествени заболявания, то следва тя да бъде осигурена.

Информация за решенията се подава в електронен формат в НЗОК при започване/промяна на терапията по КП/АПр.

Приготвянето на разтвори на лекарствени продукти за приложение на пациентите се извършва ръчно, съгласно всички изисквания за стерилност, безапасност, точно дозиране,

системи за контрол и валидиране или чрез използване на полуавтоматизирани или автоматизирани системи.

„Разтварянето и прехвърлянето на цитотоксични лекарства, моноклонални антитела и други лекарствени продукти се осъществява по утвърден „Списък на лекарствени продукти“, чрез затворени системи, влизащи в цената на КП.

Организацията на работата в болничната Наредба № 28, която отпуска онкологичните препарати, отговаря на изискванията на Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.“

Лекарствените продукти за системно лечение на злокачествени заболявания се приготвят в аптеката на съответното лечебно заведение във вид за директно приложение на пациента съгласно чл. 37а, ал. 1 и 2 от Наредба № 28 от 2008 г. и правилата за добра фармацевтична практика в онкологията.

Това подлежи на контрол от страна на НЗОК.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. **Диагностика на заболяванията** чрез цитологични и/или хистологични, имунофенотипни, цитогенетични и/или молекулярни изследвания, съобразно диагностичните стандарти при съответната нозологична единица за: диагностициране и прогностична стратификация на пациенти със суспектно заболяване.
2. **Стационарно лечение на болни над 18 години** с установени заболявания по повод:

2.1. Противотуморно лечение с монотерапия или комбинирани режими от циторедуктивни, имуномодулаторни, кортикостероидни и таргетни медикаменти, осъществимо единствено в стационарни условия, при болни с новооткрита и рецидивирала левкемия;

2.2. терапия с еритро-, тромбо- и гранулоцитни колониостимулиращи фактори:– при налична клинична симптоматика и/или лабораторни показания: неутропения и клинични данни за инфекция (вкл. фебрилна неутропения); данни за анемия и прогностични фактори за благоприятен отговор на лечението;

2.3. заместителна терапия с кръв и кръвни продукти – при налична клинична симптоматика и/или лабораторни показания – тежка анемия, хеморагична диатеза при животозастрашаваща тромбоцитопения;

2.4. антибактериална, антивирусна и антимикотична терапия при болни с инфекциозни (пневмония, сепсис, тежка инфекция), хеморагични (нетромбоцитопенични) и други тежки усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение;

2.5. болни с диагностицирана левкемия за планова противотуморна терапия, колонистимулиращи фактори и имуномодулатори.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

1. Диагностика и оценка на рискова група, рестадиране и оценка на терапевтичния отговор.

Диагностичните, рестадиращите и оценъчните процедури включват клиничен преглед, оценка на характеристиките на левкемичния процес в костен мозък и/или периферна кръв и/или цереброспинална течност и/или в друга ектрамедуларна локализация чрез морфологични, имунологични, генетични и молекулярни изследвания, където това е приложимо. Планират се преди вземане на решение за провеждане на лекарствено лечение, след индукционен курс на лекарствена терапия, след консолидационна терапия, след терапевтична пауза, при поява на симптоми, подозрителни за прогресия, в хода на лечение или проследяване. Други изследвания се осъществяват при наличие на показания, налагащи се от състоянието на конкретния пациент.

Терапевтичният подход се съобразява с общото състояние на пациента спрямо приложената скала:

СКАЛА НА ECOG/WHO ЗА PERFORMANCE STATUS:

0 = норма; способен на нормални дейности;
1 = с наличие на симптоматика, но амбулаторен;
2 = с инвалидизиращи туморни прояви, но под 50% от времето е на легло;
3 = тежко инвалидизиран с над 50% от времето на легло;
4 = тежко болен. 100% от времето е на легло;
5 = смърт.

2. Лекарствено лечение на левкемии, *подходящи за интензивна химиотерапия*

Лекарственото лечение при възрастни със заболявания, включени в КП № 242.2 се провежда в зависимост от конкретния нозологичен тип, възрастта, общото състояние на пациента, рисковата група на базата на прогностичните и предиктивни фактори,

съпътстващите усложнения и коморбидността. За целта се прилагат доказани в мултицентрични рандомизирани проучвания монотерапии или комбинации (режими) от циторедуктивни, имуномодулаторни, кортикостероидни и таргетни медикаменти, или найдобра поддържаща терапия.

Лечението се провежда съгласно Решение на клиничната комисия по хематология, отразено в протокол , *съобразено с „Методични насоки за диагностика и лечение на хематологични заболявания (Фармако-Терапевтичен Справочник)“ на Българското медицинско сдружение по хематология, публикувано на електронната страница на дружеството.*

Лечението с лекарствени продукти, включени в Приложение № 2 на ПЛС, които НЗОК заплаща извън цената на КП № 242/ АПр № 6, е съобразено със ЗЛПХМ и Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти и Фармакотерапевтичното ръководство по клинична хематология, прието и публикувано на електронната страница на Националния съвет по цени и реимбурсация на лекарствените продукти.

Дейности по КП № 242.2 да се осъществяват при пациенти, които отговарят на следните включващи / изключващи критерии *и подлежат на интензивна индукционна/реиндукционна и/или консолидационна терапия, целта на която е постигане на трайна ремисия и насочване на пациента към трансплантационна програма.*

2.1. <u>На интензивна терапия подлежат (включващи критерии):</u>

2.1.1. *Пациенти с новодиагностицирана или рецидивирала остра левкемия, диагностицирана съгласно критериите на класификацията на Световната Здравна Организация*

2.1.2. *Възраст над 18 години*

2.1.3*. Пациенти, при които липсват изключващи критерии за провеждане на интензивна химиотерапия*

2.1.4. *Пациенти, които са дали съгласие за интензивно лечение.*

2.1.5. *Пациенти от женски пол в детеродна възраст и пациенти от мъжки пол следва да използват необходими предпазни средства с цел избягване на бременност в хода на провежданото цитостатично лечение*

2.2 <u>НЕ подлежат на интензивна терапия (изключващи критерии):</u>

2.2.1 *Възраст над 75 години*

2.2.2 *ECOG функционален статус ≥3, несвързан с левкемия*

2.2.3 *Пациенти с фракция на изтласкване на лява камера на сърцето <50%, установена посредством ехокардиография. Тежка сърдечна недостатъчност – клас III или IV съгласно критериите на Нюйоркската кардиологична асоциация (New York Heart Association – NYHA) с EF ≤50%*

2.2.4 *Чернодробна цироза Child B или C, или документирано чернодробно заболяване с изразено повишаване на трансаминазите (>3 пъти нормалните стойности) и възраст над 60 години, или какъвто и да е карцином на билиарното дърво или неконтролиран чернодробен карцином или остър вирусен хепатит*

2.2.5 *Тежко обструктивно или рестриктивно белодробно заболяване с FEV1 ≤65%, или диспнея в покой или изискваща кислород, или неконтролирана белодробна неоплазия*

2.2.6 *Активна инфекция, резистентна на антиинфекциозна терапия*

2.2.7 *Психично заболяване, изискващо психиатрична хоспитализация, институционализация или интензивно амбулаторно лечение.*

2.2.8 *Пациенти със съпътстващо неконтролирано онкологично заболяване*

2.2.9 *Всяко друго съпътстващо заболяване, което лекарят прецени като несъвместимо с конвенционалната интензивна химиотерапия.*

2.2.10*Пациенти, които не са дали съгласие за интензивно лечение.*

Интензивното лечение *се провежда по алгоритми, включени във ФТР, които позволяват стриктен контрол на приложените високодозови режими.*

На болнично лечение подлежат усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение при възрастни със заболявания в обхвата на настоящата клинична пътека, изискващи прилагане на еритро-, тромбо- и гранулоцитни колониостимулиращи фактори, кръв и кръвни продукти, кортикостероидна, антивирусна, антимикотична и/или антимикробна химиотерапия, рехидратация, хепатопротекция и др.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя след цитологично и/или хистологично, имунофенотипно, цитогенетично и/или молекулярно изследване, съобразно диагностичните стандарти при съответната нозологична единица.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на общото състояние (клинично и биохимично) и поне един от следните резултати:

постигане на толерантност към терапията и прецизирана амбулаторна дозировка;

овладяване на клиничната симптоматика;

постигане на състояние, което позволява проследяване и лечение в амбулаторни условия

завършен курс химиотерапия.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

НЗОК заплаща за хоспитализация по същата клинична пътека в същото ЛЗБП на едно ЗЗОЛ в период по-малък от 30 календарни дни от дехоспитализирането му, когато извършената дейност е отчетена в два различни отчетни периода, при спазени индикации за хоспитализация и критерии за дехоспитализация.

Всяка последваща необходимост от продължаване на лечение с препарати, които НЗОК заплаща за лечение на посочените по-горе диагнози и за които не е необходимо пролежаване повече от 12 часа, се отчитат като АПр № 6 с бл. МЗ-НЗОК № 8.

Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства, необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия, бифосфонатите и другите лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, са включени в пакета дейности по системно лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в условията на болнична медицинска помощ.

*КП № 242.2 може да се отчита до максимум **6 пъти** в рамките на една календарна година поради факта, че интензивно индукционно/реиндукционно и/или консолидационно лечение се прилага съгласно определени стандарти до постигане на ремисия.*

Преди започване на интензивното лечение по КП №242.2, информация за пациентите следва да бъде подавана своевременно за включване в служебния регистър на ИАМН и техните проби трябва да бъдат изпращани за извършване на HLA-типизиране към съответните имунологични лаборатории.

8.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1. Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

8.2. Документиране на диагностично - лечебния алгоритъм – в *“История на заболяването”*.

8.3. Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

“История на заболяването”;

част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ;

8.4. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)
ЛЕВКЕМИИ

Левкемия е злокачествено заболяване. Тя представлява натрупване в костния мозък на млади, незрели клетки, които пречат на нормалното кръвообразуване. Тези клетки не могат да се развият до нормални зрели клетки, защото са променени под въздействието на различни причини. Досега не е установено точно какво причинява левкемията. Обвиняват се различни вируси, химикали, радиация, но точната причина не е доказана. Когато в костния мозък се развие левкемия, младите левкемични клетки заместват нормалните кръвни клетки и затрудняват производството им. Като резултат от това се развива анемия, кръвотечения и намаление на белите кръвни клетки с развитие на склонност към инфекции и висока температура. Левкемичните клетки могат да се разпространят и в различни органи особено, ако не се лекуват.

Кои са най-честите оплаквания, които довеждат пациента при лекаря?

Най-често започвате да усещате отпадналост, може да се получи кървене при миене на зъби, спонтанно кървене от носа, поява на синини по кожата. Венците могат да станат болезнени и подути. Температурата може да се повиши. Могат да се появят болки по мускулите и костите, при жените - продължително менструално кръвотечение. В редки случаи могат да се увеличат лимфните възли, понякога тежест в корема поради увеличаване на черния дроб и/или далака. Важно е да се потърси лекарска помощ веднага след поява на един от тези симптоми.

Какви методи и процедури са необходими за поставяне на диагнозата левкемия?

При установяване на отклонения в кръвните изследвания, съмнителни за левкемия, се правят подробни изследвания. Възможни са и някои допълнителни тестове. Диагнозата левкемия се поставя след изследване на натривка от периферна кръв и изследване на костен мозък, което се извършва чрез пункция на гръдната или илиячната кост – костномозъчна пункция или биопсия.

Какво представлява костномозъчна пункция и как се извършва тя?

След местна упойка със специална игла в областта на гръдната или илиячната кост се взема костен мозък за изследване. Материалът се преценява от хематолог.

Какво представлява костномозъчната биопсия (трепанобиопсия) и как се извършва тя?

След местна упойка със специална игла се взема парченце кост за изследване. То се изпраща в хистологична лаборатория за микроскопско изследване.

Какво представлява лумбалната пункция?

В хода на лечението при някои пациенти се извършва диагностична или лечебна лумбална пункция. Със специална игла се прониква в гръбначномозъчния канал и се взема гръбначномозъчна течност за изследване. Понякога се налага едновременно с това да се въведат и лекарства.

Как се лекува левкемия?

Основното лечение на левкемията е химиотерапията. Вие ще получите подробна инструкция за медикаментите, които се използват за химиотерапия. Лечението на левкемията преминава през няколко фази, чиято последователност е задължителна.

Първата фаза цели максимално отстраняване на левкемичните клетки и постигане на ремисия. В края на всеки индукционен курс се прави контролна миелограма с оглед преценка на проведеното до момента лечение.

Втората фаза цели да затвърди постигнатия от първата фаза резултат, т.е. ремисията, както и да удължи времето на ремисия. Това лечение се провежда също с химиотерапия и се понася сравнително по-леко от индукционното лечение, защото в костния мозък вече се произвеждат нормални клетки.

Третата фаза е т. нар. *поддържащо лечение*. То се провежда за различен период от време, не изисква приемане в хематологична клиника и може да се провежда с приемани през устата цитостатици.

Повече информация относно Вашето заболяване можете да получите от Вашия лекуващ екип.

КП № 243 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЛИМФОМИ

1. Минимален болничен престой – 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Болест на Hodgkin

Включва: морфологични кодове M965—M966 с код за характера на новообразуването /3

C81.0 Лимфоцитно преобладаване

Лимфоцитно-хистиоцитно преобладаване

C81.1 Нодуларна склероза

C81.2 Смесен целуларитет

C81.3 Лимфоцитно изчерпване

C81.9 Болест на Hodgkin, неуточнена

Фоликуларен [нодуларен] нехочкинов лимфом

Включва: фоликуларен нехочкинов лимфом със или без дифузни области
морфологичен код M969 с код за характера на новообразуването /3

C82.0 Дребноклетъчен с назъбени ядра, фоликуларен

C82.1 Смесен, дребноклетъчен с назъбени ядра и едроклетъчен, фоликуларен

C82.2 Едроклетъчен, фоликуларен

C82.7 Други видове на фоликуларен нехочкинов лимфом

C82.9 Фоликуларен нехочкинов лимфом, неуточнен

Нодуларен нехочкинов лимфом БДУ

Дифузен нехочкинов лимфом

Включва: морфологични кодове M9593, M9595, M967—M968 с код за характера на новообразуването /3

C83.0 Дребноклетъчен (дифузен)

C83.1 Дребноклетъчен с назъбени ядра (дифузен)

C83.2 Смесен, дребноклетъчен и едроклетъчен (дифузен)

C83.3 Едроклетъчен (дифузен)

Ретикулосарком

C83.4 Имунобластен (дифузен)

C83.5 Лимфобластен (дифузен)

C83.6 Недиференциран (дифузен)

C83.7 Тумор на Burkitt

C83.8 Други видове дифузен нехочкинов лимфом

Периферни и кожни Т-клетъчни лимфоми

Включва: морфологичен код M970 с код за характера на новообразуването /3

C84.0 Mycosis fungoides

C84.1 Болест на Sezary

C84.2 Т-зонов лимфом

C84.3 Лимфоепителоиден лимфом

Лимфом на Lennert

C84.4 Периферен Т-клетъчен лимфом

C84.5 Други и неуточнени Т-клетъчни лимфоми

Забележка: Ако Т-клетъчният произход или включване се споменава във връзка със специфичен лимфом, следва да се кодира по-специфичното описание.

Други и неуточнени типове на нехочкинов лимфом

Включва: морфологични кодове M9590—M9592, M9594, M971 с код за характера на новообразуването /3

C85.0 Лимфосарком

C85.1 В-клетъчен лимфом, неуточнен

Забележка: Ако В-клетъчният произход или включване се споменава във връзка със специфичен лимфом, следва да се кодира по-специфичното описание.

C85.7 Други уточнени типове на нехочкинов лимфом

Злокачествен:

- ретикулоендотелиоза
- ретикулоза

Микроглиом

C85.9 Нехочкинов лимфом, неуточнен
Лимфом БДУ
Злокачествен лимфом БДУ
Нехочкинов лимфом БДУ

Злокачествени имунопролиферативни болести

Включва: морфологичен код M976 с код за характера на новообразуването /3

C88.0 Макроглобулинемия на Waldenstrom

C88.1 Болест на алфа-тежките вериги

C88.2 Болест на гама-тежките вериги
Болест на Franklin

C88.3 Имунопролиферативна болест на тънките черва
Средиземноморски лимфом

C88.9 Злокачествени имунопролиферативни болести, неуточнени
Имунопролиферативна болест БДУ

Множествен миелом и злокачествени плазмоклетъчни новообразувания

Включва: морфологични кодове M973, M9830 с код за характера на новообразуването /3

C90.0 Множествен миелом
Болест на Kahler
Миеломатоза
Не включва: солитарен миелом (C90.2)

C90.1 Плазмоклетъчна левкемия

C90.2 Плазмоцитом, екстрамедуларен
Злокачествен плазмоклетъчен тумор БДУ
Плазмоцитом БДУ
Солитарен миелом

C96.0 Болест на Letterer-Siwe
Нелипидна:
- ретикулоендотелиоза
- ретикулоза

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на лимфни структури

Не включва: аксиларен лимфен възел (30332-00 [808])

30075-00 Биопсия на лимфен възел
Биопсия на лимфна структура
Не включва: скаленова лимфна биопсия (30096-00 [805])
Тази с лапароскопия/лапаротомия за стадиране на процеса:
- гинекологичен (35723 [810])
- лимфом (30384-00 [985])
- БДУ (35726-01 [985])

Биопсия на костен мозък

30081-00 Биопсия на костен мозък
Включва: трепанация
Не включва: биопсия на костен мозък:
- аспирационна (30087-00 [800])
- перкутанна (30084-00 [800])

30087-00 Аспирационна биопсия на костен мозък
Не включва: костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT] (30084-00 [800])

30084-00 Перкутанна биопсия на костен мозък
Костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT]

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ
Не включва: компютърна томография:
- при спирална ангиография (57350 [1966])

при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00 Компютърна томография на мозък
56007-00 Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])
57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

Включва: функционални гледни точки
58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб

Компютърна томография на гръден кош

Компютърна томография на гръден кош
Включва: кост
гръдна стена
бял дроб
медиастинум
плевра
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- корем (56301-01, 56307-01 [1957])
- и таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- мозък (57001, 57007 [1957])

56301-00 Компютърна томография на гръден кош
56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум
Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и
  - мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
    - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става
Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57524-00 Рентгенография на феморална кост и коляно

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57524-01 Рентгенография на коляно и подбедрица

57518-02 Рентгенография на подбедрица

Друга ангиография

59754-00 Лимфангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])

Дуплекс ултразвук на други съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места
Дуплекс ултразвук на съдове БДУ
Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош
Включва: сърце

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

92182-09 Друго морфологично изследване на ликвор

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

92184-07 Друго морфологично изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка

Изследване на кръв

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

и/или

91910-08 Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар

91910-09 Изследване на протромбиново време

91904-02 Изследване на тромбиново време (ТТ)

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

91910-11 Изследване на фибриноген

91913-04 Изследване на време на съсирване

91905-02 Определяне на BETA 2 микроглобулин

и/или

1934 Други лабораторни изследвания

91880-00 Флоуцитометрия

и/или

91919-19 Имунохистохимични изследвания

и/или

1930 Имунологични изследвания

91905-00 Имунохимия на серум и/или урина и/или ликвор – по преценка на лекуващия лекар

и/или

91916-01 Цитогенетичен анализ на кръв или костен мозък

91907-08 Друго морфологично изследване на проба от далак и/или костен мозък

92186-07 Друго морфологично изследване на проба от лимфен възел и/или лимфа

91930-07 Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас

91919-10 Друго морфологично изследване на перитонеална и/или ретроперитонеална проба

91928-11 Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

96198-00 Интратекално приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

Кодирай също когато е направено:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96198-03 Интратекално приложение на фармакологичен агент- стероид

Други инцизионни процедури на вени

13757-00 Терапевтична венесекция

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити Трансфузия на:
тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на:
антихемофилен фактор
коагулационни фактори НКД
криопреципитати
фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия няа плазма
Трансфузия на албумин
13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин Инжектиране или
трансфузия на:
гама глобулин
имуноглобулин
Intragam

Приложение на фармакотерапия	
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Електролит
96199-11	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антикоагуланти
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен агент
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96200-00	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
93977-00	Терапия с колоностимулиращи фактори на бялата и червена кръвни редици

Афереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза
13750-01	Терапевтична левкофереза Терапевтична левкоафереза
13750-02	Терапевтична еритрофереза Терапевтична еритроафереза
13750-03	Терапевтична тромбофереза
13750-04	Афереза на стволови клетки

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, и две основни терапевтични процедури, посочени в таблицата с кодовете на основните процедури.

Приложението на колонистимулиращи фактори (вкл. еритропоетин) се отчита с код на процедура 93977-00.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва: хематологични изследвания: 91910-04, 91910-05 и/или хемостазелогичен статус 91910-09, 91904-02, 91910-10, 91910-11 и/или флоуцитометрия 91880-00 и/или имунохистохимия 91919-19; и/или имунохимия на серум и/или урина, и/или ликвор 91905-00 – по преценка на лекуващия лекар; и/или определяне на бета – 2 микроглобулин 91905-02 – по преценка на лекуващия лекар; и/или класическа или молекулярна цитогенетика 91916-01.

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за заболяванията **от пакет „Злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години“ чрез** прилагането на **амбулаторни процедури** „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“, „Специфични изследвания при хематологични заболявания“ **и клинични пътеки** „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Диагностика и лечение на левкемии“, „Диагностика и лечение на лимфоми“ и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Договор за КП № 243 „Диагностика и лечение на лимфоми“, от пакет за комплексно лечение на „Злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години“ могат да **сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.**

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкохематологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкохематологични заболявания **само след заключение на клинична комисия по хематология по амбулаторна процедура № 5, с изключение на случаите по спешност.** Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр № 5, сключва **договор с друго лечебно заведение**, изпълнител на АПр № 5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява от обхвата на медицинската специалност "Клинична хематология", осъществявана на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична хематология", от обхвата на медицинската специалност "Клинична хематология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична хематология" след решение на клинична комисия по хематология.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Клинична хематология”.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по хематология III ниво или Клиника/отделение по хематология II ниво само за пациенти след решение на клинична комисия по хематология
2. Клинична лаборатория*
3. Отделение/лаборатория по клинична патология
4. Образна диагностика – минимум рентгенов апарат за скопия и графия
5. Болнична аптека

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде

разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична хематология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Цитогенетична лаборатория
2. Лаборатория по нуклеарно - медицинска диагностика
3. Структура за образна диагностика, вкл. апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
4. Клиника/отделение/Лаборатория/център по трансфузионна хематология с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния.
5. Имунологична лаборатория
6. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- трима лекари със специалност "Клинична хематология" **III ниво**;

или

- двама лекари със специалност "Клинична хематология" в клиника/отделение от **II ниво** само запациенти **след решение на клинична комисия по хематология**.
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична патология.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

При доказано злокачествено хематологично заболяване при пациенти над 18 годишна възраст, същите задължително се консултират от Клинична комисия по хематология в лечебни заведения със структури по клинична хематология от трето ниво. **Специфичното лечение на пациент със злокачествено хематологично заболяване не започва, ако той не е обсъден на клинична комисия и не е определена цялостната комплексна лечебна тактика**. **По изключение** лечението може да бъде започнато **при спешни показания**, но случаят следва да бъде разгледан от клиничната комисия при първото й редовно заседание.

Решението на клиничната комисия, както за първоначалното формиране на терапевтичната стратегия, така и за всяка последваща промяна е неразделна част от ИЗ.

Лекарствените продукти се предписват от комисията по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

Лекарствените продукти се назначават в съответните мерни единици.

В **протоколите от решенията на комисията** по ал. 1 се вписват задължително всички реквизити от приложение № 8в от чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г. **Протоколът е неизменна част от решението на Клинична комисия по хематология**, когато е взето решение за лекарствено лечение.

Информация за решенията се подава в електронен формат в НЗОК при започване/промяна на терапията по КП/АПр.

Приготвянето на разтвори на лекарствени продукти за приложение на пациентите се извършва ръчно, съгласно всички изисквания за стерилност, безопасност, точно дозиране, системи за контрол и валидиране или чрез използване на полуавтоматизирани или автоматизирани системи.

Разтварянето и прехвърлянето на цитотоксични лекарства, моноклонални антитела и други лекарствени продукти се осъществява по утвърден „Списък на лекарствени продукти“, чрез затворени системи, влизащи в цената на КП.

Организацията на работата в болничната аптека, която отпуска онкологичните препарати, отговаря на изискванията на Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

Лекарствените продукти за системно лечение на злокачествени заболявания се приготвят в аптеката на съответното лечебно заведение във вид за директно приложение на пациента съгласно чл. 37а, ал. 1 и 2 от Наредба № 28 от 2008 г. и правилата за добра фармацевтична практика в онкологията.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика на заболяванията от таблица "Кодове на болести по МКБ-10" или уточняване на клиничната еволюция на заболяването или неговата трансформация чрез хистологични, имунохистохимични и/или флоуцитометрични изследвания и където е показано - цитогенетични и/или молекулярни изследвания, съобразно диагностичните стандарти при съответната нозологична единица.

2.Стационарно лечение на болни над 18 години с установени заболявания по повод:

2.1. провеждане на противотуморно лечение с монотерапия или комбинирани режими от циторедуктивни, имуномодулаторни, кортикостероидни, моноклонални антитела и таргетни медикаменти, осъществимо единствено в стационарни условия, при болни с новооткрит и рецидивирал лимфом;

2.2. терапия с еротро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори при налична клинична симптоматика и/или лабораторни показания неутропения и клинични данни за инфекция (вкл. фебрилна неутропения); данни за анемия и прогностични фактори за благоприятен отговор на лечението;

2.3. заместителна терапия с кръв и кръвни продукти – при наличие на клинична симптоматика и/или лабораторни изследвания за тежка анемия или хеморагична диатеза при животозастрашаваща тромбоцитопения;

2.4. антибактериална, антивирусна и антимикотична терапия при болни с инфекциозни (пневмония, сепсис, тежка инфекция), хеморагични (нетромбоцитопенични) и други тежки усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение.

болни с диагностициран лимфом за планова противотуморна терапия, колонистимулиращи фактори и имуномодулатори;

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

1. Диагностика и оценка на рискова група, рестадиране и оценка на терапевтичния отговор.

Диагностичните, рестадиращите и оценъчните процедури включват клиничен преглед, хистологична диагноза, потвърдена чрез имунофенотипно изследване, клинико-лабораторни и образни изследвания в съответствие с вида на лимфома. Планират се преди вземане на решение за провеждане на лекарствено лечение, при оценка на терапевтичния отговор съгласно утвърдените алгоритми при конкретни нозологии, след терапевтична пауза, при поява на сиптоми, подозрителни за прогресия. Други изследвания се осъществяват при наличие на показания, налагащи се от състоянието на конкретния пациент.

Терапевтичният подход се съобразява с общото състояние на пациента спрямо приложената скала:

СКАЛА НА ECOG/WHO ЗА PERFORMANCE STATUS:

0 = норма; способен на нормални дейности;

1 = с наличие на симптоматика, но амбулаторен;

2 = с инвалидизиращи туморни прояви, но под 50% от времето е на легло;

3 = тежко инвалидизиран с над 50% от времето на легло;

4 = тежко болен. 100% от времето е на легло;

5 = смърт.

2. Лекарствено лечение на лимфоми при възрастните

Лекарственото лечение при възрастни със заболявания включени в КП № 243 се провежда в зависимост от конкретния нозологичен тип, възрастта, общото състояние на пациента, рисковата група на базата на прогностичните и предиктивни фактори, съпътстващите усложнения и коморбидността. За целта се прилагат доказани в мултицентрични рандомизирани проучвания монотерапии или комбинации (режими) от циторедуктивни, имуномодулаторни, кортикостероидни и таргетни медикаменти, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, или най-добра поддържаща терапия.

Лечението се провежда съгласно Решение на клиничната комисия по хематология, отразено в протокол.

Лечението с лекарствени продукти, включени в Приложение №2 на ПЛС, които НЗОК заплаща извън цената на КП № 243/ АПр № 6, е съобразено със ЗЛПХМ и Наредба № 4 за

условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти и Фармакотерапевтичното ръководство по клинична хематология, публикувано на електронната страница на Националния съвет по цени и реимбурсация на лекарствените продукти.

3. На болнично лечение подлежат усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение при възрастни със заболявания в обхвата на настоящата клинична пътека, изискващи прилагане на еритро-, тромбо- и гранулоцитни колониостимулиращи фактори, кръв и кръвни продукти, кортикостероидна, антивирусна, антимикотична и/или антимикробна химиотерапия, рехидратация, хепатопротекция, бифосфонати и други лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация и др.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя след извършено хистологично, имунохистохимично и/или флоуцитометрично изследване и където е показано - цитогенетично и/или молекулярно изследване.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация - медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на общото състояние (клинично и биохимично) и наличие на поне един от следните резултати:

1. постигане на толерантност към терапията и прецизирана амбулаторна дозировка;
2. овладяване на клиничната симптоматика;
3. постигане на състояние, което позволява проследяване и лечение в амбулаторни условия;
4. завършен курс химиотерапия.:

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

НЗОК заплаща за хоспитализация по същата клинична пътека в същото ЛЗБП на едно ЗЗОЛ в период по-малък от 30 календарни дни от дехоспитализирането му, когато извършената дейност е отчетена в два различни отчетни периода, при спазени индикации за хоспитализация и критерии за дехоспитализация.

Всяка последваща необходимост от продължаване на лечение с препарати, които НЗОК заплаща за лечение на посочените по-горе диагнози и за които не е необходимо пролежаване повече от 12 часа, се отчитат като АПр № 6 с бл. МЗ-НЗОК № 8.

Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства, необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия, бифосфонатите и другите лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, са включени в пакета дейности по системно лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в условията на болнична медицинска помощ.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

Документиране на диагностично - лечебния алгоритъм – в *“История на заболяването”.*

Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

- “История на заболяването”;
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ;

Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)
ЛИМФОМИ

Лимфомите са злокачествени заболявания, които обхващат лимфните структури, имат прогресивен ход и може да засегнат други органи и системи. Досега не е установена причината за появата им. Обвиняват се различни вируси, химикали, радиация, но конкретен причинител не е доказан.

Кои са най-честите оплаквания, предизвикани от лимфомите?

Първите прояви са нехарактерни: отпадналост, засилено изпотяване, температура, намалена работоспособност. Установяват се увеличени лимфни възли, най-често шийно или в подмишничната област, като те не са болезнени и постепенно нарастват. Може да усещате постоянна тежест в корема, особено под лявото или дясното подребрие.

Какви методи и процедури са необходими за поставяне на диагнозата лимфом?

Предварителните изследвания се провеждат от Вашия личен лекар в съответната лаборатория, където ще Ви вземат кръв от вената или пръста.

При установяване на отклонения от нормата, ще бъдете насочен към специалист хематолог. Той ще повтори изследванията на кръвта и ще назначи допълнителни. Диагнозата ще бъде поставена след осъществяване на тънкоиглена аспирационна биопсия (ТАБ) на увеличен лимфен възел, а след това най-често се прави биопсия на лимфен възел. За да бъде потвърдена диагнозата, патологът трябва да направи хистологична преценка, след което хематолог ще Ви вземе костен мозък за изследване чрез биопсия от илиачната кост – т.нар. трепанобиопсия или пункция на гръдната кост и илиачната кост – т. нар. миелограма.

Какво представлява тънкоиглената аспирационна биопсия (ТАБ) на лимфен възел и как се извършва тя?

Изследването се извършва в амбулаторни условия. Със специална игла лекарят пунктира безболезнено лимфния възел и не се налага упойка. Специалистът - хематолог го изследва под микроскоп и взема решение относно провеждане на хирургическа биопсия.

Какво представлява биопсията на лимфен възел?

Извършва се в амбулаторни условия. Целта на изследването е да се изследва под микроскоп тъканта за поставяне на точна диагноза.

Какво представлява костномозъчна пункция и как се извършва тя?

След местна упойка със специална игла, в областта на гръдната или седалищната кост, се взема костен мозък за изследване. Материалът се изследва от хематолог.

Какво представлява костно-мозъчната биопсия (трепанобиопсия) и как се извършва тя?

След местна упойка със специална игла се взема парченце кост за изследване. То се изпраща в хистологична лаборатория за микроскопско изследване.

Какво представлява лумбалната пункция?

В хода на лечението при някои пациенти се извършва диагностична или лечебна лумбална пункция. Със специална игла се прониква в гръбначномозъчния канал и се взема гръбначномозъчна течност за изследване. Понякога се налага едновременно с това да се въведат и лекарства.

В консултативния кабинет на хематологична клиника специалистът оценява направените дотогава лабораторни и инструментални изследвания, подготвя документите за приемането в отделението и Ви определя ден и час за постъпване (освен в случаите на спешност).

В клиниката по хематология се провеждат следните допълнителни изследвания:

Взема Ви се венозна кръв за анализ на различни биохимични показатели и се прави стернална пункция или трепанобиопсия по описания начин, ако това не е направено в амбулаторни условия.

Лекуващият лекар назначава и контролира консултациите с други специалисти за начална преценка на цялостното Ви здравословно състояние.

Как се лекува лимфома?

Основното лечение на лимфомите е химиотерапия, при необходимост в съчетание от лъчетерапия и/или имунотерапия. Възможно е и хирургическо лечение.

Вие ще получите подробна инструкция за медикаментите, които се използват за химиотерапия. Основната цел е максимално унищожаване на туморната маса.

Лечението се провежда с прилагане на различен брой курсове химиотерапия, с паузи между тях, след което се отчита постигнатият ефект.

Какви усложнения може да има лечението на лимфома?

Лечението се провежда само във високоспециализирани хематологични клиники и отделения, в които има квалифициран персонал и необходимите лекарства.

Усложненията от провежданото лечение са свързани предимно с използваните цитостатици, както и с преливането на кръвни препарати:

- безапетитие, гадене, повръщане, диария. Клиниките по хематология разполагат с лекарства, които ефективно предпазват от появата им;

• косопад - след преустановяването на лечението косата израства отново;

• нарушаване на менструалния цикъл по време на химиотерапията;

• поява на различни инфекции, което понякога налага антибиотично лечение;

• поява на кръвоизливи и анемия, които налагат понякога болнично лечение; използването на различни продукти от кръводаряване налагат, при възможност, предварително да се осигури достатъчно кръв от родствени и близки дарители. понастоящем в България се работи по всички правила, приети в ЕС за избягване на кръвопреливни рискове;

• алергични реакции;

• възпаление на вената (флебит), в която е въведен венозния катетър; изразява се в локално зачервяване, болка, повишаване на локалната и обща температура.

Повече информация относно Вашето заболяване можете да получите от Вашия лекуващ екип.

КП № 244.1
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХЕМОРАГИЧНИ ДИАТЕЗИ. АНЕМИИ. ЗА ЛИЦА НАД 18 ГОДИНИ

1. Минимален болничен престой при:
хеморагични диатези – 2 дни; апластична анемия – 2 дни; хемолитични анемии – 4 дни; таласемия – 2 дни; болест на Гоше – 2 дни; хемофилия – 2 дни

При извършване на терапевтична афереза: Минимален болничен престой – 1 ден минимална продължителност на процедурата - 4 часа; максимална продължителност на процедурата - 8 часа; кратност на процедурата - от 1 път седмично до ежедневно

НЗОК заплаща до 5 терапевтични аферези (13750-00 Терапевтична плазмафереза или 13750-01 Терапевтична левкофереза/Терапевтична левкоафереза или 13750-02 Терапевтична еритрофереза/ Терапевтична еритроафереза или 13750-03 Терапевтична тромбофереза) **в рамките на една хоспитализация**

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Анемия, дължаща се на ензимни нарушения

Не включва: ензимодефицитна анемия, предизвикана от лекарствени средства (D59.2)

D55.0 Анемия, дължаща се на недостиг на глюкозо-6-фосфат дехидрогеназа [G6PD]

Фавизъм

G6PD-дефицитна анемия

D55.1 Анемия, дължаща се на други нарушения на обмяната на глутатиона

Анемия, дължаща се на недостиг на ензими (освен G6PD), свързани с хексозомонофосфатния (HMP) шънт на метаболитната верига

Хемолитична, несфероцитна анемия (наследствена), тип I

D55.2 Анемия, дължаща се на нарушения на ензимите на гликолизата

Анемия:

- хемолитична, несфероцитна (наследствена), тип II
- при недостиг на хексокиназа
- при недостиг на пируват-киназа
- при недостиг на триозо-фосфат изомераза

D55.3 Анемия, дължаща се на нарушения в метаболизма на нуклеотидите

D55.8 Други анемии, дължащи се на ензимни нарушения

Таласемия

D56.0 Алфа таласемия

Не включва: хидропс на плода, дължащ се на хемолитична болест (P56.—)

D56.1 Бета таласемия

Анемия на Cooley

Тежка бета таласемия

Сърповидно-клетъчна бета таласемия

Таласемия

- междинна
- голяма

D56.2 Делта-бета таласемия

D56.3 Носителство на признака на таласемия

D56.4 Наследствено персистиране на фетален хемоглобин [HPFH]

D56.8 Други таласемии

Сърповидно-клетъчни нарушения

Не включва: други хемоглобинопатии (D58.—)

сърповидно-клетъчна бета таласемия (D56.1)

D57.0 Сърповидно-клетъчна анемия с криза

Hb-SS болест с криза

D57.1 Сърповидно-клетъчна анемия без криза

Сърповидно-клетъчна(-о):

• анемия • болест • нарушение	БДУ

D57.2 Двойни хетерозиготни сърповидно-клетъчни нарушения

Болест:

- Hb-SC
- Hb-SD
- Hb-SE

D57.3 Носителство на признака на сърповидни клетки

Носителство на Hb-S

Хетерозиготен хемоглобин S

Други наследствени хемолитични анемии

D58.0 Наследствена сфероцитоза

Ахолурична (семейна) жълтеница

Вродена (сфероцитна) хемолитична жълтеница

Синдром на Minkowski-Chauffard

D58.1 Наследствена елиптоцитоза

Елиптоцитоза (вродена)

Овалоцитоза (вродена)(наследствена)

D58.2 Други хемоглобинопатии

Анормален хемоглобин БДУ

Вродена анемия с телца на Heinz

Болест:

- Hb-C
- Hb-D
- Hb-E

Хемоглобинопатия БДУ

Хемолитична анемия от нестабилен хемоглобин

Не включва: фамилна полицитемия (D75.0)

Hb-M болест (D74.0)

наследствено персистиране на фетален хемоглобин (D56.4)

полицитемия на големите височини (D75.1)

метхемоглобинемия (D74.—)

D58.9 Наследствена хемолитична анемия, неуточнена

Придобита хемолитична анемия

D59.1 Други автоимунни хемолитични анемии

Автоимунна хемолитична болест (студен тип)(топъл тип)

Хронично заболяване, предизвикано от студови хемаглутинини

Студови аглутинини:

- болест
- хемоглобинурия

Хемолитична анемия:

- студен тип (вторична)(симптоматична)
- топъл тип (вторична)(симптоматична)

Не включва: синдром на Evans (D69.3)

хемолитична болест на плода и новороденото (P55.—)

пароксизмална студова хемоглобинурия (D59.6)

D59.3 Хемолитично-уремичен синдром

D59.4 Други неавтоимунни хемолитични анемии

Хемолитична анемия:

- механична
- микроангиопатична
- токсична

D59.5 Пароксизмална нощна хемоглобинурия [Синдром на Marchiafava-Micheli]

Не включва: хемоглобинурия БДУ (R82.3)

D59.6 Хемоглобинурия, дължаща се на хемолиза от други външни причини

Хемоглобинурия:

- от пренапрежение
- от маршируване

- пароксизмална студова

Не включва: хемоглобинурия БДУ (R82.3)

Други апластични анемии

Не включва: агранулоцитоза (D70)

D61.0 Конституционална апластична анемия

Аплазия (чиста) на еритроцитите:

- вродена
- при деца
- първична

Синдром на Blackfan-Diamond

Фамилна хипопластична анемия

Анемия на Fanconi

Панцитопения с аномалии

D61.1 Медикаментозно предизвикана апластична анемия

D61.2 Апластична анемия, предизвикана от други външни агенти

D61.3 Идиопатична апластична анемия

D64.0 Наследствена сидеробластна анемия

D64.4 Конгенитална дизеритропоетична анемия

Дизхемопоетична анемия

D65 Дисеминирано вътресъдово съсирване

[Синдром на дефибринация]

Афибриногенемия, придобита

Консумативна коагулопатия

Дифузна или дисеминирана вътресъдова коагулация [DIC]

Фибринолитична хеморагия, придобита

Пурпура:

- фибринолитична

- мълниеносна

Не включва: синдром на дефибринация (когато усложнява):

- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.1)
- при новородено (P60)
- при бременност, раждане и послеродов период (O45.0, O46.0, O67.0, O72.3)

D66 Вроден дефицит на фактор VIII

Дефицит на фактор VIII (с функционално нарушение)

Хемофилия:

- БДУ
- A
- класическа

Не включва: дефицит на фактор VIII със съдова аномалия (D68.0)

D67 Вроден дефицит на фактор IX

Болест на Christmas

Дефицит на:

- фактор IX (функционален)
- съставка на плазмения тромбопластин

Хемофилия B

Други нарушения на кръвосъсирването

Не включва: тези, които усложняват:

- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.1)
- бременност, раждане и послеродов период (O45.0, O46.0, O67.0, O72.3)

D68.0 Болест на von Willebrand

Ангиохемофилия

Дефицит на фактор VIII със съдова аномалия

Съдова хемофилия

Не включва: чупливост на капилярите (наследствена) (D69.8)

дефицит на фактор VIII:

- БДУ (D66)
- с функционално нарушение (D66)

D68.1 Вроден дефицит на фактор XI

Хемофилия C

Дефицит на прекурсора на плазмения тромбопластин

D68.2 Вроден дефицит на други фактори на кръвосъсирването

Вродена афибриногенемия

Дефицит на:

- AC глобулин
- проакцелерин

Дефицит на фактор:

- I [фибриноген]
- II [протромбин]
- V [лабилен]
- VII [стабилен]
- X [Stuart-Prower]
- XII [Hageman]
- XIII [фибринстабилизиращ]

Дисфибриногенемия (вродена)

Хипопроконвертинемия

Болест на Owren

D68.3 Хеморагични нарушения, дължащи се на циркулиращи антикоагуланти

Хиперхепаринемия

Повишаване на:

- антитромбин
- анти-VIIIa

- анти-IXa
- анти-Xa
- анти-XIa

D68.4 Придобит дефицит на факторите на кръвосъсирването

Дефицит на фактори на кръвосъсирването, дължащ се на:

- чернодробно заболяване
- дефицит на витамин K

Не включва: дефицит на витамин K при новородено (P53)

D68.8 Други уточнени нарушения на кръвосъсирването

Наличие на инхибитор при системен лупус еритематодес [SLE]

D68.9 Нарушение на кръвосъсирването, неуточнено

Пурпура и други хеморагични състояния

Не включва: доброкачествена хипергамаглобулинемична пурпура (D89.0)

криоглобулинемична пурпура (D89.1)

идиопатична (хеморагична) тромбоцитемия (D47.3)

мълниеносна пурпура (D65)

тромботична тромбоцитопенична пурпура (M31.1)

D69.0 Алергична пурпура

Пурпура:

- анафилактоидна
- Henoch (-Schonlein)
- нетромбоцитопенична:
- хеморагична
- идиопатична

• съдова

Алергичен васкулит

D69.1 Качествени дефекти на тромбоцитите

Синдром на Bernard-Soulier [на гигантските тромбоцити]

Болест на Glanzmann

Синдром на сивите тромбоцити

Тромбастения (хеморагична)(наследствена)

Тромбоцитопатия

Не включва: болест на von Willebrand (D68.0)

D69.2 Друга нетромбоцитопенична пурпура

Пурпура:

- БДУ
- сенилна
- проста

D69.3 Идиопатична тромбоцитопенична пурпура

Синдром на Evans

D69.4 Други първични тромбоцитопении

Не включва: тромбоцитопения с липса на лъчева кост (Q87.2)

преходна неонатална тромбоцитопения (P61.0)

синдром на Wiskott-Aldrich (D82.0)

D69.5 Вторична тромбоцитопения

При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

D69.6 Тромбоцитопения, неуточнена

D69.8 Други уточнени хеморагични състояния

Чупливост на капилярите (наследствена)

Съдова псевдохемофилия

D69.9 Хеморагично състояние, неуточнено

D70 Агранулоцитоза

Агранулоцитна ангина

Генетично обусловена агранулоцитоза у деца

Болест на Kostmann

Неутропения:

- БДУ
- вродена
- циклична
- причинена от лекарства
- периодична
- хиперспленна (първична)
- токсична

Неутропенична спленомегалия

Не включва: преходна неонатална неутропения (P61.5)

D71 Функционални нарушения на полиморфноядрените неутрофили

Дефект на рецепторния комплекс на клетъчната мембрана

Хронична (в детска възраст) грануломатозна болест

Вродена дисфагоцитоза

Прогресивна септична грануломатоза

Други нарушения на белите кръвни клетки

Не включва: базофилия (D75.8)

имунни нарушения (D80—D89)

неутропения (D70)

прелевкемия (синдром) (D46.9)

D72.0 Генетични аномалии на левкоцитите

Аномалия (в гранулацията)(на гранулоцита) или синдром:

- на Alder

- на May-Hegglin
- на Pelger-Huet

Наследствена:

- левкоцитна:
- хиперсегментация
- хипосегментация
- левкомеланопатия

Не включва: синдром на Chediak(-Steinbrinck)-Higashi (E70.3)

Метхемоглобинемия

D74.0 Вродена метхемоглобинемия

Вроден дефицит на NADH-метхемоглобин редуктаза

Хемоглобинопатия M [болест Hb-M]

Метхемоглобинемия, наследствена

D74.8 Други метхемоглобинемии

Придобита метхемоглобинемия (със сулфхемоглобинемия)

Токсична метхемоглобинемия

Разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на липидите

E75.2 Други сфинголипидози

Болест на:

- Fabry(-Anderson)
- Gaucher
- Krabbe
- Niemann-Pick

Синдром на Farber

Метахроматична левкодистрофия

Недоимък на сулфатаза

Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

Други некротизиращи васкулопатии

M31.1 Тромботична микроангиопатия

Тромботична тромбоцитопенична пурпура

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на костен мозък

30081-00 Биопсия на костен мозък

Включва: трепанация

Не включва: биопсия на костен мозък:
аспирационна (30087-00 [800])
перкутанна (30084-00 [800])

30087-00 Аспирационна биопсия на костен мозък

Не включва: костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT] (30084-00 [800])

30084-00 Перкутанна биопсия на костен мозък
Костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT]

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
2 отдела (58112-00 [1969]) • 3 отдела (58115-00 [1969]) • 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб

Не включва: радиография на гръбнак:
2 отдела (58112-00 [1969])
3 отдела (58115-00 [1969])
4 отдела (58108-00 [1969]

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб

Компютърна томография на гръден кош

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце бял
дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
гръдна кост (58521-00 [1972])
гръден вход (58509-00 [1974])
трахея (58509-00 [1974])

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
и
мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
таз (56801-00, 56807-00 [1961])
таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става

Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро

Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57524-00 Рентгенография на феморална кост и коляно

57518-01 Рентгенография на коляно

Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57524-01 Рентгенография на коляно и подбедрица

57518-02 Рентгенография на подбедрица

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943]) такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])

при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])

Дуплекс ултразвук на други съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места
Дуплекс ултразвук на съдове БДУ
Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош
Включва: сърце

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб
Включва: гръбначен мозък

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

92182-09 Друго морфологично изследване на ликвор

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

92184-07 Друго морфологично изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка

Изследване на кръв

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

91910-06 Морфология на еритроцити – визуално микроскопско изследване

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка на лекуващия лекар

и/или

91910-08 Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар

91904-04 Изследване на фактори на коагулация
фактор II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII

91904-05 Изследване на фактор на Вилебранд (von Willebrand)

91910-09 Изследване на протромбиново време

91904-02 Изследване на тромбиново време (ТТ)

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (АРТТ)

91910-11 Изследване на фибриноген

91913-04 Изследване на време на съсирване

91910-40 Изследване за серумна електрофореза и лекарствено мониториране

91913-01 Изследване на тромбоцити

91904-01 Изследване на Ретикулоцити (RET)

91904-08 Изследване на Протеин С (PrC)

91904-09 Изследване на Протеин S (Prs)

91904-03 Изследване на инхибитори на хемостаза

91904-10 Осмотична резистентност на еритроцити

91910-49 Други хематологични изследвания

и/или

91910-42 Електрофореза на хемоглобина

и/или

91910-43 Определяне на антитромбоцитни антитела

и/или

91910-44 Определяне на Феритин

91907-08 Друго морфологично изследване на проба от далак и/или костен мозък

1863 Нуклеарна медицина (необразна)

12500-00 Оценяване на кръвен обем при нуклеарно медицинско изследване
Включва: еритроцитен скриниг тест, обем 51Cr

Друго нуклеарно медицинско образно изследване

90910-00 Нуклеарно медицинско изследване на друг регион или орган

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки Трансфузия на:

еритроцити

13706-03 Приложение на тромбоцити Трансфузия на:
тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на:
антихемофилен фактор

коагулационни фактори НКД
криопреципитати
фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия няа плазма
Трансфузия на албумин

92173-00 Пасивна имунизация с Rh (D) имуноглобулин

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
гама глобулин
имуноглобулин
Intragam

Приложение на фармакотерапия

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Електролит

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антикоагулант

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антикоагулант

96199-10 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Тромбоцитен инхибитор

96200-10 Подкожно приложение на фармакологичен агент. Тромбоцитен инхибитор

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент.

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент

96197-00 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент

96200-00 Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент

96201-00 Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент

93977-00	Терапия с колоностимулиращи фактори на бялата и червена кръвни редици
Афереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза
13750-01	Терапевтична левкофереза Терапевтична левкоафереза
13750-02	Терапевтична еритрофереза Терапевтична еритроафереза
13750-03	Терапевтична тромбофереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, и две основни терапевтични процедури, посочени в таблицата с кодовете на основните процедури.

Приложението на колонистимулиращи фактори (вкл. еритропоетин) се отчита с код 93977-00.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва: хематологични изследвания: 91910-04, 91910-05 и/или хемостазелогичен статус (поне две от посочените: 91910-08; 91904-04; 91904-05; 91910-09; 91904-02; 91910-10; 91910-11; 91913-04; 91910-40; 91913-01; 91904-01; 91904-03; 91904-08; 91904-09; 91904-03; 91904-10; 91910-49), и/или електрофореза на хемоглобин 91910-42, и/или определяне на антитромбоцитни антитела 91910-43, и/или определяне на феритин 91910-44.

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

НЗОК заплаща на лечебни заведения за дейности по провеждане на процедури за терапевтична афереза, при спазване на следните критерии:

Обем и обхват на дейностите по процедура „Терапевтична афереза"
Продължителност на процедура „Терапевтична афереза"

минимална продължителност на процедурата - 4 часа;
максимална продължителност на процедурата - 8 часа;
кратност на процедурата - от 1 път седмично до ежедневно;

Терапевтичната афереза в тази клинична пътека се отчита както следва – лечебна плазмафереза - 13750-00, лечебна левкофереза - 13750-01, лечебна еритроцитафереза - 13750-02, лечебна тромбоцитафереза - 13750-03.

Клиничната пътека може да бъде отчетена само с един от кодовете за терапевтична афереза, ако се извършва само тази процедура. В тези случаи НЗОК заплаща само за извършената процедура (терапевтична афереза).

В случаите, при които на пациентите е необходимо да се извършат и други дейности в рамките на тази клинична пътека (освен терапевтичната афереза), последните се отчитат със съответните кодове от таблицата с основни терапевтични, съгласно заложения в ДЛА вид и брой.

НЗОК заплаща до 5 терапевтични аферези (13750-00 Терапевтична плазмафереза или 13750-01 Терапевтична левкофереза/Терапевтична левкоафереза или 13750-02 Терапевтична еритрофереза/ Терапевтична еритроафереза или 13750-03 Терапевтична тромбофереза) **в рамките на една хоспитализация**

В цената на терапевтичната афереза се включват и необходимите еднократни консумативи и медицински изделия, което представлява част от диагностичнолечебния алгоритъм на тази клинична пътека и подлежи на проверка.

Квалификация на екипа, провеждащ терапевтичната афереза:

Терапевтичната афереза се осъществява от екип от най-малко двама лекари с призната специалност по "Анестезия и интензивно лечение" или „Хематология", от които най-малко един с придобит сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза. В екипа може да участват и лекари с медицинска специалност по профила на основното заболяване.

Индикации за извършване на терапевтична афереза:

При диагноза - **М31.1 Тромботична микроангиопатия** (Тромботична тромбоцитопенична пурпура)

НЗОК заплаща на многопрофилни болници за активно лечение за афереза при наличие на разрешение за дейност и на:

поне една от следните структури с квалифициран за извършването на дейността персонал и с апарат за екстракорпорално кръвообращение и сетове с мембрани/центрофуги за сепариране на форменните елементи на кръвта от плазмата или разделяне на видовете полипептиди в човешката плазма:

а) клиника/отделение по хематология с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Клинична хематология" или

б) клиника/отделение по анестезиология и/или интензивно лечение с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение" или

в) клиника/отделение по нефрология и хемодиализа с III ниво на компетентност;

медико-диагностични структури – клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност и структура по образна диагностика, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график;

наличието на апаратура и квалифициран персонал по т. 1 се удостоверява със съответните документи;

В случаите, при които пациентът се хоспитализира само за осъществяване на терапевтична афереза, лечебното заведение отчита медицинската процедура, като в отчетните документи се вписва клиничната пътека (КП № 244.1.), диагнозата и кода на терапевтичната афереза. **В тези случаи се заплаща само тази медицинска процедура, като могат да се отчетат повече от една процедура в един отчетен период.**

В случаите, при които в рамките на клиничната пътека се осъществяват и други медицински прегледи и процедури, освен афереза, и са изпълнени изискванията за завършена терапевтична клинична пътека, се заплаща КП и терапевтичната афереза.

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност **"Клинична хематология"**, осъществявана най-малко на **първо ниво** на компетентност, съгласно медицински стандарт "Клинична

хематология". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Клинична хематология".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хематология или Клиника/отделение по вътрешни болести – съгласно стандарт „Клинична хематология"
2. Клинична лаборатория*
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4. Апаратура за терапевтична афереза – при отчитане на кодове 13750-00,13750-01, 13750-02,13750-03

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по клинична хематология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Цитогенетична лаборатория
2. Имунологична лаборатория
3. Лаборатория по нуклеарномедицинска диагностика
4. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
5. Клиника/отделение/Лаборатория/център по трансфузионна хематология с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
6. Микробиологична лаборатория – на територията на областта
7. Отделение/лаборатория по клинична патология

4.6. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

двама лекари, от които един със специалност по клинична хематология;

лекар със специалност по клинична лаборатория;

лекар със специалност по образна диагностика; - лекар със специалност по клинична патология.

трима специалисти по „Анестезиология и интензивно лечение" за изпълнение на терапевтична афереза (13750-00,13750-01,13750-02,13750-03) или

трима специалисти по „Нефрология и хемодиализа" за изпълнение на кодове терапевтична афереза (13750-00,13750-01,13750-02,13750-03) или

трима специалисти по хематология за изпълнение на терапевтична афереза (13750-00,13750-01,13750-02,13750-03).

Изисквания за професионален опит на специалистите по „Анестезиология и интензивно лечение" и/или „Нефрология и хемодиализа" и/или „Клинична хематология" при изпълнение на терапевтична афереза - **минимум 15 процедури на един от тези специалисти терапевтична афереза годишно, платени с публични средства през предходната година, удостоверено с документ.**

Изисква се сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза поне за един специалист.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение в стационарни условия на пациенти с хеморагични диатези по повод:

1.1. тежки кръвоизливи, рецидивиращи хемартрози, дълбоки мускулни хематоми, съмнение за вътречерепен кръвоизлив, стомашно-чревни и белодробни кръвоизливи, кръвоизливи от пикочо-половата система, ретроперитонеални хематоми, хематоми на шията и устната кухина;

1.2. заместителна терапия с кръв и кръвни продукти при клинични показания и/или лабораторни изследвания - при хемоглобин под 70 g/l, тромбоцити под 10 G/l;

1.3. антибактериална, антивирусна и антимикотична терапия при болни с инфекциозни (пневмония, сепсис, инфекция на меки тъкани), хеморагични (нетромбоцитопенични) и други тежки усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение;

1.4. подготовка за оперативна интервенция при диагностицирана хеморагична диатеза;

1.5. лечение на имунологични усложнения, предизвикващи имунни инхибиторни разстройства на коагулацията;

1.6. лечение с кортикостероиди и/или имуносупресори, и/или имуноглобулини, и/или еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, и/или агонисти на отделни редове от хемопоезата и/или имуномодулатори.

2. Диагностика и лечение в стационарни условия на пациенти с анемии по повод:

2.1. хемолитична криза или екзацербация на хемолиза;

2.2. терапия с кортикостероиди и/или имуносупресори, и/или имуноглобулини, и/или еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, и/или агонисти на отделни редове от хемопоезата, и/или имуномодулатори при клинични показания, и/или лабораторни изследвания - при неутропения и клинични данни за инфекция (вкл. фебрилна неутропения);

2.3. заместителна терапия с кръв и кръвни продукти - при тежка анемия или хеморагична диатеза при животозастрашаваща тромбоцитопения;

2.4. антибактериална, антивирусна и антимикотична терапия при болни с инфекциозни (пневмония, сепсис, тежки инфекция), хеморагични (нетромбоцитопенични) и други тежки усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение;

2.5. лечение с хелатори на желязото при таласемия и други трансфузионно зависими анемии с висок железен товар;

2.6. подготовка за интервенция, свързана с усложнения на фона на основното заболяване в обхвата на клиничната пътека.

Дейностите и се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.6. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Лечението на пациенти с анемии, дължащи се на ензимни нарушения, сърповидноклетъчни нарушения, таласемии, наследствени и придобити хемолитични анемии, апластични и сидеробластни анемии, агранулоцитоза, функционални нарушения и генетични аномалии на левкоцитите, метхемоглобинемии и разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на липидите се провежда в зависимост от конкретния нозологичен тип, възрастта, общото състояние на пациента, съпътстващите усложнения и коморбидността. За целта се прилагат доказани в мултицентрични рандомизирани проучвания монотерапии или комбинации (режими), включващи аналгетици; антибиотици: антибактериални, антимикотични и антивирусни; антитимоцитен или антилимфоцитен глобулин; еритроцитни концентрати, в това число замразени при пациенти с рядко срещани кръвни групи или такива, при които има наличие на полиспецифични антитела; обезлевкоцитени; промити еритроцитни концентрати при пациенти с антитела спрямо плазмени протеини, специално анти-IgA и при такива, които са получили тежки алергични реакции във връзка с предишни кръвопреливания еритроцитни концентрати; желязо-хелатна терапия; имуносупресори; интравенозно желязо; инфузионна терапия с водносолеви разтвори; колониостимулиращи фактори и/или агонисти на отделни редове от хемопоезата; кортикостероиди; тромбоцитен концентрат; спленектомия; циклоспорин А - самостоятелно или в комбинация с антитимоцитен или антилимфоцитен глобулин; цитостатици.

ПОКАЗАНИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕ С КОЛОНИСТИМУЛИРАЩИ ФАКТОРИ, ЗАМЕСТИТЕЛНА ТЕРАПИЯ С КРЪВ И КРЪВНИ ПРОДУКТИ И АНТИБИОТИЦИ

терапия с колонистимулиращи фактори: гранулоцитен и гранулоцитно-макрофаген колонистимулиращ фактор – при неутропения ≤ 0,5 G/l и клинични данни за инфекция (вкл. фебрилна неутропения); еритропоетин – при хемоглобин ≤ 100 g/l и прогностични фактори за благоприятен отговор на лечението;

заместителна терапия с кръв и кръвни продукти – при хемоглобин под 70 G/l, тромбоцити под 10 G/l или хеморагична диатеза при животозастрашаваща тромбоцитопения;

антибактериална, антивирусна и антимикотична терапия при болни с инфекциозни (пневмония, сепсис, инфекция на меки тъкани), хеморагични (нетромбоцитопенични) и други тежки усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение.

Лечението на пациенти с хеморагични диатези, в това число вроден или придобит дефицит на фактори на кръвосъсирването; хеморагични нарушения, дължащи се на циркулиращи антикоагуланти; дисеминирано вътресъдово съсирване; други нарушения на кръвосъсирването; пурпура; качествени дефекти на тромбоцитите и други хеморагични състояния; тромбоцитопении; вазопатии липидите се провежда в зависимост от конкретния нозологичен тип, възрастта, общото

състояние на пациента, съпътстващите усложнения и коморбидността. За целта се прилагат доказани в мултицентрични рандомизирани проучвания монотерапии или комбинации (режими), включващи плазмени и рекомбинантни коагулационни фактори; DDAVP; анти-D гамаглобулин; антиагрегантна терапия; антибактериална и антимикотична терапия; витамин К – венозно или подкожно; въвеждане в оптимална терапевтична хипокоагулация с орални антикоагуланти; даназол; имуносупресори; интравенозни имуноглобулини; инфузионна терапия с водносолеви разтвори; колониостимулиращи фактори и/или агонисти на отделни редове от хемопоезата; компонентна заместителна терапия с еритроцитен концентрат и кръвни продукти; кортикостероиди; неспецифични кръвоспиращи средства – транексамова киселина, ЕАКА, РАМВА и др.;обезболяващи средства; плазмафереза; препарати съдържащи факторите на протромбиновия комплекс; препарати съдържащи активирани фактори на протромбиновия комплекс; протеазни инхибитори; прясно замразена плазма; рекомбинантен активиран фактор VII; тромбоцитен концентрат; фибриноген; хепарин, АТ III; цитостатици.

Лечението с лекарствени продукти, включени в Приложение № 2 на ПЛС, които НЗОК заплаща извън цената на КП 244 е за лечение на заболявания, включени в КП, и е съобразено с ЗЛПХМ и Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти и фармако-терапевтичното ръководство по клинична хематология, прието и публикувано на електронната страница на Съвета по цени и реимбурсация на лекарствените продукти.

Приготвянето на разтворите се извършва задължително в болничните аптеки, което подлежи на контрол от страна на НЗОК.

Разтварянето и прехвърлянето на цитотоксични лекарства, моноклонални антитела и други лекарствени продукти се осъществява по утвърден „Списък на лекарствени продукти" **чрез затворени системи, влизащи в цената на КП.**

Организацията на работата в болничната аптека, която отпуска онкологичните препарати, отговаря на изискванията на Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След провеждане на специфични коагулационни, хематологични, морфологични, имунологични, нуклеарно медицински и инструментални изследвания съобразно конкретното заболяване и провеждане на консултации с други специалисти при необходимост.

Апластична анемия - диагнозата се поставя след хистологично и цитологично изследване на костния мозък (трепанобиопсия и миелограма); цитогенетично и молекулярно цитогенетично изследване на костния мозък и флоуцитометрия.

Хемолитични анемии - след подробна фамилна анамнеза, изследване на кръвна картина, електрофореза на хемоглобин, биохимични изследвания, изследване на антиеритроцитни антитела, нуклеарно медицински изследвания, изследване на еритроцитни ензими.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на общото състояние (клинично и биохимично) и поне един от следните резултати:

стабилизиране на хематологичните показатели и овладяване на инфекциозните и хеморагични усложнения при пациенти с апластична анемия;

стабилизиране на хематологичните показатели и овладяване на хемолитичния процес и усложненията му при пациенти с хемолитична анемия;

овладяване на хеморагичната диатеза; овладяване на усложненията от хеморагичните прояви; диагностично уточняване на хемостазното нарушение при хеморагични диатези;

НЗОК заплаща за хоспитализация по същата клинична пътека в същото ЛЗБП на едно ЗЗОЛ в период по-малък от 30 календарни дни от дехоспитализирането му, когато извършената дейност е отчетена в два различни отчетни периода, при спазени индикации за хоспитализация и критерии за дехоспитализация.

Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства, необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия, бифосфонатите и другите лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, са включени в пакета дейности по системно лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в условията на болнична медицинска помощ.

НЗОК заплаща приложените на еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия за хематологични заболявания, прилагани в КП № 244, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване или лечение, която стойност не се включва в цената на КП.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Възможността за отчитане на пациенти по пътеката се запазва само за случаите на диагностика и проследяване на състоянието.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).

Документиране на диагностично - лечебния алгоритъм – в *"История на заболяването"*.

Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

"История на заболяването";

част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ;

Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването"*.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ХЕМОФИЛИЯТА е наследствено заболяване, при което кръвта се съсирва по-бавно. То се дължи на дефект в гена, отговорен за произвеждането в организма на един от факторите на кръвосъсирването.

В две трети от случаите има фамилна обремененост. Боледуват само мъже, а жените са носителки на хемофилна наследственост и само по изключение може да имат прояви на болестта.

При хемофилия А е намален или дефектен фактор VIII, а при хемофилия В – фактор IX. В зависимост от степента на намаление на фактора заболяването се разделя на три форми: при фактор под 1% - тежка форма, от 1 до 5% - средно тежка форма, над 5% - лека форма

Заболяването се проявява с кръвоизливи при малки травми или без забележими причини. Характерни са ставните кръвоизливи, наречени хемартрози, както и мускулните кръвоизливи. Сериозен проблем представляват кръвоизливите във вътрешните органи, в областта на шията, гърлото и мозъчните кръвоизливи. Те налагат задължително лечение в болница. На практика кръвоизливи може да се получат навсякъде в тялото. Тежестта и честота им зависят от формата на заболяването.

Точната диагноза се поставя с изследване нивото на факторите на кръвосъсирването, които се извършват в специализирани лаборатории с венозна кръв. Допълнителна диагностика е необходима за уточняване мястото и големината на кръвоизлива и това може да наложи провеждането на ехографски, рентгенологични изследвания, ядрено магнитен резонанс или други.

Лечението на повтарящите се, на големите и на животозаплашващите кръвоизливи се провежда в болнични условия. То се състои основно във венозно приложение на препарати, съдържащи липсващия фактор на кръвосъсирването. Най-често тези препарати са получени от човешка плазма, като от нея е отделен в относително пречистен и концентриран вид съответния фактор на съсирването. Така полученият продукт се обработва по специален начин, за да се унищожат причинителите на най-често срещаните вирусни инфекции, пренасящи се с кръвни продукти: хепатит В, хепатит С и СПИН. Някои от лечебните продукти са получени по модерни технологии не от човешка плазма, а чрез генно-инженерни методи. Те не носят риск от предаване на кръвни инфекции, но цената им е изключително висока.

Дозата и ритъмът на приложение на препаратите зависят от тежестта на кръвоизлива и вида на хемофилията.

При изразена анемия може да се наложи кръвопреливане.

Възможни усложнения от провежданото лечение:

Инхибитори срещу факторите на кръвосъсирването. При многократни преливания при част от пациентите се изработват антитела, които неутрализират действието на прилаганите препрати и лечебен ефект от тях не се постига.

Хронични хепатити и СПИН, поради заразяване с вирусите на хепатит С, хепатит В и СПИН. Това е последствие от приложението на препарати, които не са преминали вирусна инактивация, каквито у нас от 1996 г. не се използват.

АВТОИМУННАТА ТРОМБОЦИТОПЕНИЧНА ПУРПУРА е придобито заболяване, при което имунната система на организма разпознава собствените кръвни плочици (тромбоцити) като чужди частици, произвежда срущу тях антитела и ги разрушава. Техният брой намалява и това довежда до получаване на кръвоизливи при минимални травми или дори без причина. Кръвоизливи може да има по кожата, от лигавиците, от носа, от венците, вътрешни кръвоизливи от стомоха, червата, обилна менструация или извън-менструално кървене, тоест кръвоизливи с всички възможни локализации.

При децата заболяването се развива остро. Често има връзка с вирусни инфекции, имунизации. След средно 6 месеца заболяването отзвучава в преобладаващата част от пациентите.При възрастните заболяването започва

постепенно и неусетно. Протича хронично и спонтанно излекуване се наблюдава много рядко.

Какви методи и процедури са необходими за поставяне на диагнозата автимунна тромбоцитопенична пурпура:

Диагнозата се поставя след поредица от изследвания: изследване на кръв от вената и от пръста, изследване на костния мозък, изследване на преживяемостта и мястото на разрушаване на тромбоцитите, изследване за наличие на антитела срещу тромбоцитите. Необходимо е да бъдете изследван/а и за някои вирусни заболявания, които понякога причиняват намаляване на тромбоцитите. Това са хепатит С, хепатит В и СПИН.

Какво представлява стерналната пункция и как се извършва тя?

Вие лягате по гръб на лекарска кушетка. Лекарят почиства със спирт и йод областта на стерналната кост, където ще извърши пункцията. След това поставя местна упойка точно в зоната, най-удобна за пунктиране. След няколко минути усещате изтръпване в мястото на упойката. Със специална, стернална игла лекарят убожда Вашата гръдна кост и изтегля няколко милилитра костен мозък. След това изважда иглата, почиства отново със спирт мястото и поставя стерилен тампон (цитопласт). Изтегленият костен мозък се разстила върху специални предметни стъкла и се оцветява, изследва се под микроскоп, като по този начин се установява дали има друго заболяване на костния мозък, което причинява тромбоцитопенията.

Друго важно изследване е ***преживяемостта и мястото на разрушаване на тромбоцитите***. състои се във венозно инжектиране на малко количество тромбоцити, маркирани с изотоп в безопасна за човека доза. със специален апарат се проследява активността на изотопа в същия ден и спадането му в следващите дни, както и мястото, където той се натрупва. това отразява продължителността на живота на тромбоцитите и показва мястото, където те се разрушават от антителата.

Останалите изследвания се извършват с венозна кръв.

Как се лекува автоимунната тромбоцитопенична пурпура?

Лечението на заболяването цели да потисне образуването на антитела и разрушаването на тромбоцитите да се прекрати. Това става с приложението на кортикостероидни лекарства. Това са хормони, които нормално се образуват в организма, но с лечебна цел се прилагат в много по-високи дози. С това лечение до 50% от пациентите постигат трайно излекуване.

При недостатъчен резултат от лечението се налага оперативно да се отстрани слезката (далака) - основното място, където си произвеждат антителата и в преобладаващия брой случаи и основното място на разрушаване на тромбоцитите. Около 66% от пациентите след операцията постигат устойчиво подобрение на заболяването.

Ако и този подход не доведе до необходимия резултат се пристъпва към повторен опит с кортикостероиди. При неуспех се прилагат алтернативни средства: даназол, анти D - имуноглобулини, поддържаща доза кортикостероиди, ако тя не е твърде висока, венозни имуноглобулини. Следваща група алтернативни средства са: винка-алкалоиди, циклофосфамид, имуран. Това са медикаменти с много странични действия и приложението им трябва да бъде добре преценено от лекуващия лекар.

Какви рискове крие лечението?

Кортикостероидите имат редица странични действия, поради което по време на лечението е необходим стриктен контрол от лекуващия лекар. Между тях са: увеличение на телесната маса, образуване на стрии по кожата, остеопороза, диабет, увреждане на стомашната лигавица, артериална хипертония, инфекции, психични разстройства.

Преливането на кръв и кръвни продукти крие известни рискове за предаване на хепатит В, хепатит С, СПИН и някои други вирусни инфекции. В нашата страна се взимат всички предохранителни мерки срещу това, както се практикува във всички Европейски страни. В така-наречения прозоречен период, обаче, инфекцията не може да бъде открита с използваните тестове.

Какъв режим трябва да спазва пациентът?

С оглед намаляване риска за мозъчен или друг кръвоизлив пациентът трябва да спазва следните мерки:

да не взима аспирин дори в минимална доза;

да не извършва тежък физически труд; - да не се излага на слънце без шапка; - да се пази от травми.

АПЛАСТИЧНАТА АНЕМИЯ е рядко кръвно заболяване, при което костният мозък е значително намален по количество и функциите му са съществено увредени. Причините за това са разнообразни и не винаги могат да се посочат определено при всеки пациент: лечение с противоракови медикаменти, лъчелечение, реакция на костния мозък спрямо някои медикаменти, след вирусна инфекция, при някои редки вродени заболявания, при автоимунни заболявания, при контакт с бензолни съединения и при различни злокачествени заболявания.

Симптомите на заболяването са свързани с често значителните: анемия, намален брой на левкоцитите (белите кръвни телца) и тромбоцитите (кръвните плочици). Като последици от това се наблюдава лесна умора, бледост, склонност към тежки инфекции и кръвоизливи.

Лечението се провежда с кръвопреливания и приложение на медикаменти срещу различните инфекциозни и кръвоизливни усложнения. Приложението на въздействащи върху имунната система лекарства дава възможност за съществено повлияване хода на заболяването.

ХЕМОЛИТИЧНИТЕ АНЕМИИ са голяма група анемии с различна причини, протичане, лечение и изход. Обединява ги болестно повишеното разграждане на червените кръвни телца (еритроцитите), което се дължи на увреждания в или извън еритроцитите със скъсяване на жизненият им цикъл. Това повишава степента на тяхното разрушаване.

Заместващото разрастване на костния мозък не винаги може да осигури поддържане на нормалното кръвотворене, вследствие на което се развива анемия.

Освен увреждания в или извън еритроцитите, причина за болестното разграждане на еритроцитите е и повишената активност на далака. Еритроцитите могат да бъдат разрушени и в кръвоносните съдове - по-често в малките, където са подложени на микротравмиране.

Хемолитичните анемии се обединяват в следните подгрупи:

Наследствени хемолитични анемии

хемолитични анемии резултат на дефект в еритроцитната мембрана;

хемолитични анемии резултат на дефект в интраеритроцитните ензими;

хемолитични анемии резултат на нарушение в синтеза на глобиновите вериги или в структурата им.

Придобити хемолитични анемии (дължащи се на извънеритроцитни причини)

Имунни хемолитични анемии;

Автоимунни хемолитични анемии;

Симптоматични хемолитични анемии.

ТАЛАСЕМИЯТА е болест, която е широко разпространена в света. По-често се среща в страните около Средиземно море, откъдето идва и наименованието таласемия ("таласа" на гръцки означава море).

Таласемията е наследствена анемия, която се дължи на дефект в гена, който е отговорен за образуването на хемоглобина. Животът на червените кръвни клетки (еритроцити) е силно скъсен, което нарушава нормалното снабдяване на организма с кислород. Най-често тя е наследствена, но понякога има случаи, когато няма други болни или носители на таласемичен ген в рода. Основни прояви на заболяването са анемия, жълтеница, увеличаване размерите на слезката и на черния дроб, костни промени и изоставане в растежа.

Най-често носителите на дефект в гена, от който зависи нормалното изграждане на хемоглобина, са здрави. Понякога те могат да имат лека анемия и леко влошено общо състояние. За всеки човек е важно да знае дали е носител на таласемичен ген или не, защото при брак между носители съществува риск 25% от децата да се родят с тежката форма на заболяването. Дали има носителство може да се разбере чрез изследване на кръвта – т.н. електрофореза на хемоглобина.

Таласемията може да се изяви с различна тежест като с таласемия майор се означава тежката форма, таласемия минор е леката форма и таласемия интермедия е средно тежката форма.

Тежката форма на болестта – таласемия майор, се нарича още анемия на Кулей на името на американския педиатър д-р Кулей, който пръв описва болестта. Децата, които са родени с таласемия майор изглеждат напълно нормално в първите няколко месеца от живота си. Най-често след шестия месец цветът на кожата им избледнява, постепенно настъпва обща отпадналост, физическото им развитие силно се нарушава. Костният мозък разраства, в резултат на което се увеличават размерите на костите, като например промените в черепните кости определят типичния изглед на лицето. Силно нарушена е работата на сърцето и на други органи. Без провеждане на редовни кръвопреливания болните загиват в първите 10 години от живота.

Основното лечение на таласемия майор е редовното кръвопреливане, осъществявано на всеки две до пет седмици, така че да се осигурява средно хемоглобиново ниво 120 г/л. За да се осигури едно продължително здравно благополучие и оптимална продължителност на живот, освен редовните кръвопреливания е необходимо да се използват и други лекарства, които да отстраняват натрупаното в организма на болните желязо. То се отлага в резултат на честите кръвопреливания. Ако излишното желязо не се отстрани от организма, то се отлага в сърцето, черния дроб, бъбреците, задстомашната жлеза и други органи, като предизвиква тежки увреждания в тях. Лекарството, което отстранява излишното желязо от организма се нарича Дефероксамин и се инжектира бавно подкожно в продължение на 8-12 часа с помощта на преносима помпичка, която не ограничава нормалната активност на детето. Отстраняването на желязото може да бъде повишено чрез прилагането на витамин С в дните на десфериоксаминовото лечение.

Значителен успех в борбата с таласемия майор се постига с ранното поставяне на диагнозата в първите три месеца на бременността. Чрез предизвикването на изкуствен аборт при плод с таласемия майор се предотвратява раждането на тежко болно дете.

Средно тежката форма на таласемия протича значително по-благоприятно, а честотата на кръвопреливанията е по-малка.

Леката форма на таласемия най-често не налага кръвопреливане, протича благоприятно и на практика не повлиява върху качеството и продължителността на живота.

КП № 244.2 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ХЕМОРАГИЧНИ ДИАТЕЗИ. АНЕМИИ. ЗА ЛИЦА ПОД 18 ГОДИНИ

Минимален болничен престой при:
хеморагични диатези – 2 дни;
апластична анемия – 2 дни; хемолитични анемии – 4 дни;
таласемия – 2 дни;
болест на Гоше – 2 дни; хемофилия – 2 дни

При извършване на терапевтична афереза
Минимален болничен престой – 1 ден
при деца продължителност на процедурата 1-4 часа;
кратност на процедурата - от 1 път седмично до ежедневно

НЗОК заплаща до 5 терапевтични аферези (13750-00 Терапевтична плазмафереза или 13750-01 Терапевтична левкофереза/Терапевтична левкоафереза или 13750-02 Терапевтична еритрофереза/ Терапевтична еритроафереза или 13750-03 Терапевтична тромбофереза) **в рамките на една хоспитализация**

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Анемия, дължаща се на ензимни нарушения

Не включва: ензимодефицитна анемия, предизвикана от лекарствени средства (D59.2)

D55.0 Анемия, дължаща се на недостиг на глюкозо-6-фосфат дехидрогеназа [G6PD]
Фавизъм
G6PD-дефицитна анемия

D55.1 Анемия, дължаща се на други нарушения на обмяната на глутатиона
Анемия, дължаща се на недостиг на ензими (освен G6PD), свързани с хексозомонофосфатния (HMP) шънт на метаболитната верига
Хемолитична, несфероцитна анемия (наследствена), тип I

D55.2 Анемия, дължаща се на нарушения на ензимите на гликолизата
Анемия:
- хемолитична, несфероцитна (наследствена), тип II
- при недостиг на хексокиназа
- при недостиг на пируват-киназа
- при недостиг на триозо-фосфат изомераза

D55.3 Анемия, дължаща се на нарушения в метаболизма на нуклеотидите

D55.8 Други анемии, дължащи се на ензимни нарушения

Таласемия

D56.0 Алфа таласемия
Не включва: хидропс на плода, дължащ се на хемолитична болест (P56.—)

D56.1 Бета таласемия
Анемия на Cooley
Тежка бета таласемия
Сърповидно-клетъчна бета таласемия
Таласемия
- междинна
- голяма

D56.2 Делта-бета таласемия

D56.3 Носителство на признака на таласемия

D56.4 Наследствено персистиране на фетален хемоглобин [HPFH]

D56.8 Други таласемии

Сърповидно-клетъчни нарушения

Не включва: други хемоглобинопатии (D58.—)
сърповидно-клетъчна бета таласемия (D56.1)

D57.0 Сърповидно-клетъчна анемия с криза
Hb-SS болест с криза

D57.1 Сърповидно-клетъчна анемия без криза

Сърповидно-клетъчна(-о):
- анемия
- болест
- нарушение

БДУ

D57.2 Двойни хетерозиготни сърповидно-клетъчни нарушения
Болест:
- Hb-SC
- Hb-SD
- Hb-SE

D57.3 Носителство на признака на сърповидни клетки
Носителство на Hb-S
Хетерозиготен хемоглобин S

Други наследствени хемолитични анемии

D58.0 Наследствена сфероцитоза
Ахолурична (семейна) жълтеница
Вродена (сфероцитна) хемолитична жълтеница
Синдром на Minkowski-Chauffard

D58.1 Наследствена елиптоцитоза
Елиптоцитоза (вродена)
Овалоцитоза (вродена)(наследствена)

D58.2 Други хемоглобинопатии
Анормален хемоглобин БДУ
Вродена анемия с телца на Heinz
Болест:
- Hb-C
- Hb-D
- Hb-E

Хемоглобинопатия БДУ
Хемолитична анемия от нестабилен хемоглобин
Не включва: фамилна полицитемия (D75.0)
Hb-M болест (D74.0)
наследствено персистиране на фетален хемоглобин (D56.4)
полицитемия на големите височини (D75.1)
метхемоглобинемия (D74.—)

D58.9 Наследствена хемолитична анемия, неуточнена

Придобита хемолитична анемия

D59.1 Други автоимунни хемолитични анемии
Автоимунна хемолитична болест (студен тип)(топъл тип)
Хронично заболяване, предизвикано от студови хемаглутинини
Студови аглутинини:
- болест
- хемоглобинурия

Хемолитична анемия:
- студен тип (вторична)(симптоматична)
- топъл тип (вторична)(симптоматична)

Не включва: синдром на Evans (D69.3)
хемолитична болест на плода и новороденото (P55.—)
пароксизмална студова хемоглобинурия (D59.6)

D59.3 Хемолитично-уремичен синдром

D59.4 Други неавтоимунни хемолитични анемии
Хемолитична анемия:
- механична
- микроангиопатична
- токсична

D59.5 Пароксизмална нощна хемоглобинурия [Синдром на Marchiafava-Micheli]
Не включва: хемоглобинурия БДУ (R82.3)

D59.6 Хемоглобинурия, дължаща се на хемолиза от други външни причини
Хемоглобинурия:
- от пренапрежение
- от маршируване
- пароксизмална студова

Не включва: хемоглобинурия БДУ (R82.3)

Други апластични анемии

Не включва: агранулоцитоза (D70)

D61.0 Конституционална апластична анемия
Аплазия (чиста) на еритроцитите:
- вродена
- при деца
- първична

Синдром на Blackfan-Diamond
Фамилна хипопластична анемия
Анемия на Fanconi
Панцитопения с аномалии

D61.1 Медикаментозно предизвикана апластична анемия

D61.2 Апластична анемия, предизвикана от други външни агенти

D61.3 Идиопатична апластична анемия

D64.0 Наследствена сидеробластна анемия

D64.4 Конгенитална дизеритропоетична анемия
Дизхемопоетична анемия

D65 Дисеминирано вътресъдово съсирване
[Синдром на дефибринация]
Афибриногенемия, придобита
Консумативна коагулопатия
Дифузна или дисеминирана вътресъдова коагулация [DIC]
Фибринолитична хеморагия, придобита
Пурпура:
- фибринолитична
- мълниеносна

Не включва: синдром на дефибринация (когато усложнява):
- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.1)
- при новородено (P60)
- при бременност, раждане и послеродов период (O45.0, O46.0, O67.0, O72.3)

D66 Вроден дефицит на фактор VIII
Дефицит на фактор VIII (с функционално нарушение)
Хемофилия:
- БДУ
- А
- класическа

Не включва: дефицит на фактор VIII със съдова аномалия (D68.0)

D67 Вроден дефицит на фактор IX
Болест на Christmas
Дефицит на:
- фактор IX (функционален)
- съставка на плазмения тромбопластин

Хемофилия В

Други нарушения на кръвосъсирването

Не включва: тези, които усложняват:
- аборт, извънматочна или гроздовидна бременност (O00—O07, O08.1)
- бременност, раждане и послеродов период (O45.0, O46.0, O67.0, O72.3)

D68.0 Болест на von Willebrand
Ангиохемофилия
Дефицит на фактор VIII със съдова аномалия
Съдова хемофилия

Не включва: чупливост на капилярите (наследствена) (D69.8)
дефицит на фактор VIII:
- БДУ (D66)
- с функционално нарушение (D66)

D68.1 Вроден дефицит на фактор XI
Хемофилия C
Дефицит на прекурсора на плазмения тромбопластин
D68.2 Вроден дефицит на други фактори на кръвосъсирването
Вродена афибриногенемия
Дефицит на:
- AC глобулин
- проакцелерин

Дефицит на фактор:
- I [фибриноген]
- II [протромбин]
- V [лабилен]
- VII [стабилен]
- X [Stuart-Prower]
- XII [Hageman]
- XIII [фибринстабилизиращ]

Дисфибриногенемия (вродена)
Хипопроконвертинемия
Болест на Owren
D68.3 Хеморагични нарушения, дължащи се на циркулиращи антикоагуланти
Хиперхепаринемия
Повишаване на:
- антитромбин
- анти-VIIIa
- анти-IXa
- анти-Xa
- анти-XIa

D68.4 Придобит дефицит на факторите на кръвосъсирването
Дефицит на фактори на кръвосъсирването, дължащ се на:
- чернодробно заболяване
- дефицит на витамин K

Не включва: дефицит на витамин K при новородено (P53)
D68.8 Други уточнени нарушения на кръвосъсирването
Наличие на инхибитор при системен лупус еритематодес [SLE]
D68.9 Нарушение на кръвосъсирването, неуточнено

<u>Пурпура и други хеморагични състояния</u>
Не включва: доброкачествена хипергамаглобулинемична пурпура (D89.0)
криоглобулинемична пурпура (D89.1)
идиопатична (хеморагична) тромбоцитемия (D47.3)
мълниеносна пурпура (D65)
тромботична тромбоцитопенична пурпура (M31.1)
D69.0 Алергична пурпура
Пурпура:
- анафилактоидна
- Henoch (-Schonlein)
- нетромбоцитопенична:
  - хеморагична
  - идиопатична
  - съдова

Алергичен васкулит
D69.1 Качествени дефекти на тромбоцитите
Синдром на Bernard-Soulier [на гигантските тромбоцити]
Болест на Glanzmann
Синдром на сивите тромбоцити
Тромбастения (хеморагична)(наследствена)
Тромбоцитопатия
Не включва: болест на von Willebrand (D68.0)
D69.2 Друга нетромбоцитопенична пурпура
Пурпура:
- БДУ
- сенилна
- проста

D69.3 Идиопатична тромбоцитопенична пурпура
Синдром на Evans
D69.4 Други първични тромбоцитопении
Не включва: тромбоцитопения с липса на лъчева кост (Q87.2)
преходна неонатална тромбоцитопения (P61.0)
синдром на Wiskott-Aldrich (D82.0)
D69.5 Вторична тромбоцитопения
При необходимост от идентифициране на причината се използва допълнителен код за
външни причини (клас XX).
D69.6 Тромбоцитопения, неуточнена
D69.8 Други уточнени хеморагични състояния
Чупливост на капилярите (наследствена)
Съдова псевдохемофилия
D69.9 Хеморагично състояние, неуточнено

D70 Агранулоцитоза
Агранулоцитна ангина
Генетично обусловена агранулоцитоза у деца
Болест на Kostmann
Неутропения:
- БДУ
- вродена
- циклична
- причинена от лекарства
- периодична
- хиперспленна (първична)
- токсична

Неутропенична спленомегалия
Не включва: преходна неонатална неутропения (P61.5)
D71 Функционални нарушения на полиморфноядрените неутрофили
Дефект на рецепторния комплекс на клетъчната мембрана
Хронична (в детска възраст) грануломатозна болест
Вродена дисфагоцитоза
Прогресивна септична грануломатоза

Други нарушения на белите кръвни клетки
Не включва: базофилия (D75.8)
имунни нарушения (D80—D89)
неутропения (D70)
прелевкемия (синдром) (D46.9)
D72.0 Генетични аномалии на левкоцитите
Аномалия (в гранулацията)(на гранулоцита) или синдром:
- на Alder
- на May-Hegglin
- на Pelger-Huet

Наследствена:
- левкоцитна:
- хиперсегментация
- хипосегментация
- левкомеланопатия

Не включва: синдром на Chediak(-Steinbrinck)-Higashi (E70.3)

Метхемоглобинемия
D74.0 Вродена метхемоглобинемия
Вроден дефицит на NADH-метхемоглобин редуктаза
Хемоглобинопатия M [болест Hb-M]
Метхемоглобинемия, наследствена
D74.8 Други метхемоглобинемии
Придобита метхемоглобинемия (със сулфхемоглобинемия)
Токсична метхемоглобинемия

Разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на

липидите

E75.2 Други сфинголипидози
Болест на:
- Fabry(-Anderson)
- Gaucher
- Krabbe
- Niemann-Pick

Синдром на Farber
Метахроматична левкодистрофия
Недоимък на сулфатаза
Не включва: адренолевкодистрофия [Addison-Schilder] (E71.3)

Други некротизиращи васкулопатии

M31.1 Тромботична микроангиопатия
Тромботична тромбоцитопенична пурпура

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Биопсия на костен мозък

30081-00 Биопсия на костен мозък
Включва: трепанация
Не включва: биопсия на костен мозък:
- аспирационна (30087-00 [800])
- перкутанна (30084-00 [800])

30087-00 Аспирационна биопсия на костен мозък
Не включва: костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT] (30084-00 [800])

30084-00 Перкутанна биопсия на костен мозък
Костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT]

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])
-

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969]
-

58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб

Компютърна томография на гръден кош

56301-00 Компютърна томография на гръден кош

56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб

медиастинум
Не включва: такава на:

- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака
Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:

- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и
  - мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
    - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става
Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])

57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])

57524-00 Рентгенография на феморална кост и коляно

57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])

57524-01 Рентгенография на коляно и подбедрица

57518-02 Рентгенография на подбедрица

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

1950 Ултразвук на други места

55022-00 Ултразвук на стави– по преценка на лекуващия лекар

Ултразвук на корем или таз

55036-00 Ултразвук на корем
Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729- 01 [1945])

55038-00 Ултразвук на пикочни пътища
Не включва: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])

Дуплекс ултразвук на други съдове

Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ

90911-00 Дуплекс ултразвук на съдове на други места
Дуплекс ултразвук на съдове БДУ
Не включва: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък
Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

90901-04 Магнитно резонансна томография на гръден кош
Включва: сърце

90901-03 Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб
Включва: гръбначен мозък

90901-08 Магнитно резонансна томография на друго място
Включва: кръвоснабдяване на костен мозък

Други диагностични тестове, измервания или изследвания

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност
Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

92182-09 Друго морфологично изследване на ликвор

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

92184-07 Друго морфологично изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка

Изследване на кръв

1923 Хематологични изследвания

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-06	Морфология на еритроцити – визуално микроскопско изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка
и/или	
91910-08	Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар

91904-04	Изследване на фактори на коагулация фактор II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII
91904-05	Изследване на фактор на Вилебранд (von Willebrand)
91910-09	Изследване на протромбиново време
91904-02	Изследване на тромбиново време (TT)
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
91913-04	Изследване на време на съсирване
91910-40	Изследване за серумна електрофореза и лекарствено мониториране
91913-01	Изследване на тромбоцити
91904-01	Изследване на Ретикулоцити (RET)
91904-08	Изследване на Протеин С (PrC)
91904-09	Изследване на Протеин S (Prs)
91904-03	Изследване на инхибитори на хемостаза
91904-10	Осмотична резистентност на еритроцити
91910-49	Други хематологични изследвания
и/или	
91910-42	Електрофореза на хемоглобина
и/или	
91910-43	Определяне на антитромбоцитни антитела
и/или	
91910-44	Определяне на Феритин
91907-08	Друго морфологично изследване на проба от далак и/или костен мозък
1863	**Нуклеарна медицина (необразна)**
12500-00	Оценяване на кръвен обем при нуклеарно медицинско изследване *Включва*: еритроцитен скриниг тест, обем 51Cr
	Друго нуклеарно медицинско образно изследване
90910-00	Нуклеарно медицинско изследване на друг регион или орган
1934	**Други лабораторни изследвания**

92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02	Приложение на опаковани клетки Трансфузия на: • еритроцити
13706-03	Приложение на тромбоцити Трансфузия на: • тромбоцити
92061-00	Приложение на кръвосъсирващи фактори Трансфузия на: • антихемофилен фактор • коагулационни фактори НКД • криопреципитати • фактор VIII
92062-00	Приложение на друг серум Трансфузия на плазма Трансфузия на албумин
92173-00	Пасивна имунизация с Rh (D) имуноглобулин
13706-05	Приложение на човешки имуноглобулин Инжектиране или трансфузия на: • гама глобулин • имуноглобулин • Intragam

Приложение на фармакотерапия

96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Електролит
96199-11	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антикоагулант
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антикоагулант
96199-10	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Тромбоцитен инхибитор
96200-10	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Тромбоцитен инхибитор
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96200-00	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
93977-00	Терапия с колоностимулиращи фактори на бялата и червена кръвни редици

Афереза

13750-00	Терапевтична плазмафереза
13750-01	Терапевтична левкофереза Терапевтична левкоафереза
13750-02	Терапевтична еритрофереза
13750-03	Терапевтична тромбофереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични процедури, насочени към основната диагноза, и две основни терапевтични процедури, посочени в таблицата с кодовете на основните процедури.

Приложението на колонистимулиращи фактори (вкл. еритропоетин) се отчита с код 93977-00.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва: хематологични изследвания: 91910-04, 91910-05, 91910-06 и/или хемостазелогичен статус (поне две от посочените: 91910-08, 91904-04, 91904-05, 91910-09, 91904-02, 91910-10, 91910-11, 9191304, 91910-40, 91913-01, 91904-01, 91904-03, 91904-08, 91904-09, 91904-03, 91904-10, 9191049), и/или електрофореза на хемоглобин 91910-42, и/или определяне на антитромбоцитни антитела 91910-43, и/или определяне на феритин 91910-44.

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

НЗОК заплаща на лечебни заведения за дейности по провеждане на процедури за терапевтична афереза, при спазване на следните критерии:

Обем и обхват на дейностите по процедура „Терапевтична афереза"

1. Продължителност на процедура „Терапевтична афереза"

1.1 при деца продължителност на процедурата 1-4 часа;

1.2 кратност на процедурата - от 1 път седмично до ежедневно;

Терапевтичната афереза в тази клинична пътека се отчита както следва – лечебна плазмафереза - 13750-00, лечебна левкофереза - 13750-01.

Клиничната пътека може да бъде отчетена само с един от кодовете за терапевтична афереза, ако се извършва само тази процедура. В тези случаи НЗОК заплаща само за извършената процедура (терапевтична афереза).

В случаите, при които на пациентите е необходимо да се извършат и други дейности в рамките на тази клинична пътека (освен терапевтичната афереза), последните се отчитат със съответните кодове от таблицата с основни терапевтични, съгласно заложения в ДЛА вид и брой.

НЗОК заплаща до 5 терапевтични аферези (13750-00 Терапевтична плазмафереза или 13750-01 Терапевтична левкофереза/Терапевтична левкоафереза или 13750-02 Терапевтична еритрофереза/ Терапевтична еритроафереза или 13750-03 Терапевтична тромбофереза) **в рамките на една хоспитализация**

В цената на терапевтичната афереза се включват и необходимите еднократни консумативи и медицински изделия, което представлява част от диагностичнолечебния алгоритъм на тази клинична пътека и подлежи на проверка.

2. Квалификация на екипа, провеждащ терапевтичната афереза:

Терапевтичната афереза се осъществява от екип от най-малко двама лекари с призната специалност по "Анестезия и интензивно лечение" или „Хематология“, или Детска клинична хематология и онкология, от които най-малко един с придобит сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза. В екипа може да участват и лекари с медицинска специалност по профила на основното заболяване.

3. Индикации за извършване на терапевтична афереза:

При диагноза - **М31.1 Тромботична микроангиопатия**

Тромботична тромбоцитопенична пурпура

НЗОК заплаща на многопрофилни болници за активно лечение за афереза при наличие на разрешение за дейност и на:

1. поне една от следните структури с квалифициран за извършването на дейността персонал и с апарат за екстракорпорално кръвообращение и сетове с мембрани/центрофуги за сепариране на форменните елементи на кръвта от плазмата или разделяне на видовете полипептиди в човешката плазма:

а) клиника/отделение по хематология с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Клинична хематология" или

б) клиника/отделение по анестезиология и/или интензивно лечение с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение" или

в) клиника/отделение по нефрология и хемодиализа с III ниво на компетентност;

г.) или клиника/отделение по Детска клинична онкология и хематология

2. медико-диагностични структури – клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност и структура по образна диагностика, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график;

3. наличието на апаратура и квалифициран персонал по т. 1 се удостоверява със съответните документи;

В случаите, при които пациентът се хоспитализира само за осъществяване на терапевтична афереза, лечебното заведение отчита медицинската процедура, като в отчетните документи се вписва клиничната пътека (КП № 244.2.), диагнозата и кода на терапевтичната афереза. **В тези случаи се заплаща само тази медицинска процедура, като могат да се отчетат повече от една процедура в един отчетен период.**

В случаите, при които в рамките на клиничната пътека се осъществяват и други медицински прегледи и процедури, освен афереза, и са изпълнени изискванията за завършена терапевтична клинична пътека, се заплаща КП и терапевтичната афереза.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Тази клинична пътека се изпълнявана в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Детска клинична хематология и онкология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Детска клинична хематология и онкология".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК

.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по детска клинична хематология и онкология – II ниво на компетентност или Клиника/отделение по педиатрия III ниво
2. Клинична лаборатория*
3. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
4.Апаратура за терапевтична афереза – при отчитане на кодове 13750-00,13750-01, 13750-02 и 13750-03
5. Болнична аптека

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по детска клинична хематология и онкология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Цитогенетична лаборатория
2. Лаборатория по нуклеарно - медицинска диагностика
3. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
4. Лаборатория/център по трансфузионна хематология (кръвна банка) с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния.
5. Имунологична лаборатория
6. Микробиологична лаборатория– на територията на областта
7. Отделение/лаборатория по клинична патология

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- четирима лекари със специалност "Педиатрия" и/или "Детска клинична хематология и онкология", като най-малко един със специалност "Детска клинична хематология и онкология"

или

трима лекари със специалност специалност „Детска клинична хематология и онкология";

- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична патология.
- трима специалисти по „Анестезиология и интензивно лечение" за изпълнение на терапевтична афереза (13750-00,13750-01, 13750-03 и 13750-02) или
- трима специалисти по „Нефрология и хемодиализа" за изпълнение на терапевтична афереза (13750-00,13750-01, 13750-03 и 13750-02) или
- трима специалисти по клинична хематология/детска хематология/детска клинична хематология и онкология за изпълнение на терапевтична афереза (1375000,13750-01, 13750-03 и 13750-02).

ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Изисквания за професионален опит на специалистите по „Анестезиология и интензивно лечение" и/или „Нефрология и хемодиализа" и/или „Клинична хематология" и/или „Детска клинична хематология и онкология" при изпълнение на терапевтична афереза - **минимум 15 процедури на един от тези специалисти терапевтична афереза годишно, платени с публични средства през предходната година, удостоверено с документ.**

Изисква се сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза поне за един специалист.

5.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ 5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Диагностика и лечение в стационарни условия на пациенти с хеморагични диатези по повод:

1.1 тежки кръвоизливи, рецидивиращи хемартрози, дълбоки мускулни хематоми, съмнение за вътречерепен кръвоизлив, стомашно-чревни и белодробни кръвоизливи, кръвоизливи от пикочо-половата система, ретроперитонеални хематоми, хематоми на шията и устната кухина;

1.2 заместителна терапия с кръв и кръвни продукти при клинични показания и/или лабораторни изследвания - при хемоглобин под 70 g/l, тромбоцити под 10 G/l;

1.3 антибактериална, антивирусна и антимикотична терапия при болни с инфекциозни (пневмония, сепсис, инфекция на меки тъкани), хеморагични (нетромбоцитопенични) и други тежки усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение;

1.4 подготовка за оперативна интервенция при диагностицирана хеморагична диатеза;

1.5 лечение на имунологични усложнения, предизвикващи имунни инхибиторни разстройства на коагулацията;

1.6 лечение с кортикостероиди и/или имуносупресори, и/или имуноглобулини, и/или еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, и/или агонисти на отделни редове от хемопоезата и/или имуномодулатори.

2. Диагностика и лечение в стационарни условия на пациенти с анемии по повод:

2.1 хемолитична криза или екзацербация на хемолиза;

2.2 терапия с кортикостероиди и/или имуносупресори, и/или имуноглобулини, и/или еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, и/или агонисти на отделни редове от хемопоезата, и/или имуномодулатори при клинични показания, и/или лабораторни изследвания - при неутропения и клинични данни за инфекция (вкл. фебрилна неутропения);

2.3 заместителна терапия с кръв и кръвни продукти - при тежка анемия или хеморагична диатеза при животозастрашаваща тромбоцитопения;

2.4 антибактериална, антивирусна и антимикотична терапия при болни с инфекциозни (пневмония, сепсис, тежки инфекция), хеморагични (нетромбоцитопенични) и други тежки усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение;

2.5 лечение с хелатори на желязото при таласемия и други трансфузионно зависими анемии с висок железен товар;

2.6 подготовка за интервенция, свързана с усложнения на фона на основното заболяване в обхвата на клиничната пътека.

Диагностика и лечение на лица от 18- до 25-годишна възраст, при които възниква заболяване (солидни тумори), присъщо за детска възраст, потвърдено при съвместно обсъждане на онкологичните комисии за деца и за възрастни.

Дейностите и се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Лечението на пациенти с анемии, дължащи се на ензимни нарушения, сърповидноклетъчни нарушения, таласемии, наследствени и придобити хемолитични анемии, апластични и сидеробластни анемии, агранулоцитоза, функционални нарушения и генетични аномалии на левкоцитите, метхемоглобинемии и разстройства на обмяната на сфинголипидите и други нарушения на натрупване на липидите се провежда в зависимост от конкретния нозологичен тип, възрастта, общото състояние на пациента, съпътстващите усложнения и коморбидността. За целта се прилагат доказани в мултицентрични рандомизирани проучвания монотерапии или комбинации (режими), включващи аналгетици; антибиотици: антибактериални, антимикотични и антивирусни; антитимоцитен или антилимфоцитен глобулин; еритроцитни концентрати, в това число замразени при пациенти с рядко срещани кръвни групи или такива, при които има наличие на полиспецифични антитела; обезлевкоцитени; промити еритроцитни концентрати при пациенти с антитела спрямо плазмени протеини, специално анти-IgA и при такива, които са получили тежки алергични реакции във връзка с предишни кръвопреливания еритроцитни концентрати; желязо-хелатна терапия; имуносупресори; интравенозно желязо; инфузионна терапия с водносолеви разтвори; колониостимулиращи фактори и/или агонисти на отделни редове от хемопоезата; кортикостероиди; тромбоцитен концентрат; спленектомия; циклоспорин А - самостоятелно или в комбинация с антитимоцитен или антилимфоцитен глобулин; цитостатици.

ПОКАЗАНИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕ С КОЛОНИСТИМУЛИРАЩИ ФАКТОРИ, ЗАМЕСТИТЕЛНА ТЕРАПИЯ С КРЪВ И КРЪВНИ ПРОДУКТИ И АНТИБИОТИЦИ

- терапия с колонистимулиращи фактори: гранулоцитен и гранулоцитно-макрофаген колонистимулиращ фактор – при неутропения ≤ 0,5 G/l и клинични данни за инфекция (вкл. фебрилна неутропения); еритропоетин – при хемоглобин ≤ 100 g/l и прогностични фактори за благоприятен отговор на лечението;
- заместителна терапия с кръв и кръвни продукти – при хемоглобин под 70 G/l, тромбоцити под 10 G/l или хеморагична диатеза при животозастрашаваща тромбоцитопения;
- антибактериална, антивирусна и антимикотична терапия при болни с инфекциозни (пневмония, сепсис, инфекция на меки тъкани), хеморагични (нетромбоцитопенични) и други тежки усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение.

Лечението на пациенти с хеморагични диатези, в това число вроден или придобит дефицит на фактори на кръвосъсирването; хеморагични нарушения, дължащи се на циркулиращи антикоагуланти; дисеминирано вътресъдово съсирване; други нарушения на кръвосъсирването; пурпура; качествени дефекти на тромбоцитите и други хеморагични състояния; тромбоцитопении; вазопатии липидите се провежда в зависимост от конкретния нозологичен тип, възрастта, общото състояние на пациента, съпътстващите усложнения и коморбидността. За целта се прилагат доказани в мултицентрични рандомизирани проучвания монотерапии или комбинации (режими), включващи плазмени и

рекомбинантни коагулационни фактори; DDAVP; анти-D гамаглобулин; антиагрегантна терапия; антибактериална и антимикотична терапия; витамин К – венозно или подкожно; въвеждане в оптимална терапевтична хипокоагулация с орални антикоагуланти; даназол; имуносупресори; интравенозни имуноглобулини; инфузионна терапия с водносолеви разтвори; колониостимулиращи фактори и/или агонисти на отделни редове от хемопоезата; компонентна заместителна терапия с еритроцитен концентрат и кръвни продукти; кортикостероиди; неспецифични кръвоспиращи средства – транексамова киселина, ЕАКА, РАМВА и др.;обезболяващи средства; плазмафереза; препарати съдържащи факторите на протромбиновия комплекс; препарати съдържащи активирани фактори на протромбиновия комплекс; протеазни инхибитори; прясно замразена плазма; рекомбинантен активиран фактор VII; тромбоцитен концентрат; фибриноген; хепарин, АТ III; цитостатици.

Лечението с лекарствени продукти, включени в Приложение №2 на ПЛС, които НЗОК заплаща извън цената на КП 244 е за лечение на заболявания, включени в КП, и е съобразено с ЗЛПХМ и НАРЕДБА № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти и утвърденото фармакотерапевтично ръководство по Детска клинична хематология и онкология, публикувано на електронната страница на Съвета по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти.

Приготвянето на разтворите се извършва задължително в болничните аптеки, което подлежи на контрол от страна на НЗОК.

Разтварянето и прехвърлянето на цитотоксични лекарства, моноклонални антитела и други лекарствени продукти се осъществява по утвърден „Списък на лекарствени продукти“, **чрез затворени системи, влизащи в цената на КП.**

Организацията на работата в болничната аптека, която отпуска онкологичните препарати, отговаря на изискванията на Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

След провеждане на специфични коагулационни, хематологични, морфологични, имунологични, нуклеарно медицински и инструментални изследвания съобразно конкретното заболяване и провеждане на консултации с други специалисти при необходимост.

Апластична анемия - диагнозата се поставя след хистологично и цитологично изследване на костния мозък (трепанобиопсия и миелограма); цитогенетично и молекулярно цитогенетично изследване на костния мозък и флоуцитометрия.

Хемолитични анемии - след подробна фамилна анамнеза, изследване на кръвна картина, електрофореза на хемоглобин, биохимични изследвания, изследване на антиеритроцитни антитела, нуклеарно медицински изследвания, изследване на еритроцитни ензими.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на общото състояние (клинично и биохимично) и поне един от следните резултати:

7.1 стабилизиране на хематологичните показатели и овладяване на инфекциозните и хеморагични усложнения при пациенти с апластична анемия;

7.2 стабилизиране на хематологичните показатели и овладяване на хемолитичния процес и усложненията му при пациенти с хемолитична анемия;

7.3 овладяване на хеморагичната диатеза; овладяване на усложненията от хеморагичните прояви; диагностично уточняване на хемостазното нарушение при хеморагични диатези;

НЗОК заплаща за хоспитализация по същата клинична пътека в период по-малък от 30 календарни дни от дехоспитализирането му при: индуцирана от цитостатично лечение или постлъчева хемопоетична недостатъчност (МКБ D61.1; D61.2), пароксизмална нощна хемоглобинурия (МКБ D59.5), тежка апластична анемия (МКБ D61.0, D61.3), таласемия майор (МКБ D56.1), вродена дизеритропоетична анемия (МКБ D64.4), автоимунни хемолитични анемии (МКБ D59.1), сърповидноклетъчни нарушения с криза (МКБ D57.0, D57.1, D57.2), имунна тромбоцитопения (МКБ D69.3), качествени дефекти на тромбоцитите с хеморагични прояви (МКБ D69.1) и вродени и придобити коагулопатии с инхибитори (МКБ D66, D67, D68.0, D68.3, D68.4, D68.8) **се допускат до 24 хоспитализации за една календарна година на ЗОЛ, в**ключително повече от една в рамките на един

отчетен период, когато честотата на приемите произтича от схемата на приложение на лекарствения продукт съгласно кратката характеристика или от заместителната, имуносупресивната и поддържащата терапия съгласно решение на клиничната комисия по хематология, съответно по детска клинична хематология и онкология.

Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства, необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия, бифосфонатите и другите лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, са включени в пакета дейности по системно лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в условията на болнична медицинска помощ.

НЗОК заплаща приложените на еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия за хематологични заболявания, прилагани в КП № 244, за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване или лечение, която стойност не се включва в цената на КП.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

Възможността за отчитане на пациенти по пътеката се запазва само за случаите на диагностика и проследяване на състоянието.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

Документиране на диагностично - лечебния АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

- “История на заболяването”;
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ;

Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ХЕМОФИЛИЯТА е наследствено заболяване, при което кръвта се съсирва по-бавно. То се дължи на дефект в гена, отговорен за произвеждането в организма на един от факторите на кръвосъсирването.

В две трети от случаите има фамилна обремененост. Боледуват само мъже, а жените са носителки на хемофилна наследственост и само по изключение може да имат прояви на болестта.

При хемофилия А е намален или дефектен фактор VIII, а при хемофилия В – фактор IX. В зависимост от степента на намаление на фактора заболяването се разделя на три форми:

при фактор под 1% - тежка форма
от 1 до 5% - средно тежка форма
над 5% - лека форма

Заболяването се проявява с кръвоизливи при малки травми или без забележими причини. Характерни са ставните кръвоизливи, наречени хемартрози, както и мускулните кръвоизливи. Сериозен проблем представляват кръвоизливите във вътрешните органи, в областта на шията, гърлото и мозъчните кръвоизливи. Те налагат задължително лечение в болница. На практика кръвоизливи може да се получат навсякъде в тялото. Тежестта и честота им зависят от формата на заболяването.

Точната диагноза се поставя с изследване нивото на факторите на кръвосъсирването, които се извършват в специализирани лаборатории с венозна кръв. Допълнителна диагностика е необходима за уточняване мястото и големината на кръвоизлива и това може да наложи провеждането на ехографски, рентгенологични изследвания, ядрено магнитен резонанс или други.

Лечението на повтарящите се, на големите и на животозаплашващите кръвоизливи се провежда в болнични условия. То се състои основно във венозно приложение на препарати, съдържащи липсващия фактор на кръвосъсирването. Най-често тези препарати са получени от човешка плазма, като от нея е отделен в относително пречистен и концентриран вид съответния фактор на съсирването. Така полученият продукт се обработва по специален начин, за да се унищожат причинителите на най-често срещаните вирусни инфекции, пренасящи се с кръвни продукти: хепатит В, хепатит С и СПИН. Някои от лечебните продукти са получени по модерни технологии не от човешка плазма, а чрез генно-инженерни методи. Те не носят риск от предаване на кръвни инфекции, но цената им е изключително висока.

Дозата и ритъмът на приложение на препаратите зависят от тежестта на кръвоизлива и вида на хемофилията.

При изразена анемия може да се наложи кръвопреливане.

Възможни усложнения от провежданото лечение:

Инхибитори срещу факторите на кръвосъсирването. При многократни преливания при част от пациентите се изработват антитела, които неутрализират действието на прилаганите препрати и лечебен ефект от тях не се постига.

Хронични хепатити и СПИН поради заразяване с вирусите на хепатит С, хепатит В и СПИН. Това е последствие от приложението на препарати, които не са преминали вирусна инактивация, каквито у нас от 1996 г. не се използват.

АВТОИМУННАТА ТРОМБОЦИТОПЕНИЧНА ПУРПУРА е придобито заболяване, при което имунната система на организма разпознава собствените кръвни плочици (тромбоцити) като чужди частици, произвежда срущу тях антитела и ги разрушава. Техният брой намалява и това довежда до получаване на кръвоизливи при минимални травми или дори без причина. Кръвоизливи може да има по кожата, от лигавиците, от носа, от венците, вътрешни кръвоизливи от стомоха, червата, обилна менструация или извън-менструално кървене, тоест кръвоизливи с всички възможни локализации.

При децата заболяването се развива остро. Често има връзка с вирусни инфекции, имунизации. След средно 6 месеца заболяването отзвучава в преобладаващата част от пациентите.При възрастните заболяването започва постепенно и неусетно. Протича хронично и спонтанно излекуване се наблюдава много рядко.

Какви методи и процедури са необходими за поставяне на диагнозата автимунна тромбоцитопенична пурпура:

Диагнозата се поставя след поредица от изследвания: изследване на кръв от вената и от пръста, изследване на костния мозък, изследване на преживяемостта и мястото на разрушаване на тромбоцитите, изследване за наличие на антитела срещу тромбоцитите. Необходимо е да бъдете изследван/а и за някои вирусни заболявания, които понякога причиняват намаляване на тромбоцитите. Това са хепатит С, хепатит В и СПИН.

Какво представлява стерналната пункция и как се извършва тя?

Вие лягате по гръб на лекарска кушетка. Лекарят почиства със спирт и йод областта на стерналната кост, където ще извърши пункцията. След това поставя местна упойка точно в зоната, най-удобна за пунктиране. След няколко минути усещате изтръпване в мястото на упойката. Със специална, стернална игла лекарят убожда Вашата гръдна кост и изтегля няколко милилитра костен мозък. След това изважда иглата, почиства отново със спирт мястото и поставя стерилен тампон (цитопласт). Изтегленият костен мозък се разстила върху специални предметни стъкла и се оцветява, изследва се под микроскоп, като по този начин се установява дали има друго заболяване на костния мозък, което причинява тромбоцитопенията.

Друго важно изследване е ***преживяемостта и мястото на разрушаване на тромбоцитите***. състои се във венозно инжектиране на малко количество тромбоцити, маркирани с изотоп в безопасна за човека доза. със специален апарат се проследява активността на изотопа в същия ден и спадането му в следващите дни, както и мястото, където той се натрупва. това отразява

продължителността на живота на тромбоцитите и показва мястото, където те се разрушават от антителата.

Останалите изследвания се извършват с венозна кръв.

Как се лекува автоимунната тромбоцитопенична пурпура?

Лечението на заболяването цели да потисне образуването на антитела и разрушаването на тромбоцитите да се прекрати. Това става с приложението на кортикостероидни лекарства. Това са хормони, които нормално се образуват в организма, но с лечебна цел се прилагат в много по-високи дози. С това лечение до 50% от пациентите постигат трайно излекуване.

При недостатъчен резултат от лечението се налага оперативно да се отстрани слезката (далака) - основното място, където си произвеждат антителата и в преобладаващия брой случаи и основното място на разрушаване на тромбоцитите. Около 66% от пациентите след операцията постигат устойчиво подобрение на заболяването.

Ако и този подход не доведе до необходимия резултат се пристъпва към повторен опит с кортикостероиди. При неуспех се прилагат алтернативни средства: даназол, анти D - имуноглобулини, поддържаща доза кортикостероиди, ако тя не е твърде висока, венозни имуноглобулини. Следваща група алтернативни средства са: винка-алкалоиди, циклофосфамид, имуран. Това са медикаменти с много странични действия и приложението им трябва да бъде добре преценено от лекуващия лекар.

Какви рискове крие лечението?

Кортикостероидите имат поредица от странични действия, поради което по време на лечението е необходим стриктен контрол от лекуващия лекар. Между тях са: увеличение на телесната маса, образуване на стрии по кожата, остеопороза, диабет, увреждане на стомашната лигавица, артериална хипертония, инфекции, психични разстройства.

Преливането на кръв и кръвни продукти крие известни рискове за предаване на хепатит В, хепатит С, СПИН и някои други вирусни инфекции. В нашата страна се взимат всички предохранителни мерки срещу това, както се практикува във всички Европейски страни. В така-наречения прозоречен период, обаче, инфекцията не може да бъде открита с използваните тестове.

Какъв режим трябва да спазва пациента?

С оглед намаляване риска за мозъчен или друг кръвоизлив пациентът трябва да спазва следните предохранителни мерки:

- да не взима аспирин дори в минимална доза;
- да не извършва тежък физически труд;
- да не се излага на слънце без шапка;
- да се пази от травми.

АПЛАСТИЧНАТА АНЕМИЯ е рядко кръвно заболяване, при което костният мозък е значително намален по количество и функциите му са съществено увредени. Причините за това са разнообразни и не винаги могат да се посочат определено при всеки пациент: лечение с противоракови медикаменти, лъчелечение, реакция на костния мозък спрямо някои медикаменти, след вирусна инфекция, при някои редки вродени заболявания, при автоимунни заболявания, при контакт с бензолни съединения и при различни злокачествени заболявания.

Симптомите на заболяването са свързани с често значителните: анемия, намален брой на левкоцитите (белите кръвни телца) и тромбоцитите (кръвните плочици). Като последици от това се наблюдава лесна умора, бледост, склонност към тежки инфекции и кръвоизливи.

Лечението се провежда с кръвопреливания и приложение на медикаменти срещу различните инфекциозни и кръвоизливни усложнения. Приложението на въздействащи върху имунната система лекарства дава възможност за съществено повлияване хода на заболяването.

ХЕМОЛИТИЧНИТЕ АНЕМИИ са голяма група анемии с различна причини, протичане, лечение и изход. Обединява ги болестно повишеното разграждане на червените кръвни телца (еритроцитите), което се дължи на увреждания в или извън еритроцитите със скъсяване на жизнения им цикъл. Това повишава степента на тяхното разрушаване.

Заместващото разрастване на костния мозък не винаги може да осигури поддържане на нормалното кръвотворене, вследствие на което се развива анемия.

Освен увреждания в или извън еритроцитите, причина за болестното разграждане на еритроцитите е и повишената активност на далака. Еритроцитите могат да бъдат разрушени и в кръвоносните съдове - по-често в малките, където са подложени на микротравмиране.

Хемолитичните анемии се обединяват в следните подгрупи:

Наследствени хемолитични анемии

- хемолитични анемии резултат на дефект в еритроцитната мембрана;
- хемолитични анемии резултат на дефект в интраеритроцитните ензими;
- хемолитични анемии резултат на нарушение в синтеза на глобиновите вериги или в структурата им.

Придобити хемолитични анемии (дължащи се на извънеритроцитни причини)

- Имунни хемолитични анемии;
- Автоимунни хемолитични анемии;
- Симптоматични хемолитични анемии.
-

ТАЛАСЕМИЯТА е болест, която е широко разпространена в света. По-често се среща в страните около Средиземно море, откъдето идва и наименованието таласемия ("таласа" на гръцки означава море).

Таласемията е наследствена анемия, която се дължи на дефект в гена, който е отговорен за образуването на хемоглобина. Животът на червените кръвни клетки (еритроцити) е силно скъсен, което нарушава нормалното снабдяване на организма с кислород. Най-често тя е наследствена, но понякога има случаи, когато няма други болни или носители на таласемичен ген в рода. Основни прояви на заболяването са анемия, жълтеница, увеличаване размерите на слезката и на черния дроб, костни промени и изоставане в растежа.

Най-често носителите на дефект в гена, от който зависи нормалното изграждане на хемоглобина, са здрави. Понякога те могат да имат лека анемия и леко влошено общо състояние. За всеки човек е важно да знае дали е носител на таласемичен ген или не, защото при брак между носители съществува риск 25% от децата да се родят с тежката форма на заболяването. Дали има носителство може да се разбере чрез изследване на кръвта – т.н. електрофореза на хемоглобина.

Таласемията може да се изяви с различна тежест като с таласемия майор се означава тежката форма, таласемия минор е леката форма и таласемия интермедия е средно тежката форма.

Тежката форма на болестта – таласемия майор, се нарича още анемия на Кулей на името на американския педиатър д-р Кулей, който пръв описва болестта. Децата, които са родени с таласемия майор изглеждат напълно нормално в първите няколко месеца от живота си. Най-често след шестия месец цветът на кожата им избледнява, постепенно настъпва обща отпадналост, физическото им развитие силно се нарушава. Костният мозък разраства, в резултат на което се увеличават размерите на костите, като например промените в черепните кости определят типичния изглед на лицето. Силно нарушена е работата на сърцето и на други органи. Без провеждане на редовни кръвопреливания болните загиват в първите 10 години от живота.

Основното лечение на таласемия майор е редовното кръвопреливане, осъществявано на всеки две до пет седмици, така че да се осигурява средно хемоглобиново ниво 120 г/л. За да се осигури едно продължително здравно благополучие и оптимална продължителност на живот, освен редовните кръвопреливания е необходимо да се използват и други лекарства, които да отстраняват натрупаното в организма на болните желязо. То се отлага в резултат на честите кръвопреливания. Ако излишното желязо не се отстрани от организма, то се отлага в сърцето, черния дроб, бъбреците, задстомашната жлеза и други органи, като предизвиква тежки увреждания в тях. Лекарството, което отстранява излишното желязо от организма се нарича Дефероксамин и се инжектира бавно подкожно в продължение на 8-12 часа с помощта на преносима помпичка, която не ограничава нормалната активност на детето. Отстраняването на желязото може да бъде повишено чрез прилагането на витамин С в дните на десфериоксаминовото лечение.

Значителен успех в борбата с таласемия майор се постига с ранното поставяне на диагнозата в първите три месеца на бременността. Чрез предизвикването на изкуствен аборт при плод с таласемия майор се предотвратява раждането на тежко болно дете.

Средно тежката форма на таласемия протича значително по-благоприятно, а честотата на кръвопреливанията е по-малка.

Леката форма на таласемия най-често не налага кръвопреливане, протича благоприятно и на практика не повлиява върху качеството и продължителността на живота.

КП № 245 ДИАГНОСТИКА И КОНСЕРВАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОНКОЛОГИЧНИ И ОНКОХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, ВЪЗНИКНАЛИ В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

1. Минимален болничен престой при:
солидни тумори - 2 дни; левкемии - 5 дни; лимфоми - 3 дни

При извършване на терапевтична афереза Минимален болничен престой – 1 ден минимална продължителност на процедурата - 4 часа; максимална продължителност на процедурата - 8 часа

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Лумбална пункция	
39000-00	Лумбална пункция Спинална пункция
Биопсия на нерв	
90013-00	Биопсия на нерв
Биопсия на щитовидна или паращитовидна жлеза	
30094-10	Тънкоиглена биопсия [перкутанна] на щитовидна жлеза
Биопсия на надбъбречна жлеза	
30094-02	Перкутанна [иглена] биопсия на надбъбречна жлеза
Орбитотомия	
42533-00	Експлоративна орбитотомия Орбитотомия БДУ
Биопсия на устна кухина или меко небце	
45743-00	Биопсия на венец
38418-05	Биопсия на алвеола
45743-01	Биопсия на тъкани в устна кухина
Ексцизионни процедури на език	
30075-19	Биопсия на език
Ексцизионни процедури на слюнчена жлеза или канал	
30094-09	Перкутанна (иглена) биопсия на слюнчена жлеза или канал
550	**Биопсия на бял дроб или плевра**
38812-01	Затворена (транскутанна) (иглена) биопсия на медиастинума (TRUE-CUT)
Биопсия на лимфни структури	

Не включва: аксиларен лимфен възел (30332-00 [808])

30075-00 Биопсия на лимфен възел
Биопсия на лимфна структура
Не включва: скаленова лимфна биопсия (30096-00 [805])
Тази с лапароскопия/лапаротомия за стадиране на процеса:
- гинекологичен (35723 [810])
- лимфом (30384-00 [985])
- БДУ (35726-01 [985])

Биопсия на костен мозък

30087-00 Аспирационна биопсия на костен мозък
Не включва: костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT] (30084-00 [800])

30081-00 Биопсия на костен мозък
Включва: трепанация
Не включва: биопсия на костен мозък:
- аспирационна (30087-00 [800])
- перкутанна (30084-00 [800])

30084-00 Перкутанна биопсия на костен мозък
Костно мозъчна аспирация и трепанация [BMAT]

30409-00 Перкутанна (затворена) чернодробна биопсия

30094-04 Перкутанна (иглена) биопсия на жлъчен мехур или жлъчни пътища

30094-06 Перкутанна иглена биопсия на интраабдоминална формация

36561-00 Затворена биопсия на бъбрек

36624-00 Перкутанна нефростомия

30094-07 Перкутанна (иглена) биопсия на тестиси

35637-06 Биопсия на яйчник

30075-01 Биопсия на меки тъкани

Компютърна томография на мозък

56001-00 Компютърна томография на мозък

Рентгенография на глава или шия

Не включва: на шиен гръбнак (58100-00 [1968])

57901-00 Рентгенография на череп
Включва: калвариум
Не включва: цефалометрия (57902-00, 57930-00, 57933-00 [1967])
такава на:
- мастоидна кост (57906-00 [1967])
- околоносен синус (57903-00 [1967])
- петрозна темпорална кост (57909-00 [1967])

Рентгенография на гръбначен стълб

58100-00 Рентгенография цервикален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
- 2 отдела (58112-00 [1969])
- 3 отдела (58115-00 [1969])
- 4 отдела (58108-00 [1969])

58103-00 Рентгенография на торакален отдел на гръбначен стълб
Не включва: радиография на гръбнак:
2 отдела (58112-00 [1969])
3 отдела (58115-00 [1969])
4 отдела (58108-00 [1969]
58106-00 Рентгенография лумбосакрален отдел на гръбначен стълб

Компютърна томография на гръден кош

56301-00 Компютърна томография на гръден кош
56307-00 Компютърна томография на гръден кош с интравенозна контрастна материя

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Компютърна томография на корем

56401-00 Компютърна томография на корем

Рентгенография на раменен отдел

57700-00 Радиография на рамо или скапула

Рентгенография на горен крайник

57512-01 Рентгенография на лакът и предмишница

Рентгенография на таз

57712-00 Рентгенография на тазобедрена става
Не включва: контрастна артрография (59751-00 [1985])
такава на фемурна шийка (57518-00 [1983])
57715-00 Рентгенография на таз

Радиография на долен крайник

57518-00 Рентгенография на фемур
Радиография на бедро
Не включва: такава при вътрешна фиксация на феморална фрактура (57721-00 [1981])
57524-00 Рентгенография на феморална кост и коляно
57518-01 Рентгенография на коляно
Не включва: изследване костна възраст на коляно и китка (58300-00 [1984])
57524-01 Рентгенография на коляно и подбедрица
57518-02 Рентгенография на подбедрица

Друга ангиография

59754-00 Лимфангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава
Ехоенцефалография
Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])
55032-00 Ултразвук на шия
Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

1943	**Ултразвук на корем или таз**
55036-00	Ултразвук на корем *Не включва*: коремна стена (55812-00 [1950]) при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])
55038-00	Ултразвук на пикочни пътища *Не включва*: такава при изследване на коремни органи (55036-00 [1943])
Дуплекс ултразвук на други съдове	
	Включва: B-mode ултразвуково изследване и интегрирано Доплерово измерване на поток чрез спектрален анализ
90911-00	Дуплекс ултразвук на съдове на други места Дуплекс ултразвук на съдове БДУ *Не включва*: при мапиране на байпас кондуит (55294 [1948])
Магнитно резонансен образ	
90901-00	Магнитно резонансна томография на мозък *Не включва*: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])
90901-03	Магнитно резонансна томография на гръбначен стълб *Включва*: гръбначен мозък
90901-08	Магнитно резонансна томография на друго място *Включва*: кръвоснабдяване на костен мозък
90901-04	Магнитно резонансна томография на гръден кош *Включва*: сърце
90901-01	Магнитно резонансна томография на глава *Включва:* лице орбита синуси (етмоидален) (фронтален) (максиларен) (сфеноидален) черепна кост *Не включва:* такава на мозък: • функционални (90901-09 [2015]) • БДУ (90901-00 [2015])
92182-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност *Включва*: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител
92182-09	Друго морфологично изследване на ликвор
92184-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност
92184-07	Друго морфологично изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка
1928	**Изследване на туморни маркери**
91918-00	Изследване на туморен маркер PSA
91918-01	Изследване на туморен маркер CA-15-3
91918-02	Изследване на туморен маркер CA-19-9
91918-03	Изследване на туморен маркер CA-125

91918-04 Изследване на туморен маркер CEA

91918-05 Изследване на туморен маркер алфа-фетопротеин

91918-06 Изследване на туморен маркер бета-хорионгонадотропин

91918-07 Изследване на туморен маркер FPSA

91918-08 Изследване на туморен маркер NSE

91918-09 Изследване на туморен маркер CYFRA 21-1

91918-10 Изследване на туморен маркер CA-72-4

91918-12 Изследване на туморен маркер S-100

91918-13 Изследване на туморен маркер HE4

91918-14 Изследване на туморен маркер SCC

91918-39 Изследване на други туморни маркери

Изследване на кръв

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите – по преценка
и/или
91910-08 Изследване на време на кървене – по преценка на лекуващия лекар
91910-09 Изследване на протромбиново време
91904-02 Изследване на тромбиново време (TT)
91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11 Изследване на фибриноген
91913-04 Изследване на време на съсирване
и/или

1934 Други изследвания

91880-00 Флоуцитометрия
и/или
91919-19 Имунохистохимични изследвания
и/или
91905-00 Имунохимия на серум, урина и ликвор
и/или
91916-01 Цитогенетичен анализ на кръв или костен мозък

91907-08 Друго морфологично изследване на проба от далак и/или костен мозък
92186-07 Друго морфологично изследване на проба от лимфен възел и/или лимфа

91930-07 Патоморфологично изследване на проба от черен дроб и/или жлъчен път и/или панкреас
91919-10 Друго морфологично изследване на перитонеална и/или ретроперитонеална проба
91928-11 Цитологично изследване на две проби от материал от кожни лезии

1863 Нуклеарна медицина (необразна)

12500-00 Оценяване на кръвен обем при нуклеарно медицинско изследване
Включва: еритроцитен скриниг тест, обем 51Cr

2014 Друго нуклеарно медицинско образно изследване

90910-00 Нуклеарно медицинско изследване на друг регион или орган

Изследване кости на цяло тяло чрез нуклеарно медицинско изображение

61421-00 Изследване на костна система на цяло тяло
Включва: кръвни:
• поток }
• обем } изследване

Друго нуклеарно медицинско изображение, изследващо кръвоносна система

61469-00 Лимфосцинтиграфия

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01 Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Приложение на фармакотерапия

96198-00 Интратекално приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
Виж допълнителни знаци
Кодирай също когато е направено:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96198-03 Интратекално приложение на фармакологичен агент- стероид

Други инцизионни процедури на вени

13757-00 Терапевтична венесекция

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
• еритроцити

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:
• тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на плазма
Трансфузия на албумин

13706-05 Приложение на човешки имуноглобулин
Инжектиране или трансфузия на:
- гама глобулин
- имуноглобулин
- Intragam

Приложение на фармакотерапия	
96199-07	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Хранително вещество
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Електролит
96199-11	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антикоагулант
96200-11	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антикоагулант
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96200-00	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
93977-00	Терапия с колоностимулиращи фактори на бялата и червена кръвни редици

Афереза	
13750-00	Терапевтична плазмафереза
13750-01	Терапевтична левкофереза Терапевтична левкоафереза
13750-04	Афереза на стволови клетки
13750-02	Терапевтична еритрофереза
13750-03	Терапевтична тромбофереза

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени:

1. При лечение на солидни тумори - диагнози с кодове от C00.0 до C80; D00 до D09) - една основна диагностична и една основна терапевтична процедура, посочени в таблицата с кодовете на основните процедури.

2. При лечение на лимфоми - диагнози с кодове от C81.0 до C90.2) - две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблицата с кодовете на основните процедури.

3. При лечение на левкемии - диагнози с кодове от C91.0 до C96.9, D46.0 до D46.3, D46.7, D47.3, D47.7, D64.3, D73.1, D75.0, D75.1, D75.8 - две основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблицата с кодовете на основните процедури.

Приложението на колонистимулиращи фактори (вкл. еритропоетин) се отчита с код 93977-00.

Диагностичната процедура изследване на кръв включва: хематологични изследвания: 91910-04, 91910-05 и/или хемостазелогичен статус: 91910-09, 91904-02, 9191010, 91910-11, 91913-04, и/или флоуцитометрия 91880-00, и/или имунохистохимия 91919-19, и/или имунохимия на серум, урина и ликвор 91905-00, и/или цитогенетичен анализ на кръв или костен мозък 91916-01.
Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

НЗОК заплаща на лечебни заведения за дейности по провеждане на процедури за терапевтична афереза, при спазване на следните критерии:

Обем и обхват на дейностите по процедура „Терапевтична афереза"

1. Продължителност на процедура „Терапевтична афереза"

1.1 минимална продължителност на процедурата - 4 часа;
1.2 максимална продължителност на процедурата - 8 часа;
1.3 кратност на процедурата - от 1 път седмично до ежедневно;

Терапевтична афереза в тази клинична пътека се отчита с кодове както следва: лечебна плазмафереза - 13750-00, лечебна левкофереза - 13750-01, афереза на стволови клетки - 13750-04, 13750-02 – терапевтична еритрофереза и 13750-03 – терапевтична тромбофереза.

Клиничната пътека може да бъде отчетена само с един от кодовете за терапевтична афереза, ако се извършва само тази процедура. В тези случаи НЗОК заплаща само за извършената процедура (терапевтична афереза).

В случаите, при които на пациентите е необходимо да се извършат и други дейности в рамките на тази клинична пътека (освен терапевтичната афереза), последните се отчитат със съответните кодове от таблицата с основни терапевтични, съгласно заложения в ДЛА вид и брой.

Националната здравноосигурителна каса сключва договори с лечебни заведения за изпълнението на терапевтична афереза, които са получавали заплащане с публични средства за тази дейност през 2018 г. и 2019 г.

НЗОК заплаща за терапевтична афереза след извършване на проверка на дейността.

В цената на терапевтичната афереза се включват и необходимите еднократни консумативи и медицински изделия, което представлява част от диагностичнолечебния алгоритъм на тази клинична пътека и подлежи на проверка.

2. Квалификация на екипа, провеждащ терапевтичната афереза:

Терапевтичната афереза се осъществява от екип от най-малко двама лекари с призната специалност по "Анестезия и интензивно лечение" или „Хематология“, или "Детска клинична хематология и онкология", от които наймалко един с придобит сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза. В екипа може да участват и лекари с медицинска специалност по профила на основното заболяване.

НЗОК заплаща на многопрофилни болници за активно лечение за афереза при наличие на разрешение за дейност и на:

необходима е поне една от следните структури с квалифициран за извършването на дейността персонал и с апарат за екстракорпорално кръвообращение и сетове с мембрани/центрофуги за сепариране на форменните елементи на кръвта от плазмата или разделяне на видовете полипептиди в човешката плазма:

а) клиника/отделение по хематология с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Клинична хематология" или клиника/отделение по Детска клинична хематология и онкология с III ниво на компетентност, или

б) клиника/отделение по анестезиология и/или интензивно лечение с III ниво на компетентност, в съответствие с изискванията на медицински стандарт "Анестезия и интензивно лечение" или

в) клиника/отделение по нефрология и хемодиализа с III ниво на компетентност;

медико-диагностични структури – клинична лаборатория с II или III ниво на компетентност и структура по образна диагностика, осигуряващи 24-часов непрекъснат работен график;

3 наличието на апаратура и квалифициран персонал по т. 1 се удостоверява със съответните документи;

В случаите, при които пациентът се хоспитализира само за осъществяване на терапевтична афереза ЛЗ отчита медицинската процедура, като в отчетните документи се вписва клиничната пътека (КП № 245), диагнозата и кода на терапевтичната афереза. **В тези случаи се заплаща само тази медицинска процедура, като могат да се отчетат повече от една процедура в един отчетен период.**

В случаите, при които в рамките на клиничната пътека се осъществяват и други медицински прегледи и процедури, освен афереза, и са изпълнени изискванията за завършена терапевтична клинична пътека, се заплаща КП и терапевтичната афереза.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за заболяванията от пакет „Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ **чрез прилагането на амбулаторни процедури** „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ **и клинични пътеки** „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“ „Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст“, "Брахитерапия с ниски активности", "Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия",

"Триизмерно конформално лъчелечение", "Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания", "Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания", "Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности" и "Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания".

Договор за КП № 245 „Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст“, от пакет за комплексно лечение на „Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ **могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по този пакет.**

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, **провеждат лечение** на болни с установени онкологични и онкохематологични заболявания **само след заключение на клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология/ клинична комисия по детска клинична хематология и онкология по по амбулаторна процедура № 5, с изключение на случаите по спешност.** Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр № 5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр № 5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, **осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури** по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Детска клинична хематология и онкология", осъществявана най-малко на трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Детска клинична хематология и онкология". Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по детска клинична хематология и онкология или Клиника/отделение по педиатрия III ниво
2. Клинична лаборатория*
3. Отделение/лаборатория по клинична патология
4. Отделение по образна диагностика
5.Апаратура за терапевтична афереза – за кодове 13750-00, 13750-01, 13750-04, 13750-02 и 13750-03
6. Болнична аптека

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по детска онкохематология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Цитогенетична лаборатория

2. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
3. Лаборатория по нуклеарно-медицинска диагностика
4. Клиника/отделение/Лаборатория/център по трансфузионна хематология с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
5. Имунологична лаборатория
6. Микробиологична лаборатория - на територията на областта

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- четирима лекари със специалност педиатрия и/или детска клинична хематология и онкология , от които трима лекари със специалност "Детска клинична хематология и онкология";
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по клинична патология;
- лекар със специалност по образна диагностика.
- двама специалисти по „Анестезиология и интензивно лечение" за изпълнение на кодове (13750-00, 13750-01, 13750-04, 13750-03 и 13750-02) или
- трима специалисти по „Нефрология и хемодиализа" за изпълнение на кодове (13750-00, 13750-01, 13750-04, 13750-03 и 13750-02) или
- двама специалисти по клинична хематология/детска хематология/детска клинична хематология и онкология за изпълнение на (13750-00, 13750-01, 13750-04, 13750-03 и 13750-02), от които най-малко един с придобит сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза.

Изисквания за професионален опит на специалистите по „Анестезиология и интензивно лечение" и/или „Нефрология и хемодиализа" и/или „Клинична хематология/детска хематология/детска клинична хематология и онкология" при изпълнение на дейностите с кодове 13750-00, 13750-01, 13750-04, 13750-02 и 13750-03 - **минимум 15 процедури на един от тези специалисти терапевтична афереза годишно, платени с публични средства през предходната година, удостоверено с документ.**

Изисква се сертификат (лиценз) за високоспециализирана дейност по терапевтична афереза поне за един от посочените специалисти.

При доказано онкологично или онкохематологично заболяване пациентът задължително се разглежда от клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология.

Системно лекарствено лечение по клиничната пътека се предприема след **решение на клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология**, както **за първоначалното** формиране на терапевтичната стратегия, така **и за всяка последваща промяна** и е неразделна част от ИЗ.

В решението на комисията е посочен алгоритъм на лечение, лекарствен продукт, доза, ритъм на приложение, продължителност, необходими контролни изследвания. Приетите решения се отразяват в **протокол.**

Заповед за състава на клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология - председател и членове, се издава от ръководителя на лечебното заведение и се връчва на членовете срещу подпис.

Решенията се съхраняват в медицинската документация на пациента.

Специфичното лечение на пациент със злокачествени солидни тумори не започва, ако той не е обсъден на клинична комисия по детска клинична хематология и онкология и не е определена цялостната комплексна лечебна тактика.

Лекарствените продукти се назначават в съответните мерни единици.

Лекарствените продукти се предписват от комисиите по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

В протоколите на решенията на комисиите по ал. 1 се вписват задължително всички реквизити от приложение № 8б и №8в от чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

Информация за протоколите се подава в електронен формат в НЗОК при започване/промяна на терапията по КП/АПр.

Приготвянето на разтвори на лекарствени продукти за приложение на пациентите се извършва ръчно, съгласно всички изисквания за стерилност, безапасност, точно дозиране, системи за контрол и валидиране или чрез използване на полуавтоматизирани или автоматизирани системи.

Приготвянето на разтворите се извършва задължително в болничните аптеки, което подлежи на контрол от страна на НЗОК.

Разтварянето и прехвърлянето на цитотоксични лекарства, моноклонални антитела и други лекарствени продукти се осъществява по утвърден „Списък на лекарствени продукти“, чрез затворени системи, влизащи в цената на КП.

Организацията на работата в болничната аптека, която отпуска онкологичните препарати, отговаря на изискванията на Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

5.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

1. Диагностика на заболяванията по т.1.1. чрез след цитологично и/или хистологично, имунофенотипно, цитогенетично и/или молекулярно изследване, съобразно диагностичните стандарти при съответната нозологична единица.

2. Консултиране на пациентите с доказано заболяване от клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология съгласно медицински стандарт по детска клинична хематология и онкология.

3. Документиране на решението на клиничната комисия както за първоначалното формиране на терапевтичната стратегия, така и за всяка последваща промяна в протокол с посочен алгоритъм на лечение по клинична процедура - лекарствен продукт, доза, ритъм на приложение, продължителност, необходими контролни изследвания.

4. Стационарно лечение на болни под 18 години и за лица от 18- до 25-годишна възраст, при които възниква заболяване (солидни тумори), присъщо за детска възраст, потвърдено при съвместно обсъждане на онкологичните комисии за деца и за възрастни с установени заболявания по повод:

4.1 Химиотерапия при органна недостатъчност, причинена от солиден тумор.

4.2 Химиотерапия, осъществима единствено в стационарни условия, при болни с новооткрита и рецидивирала левкемия.

4.3 Химиотерапия, осъществима единствено в стационарни условия, при болни с новооткрит и рецидивирал лимфом.

4.4 При настъпили усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение:

4.4.1 терапия с колонистимулиращи фактори; гранулоцитен и гранулоцитномакрофаген колонистимулиращ фактор - при неутропения под 1000 и клинични данни за инфекция (вкл. фебрилна неутропения); еритропоетин и прогностични фактори за благоприятен отговор на лечението;

4.4.2 заместителна терапия с кръв и кръвни продукти; при хемоглобин под 100 g/l и прогностични фактори за благоприятен отговор на лечението, тромбоцити под 10 g/l или хеморагична диатеза при животозастрашаваща тромбоцитопения;

4.4.3 необходимост от парентерално хранене;

4.4.4 антибактериална, антивирусна и антимикотична терапия при болни с инфекциозни (пневмония, сепсис, инфекция на меки тъкани), хеморагични (нетромбоцитопенични) и други тежки усложнения, свързани с основното заболяване или провежданото лечение.

4.5 Химиотерапия при болни с новооткрит и рецидивирал солиден тумор, лимфом, левкемия.

4.6 Болни с диагностициран солиден тумор за планова противотуморна терапия, колонистимулиращи фактори.

4.7 Лечение с моноклонални антитела и имуномодулатори.

4.8 Стадиране на солиден тумор, лимфом, левкемия.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Терапевтичният подход се съобразява с общото състояние на пациента от приложената скала:

СКАЛА НА ECOG/WHO ЗА PERFORMANCE STATUS:

0 = норма; способен на нормални дейности;

1 = с наличие на симптоматика, но амбулаторен;

На домашен режим с поносими туморни прояви

2 = с инвалидизиращи туморни прояви, но под 50% от времето е на легло;

3 = тежко инвалидизиран с над 50% от времето на легло;

4 = тежко болен. 100% от времето е на легло;

5 = смърт.

Решенията на клиничната комисия по детска клинична хематология и онкология (ДКХО) **са съобразени с Фармакотерапевтично ръководство по детска клинична хематология и онкология,**

прието на заседание на НСЦРЛП, публикувано на електронната страница на НСЦРЛП, съобразени с ЗЛПХМ и НАРЕДБА № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

2.1. ЛЕЧЕНИЕ НА СОЛИДНИТЕ ТУМОРИ В ДЕТСКАТА ВЪЗРАСТ

Лечението на солидните тумори в детската възраст се провежда в зависимост от хистологичния вариант, клиничния стадий, възрастта, прогностичните фактори и съпътстващите усложнения. При децата (пациенти до 18 г.), хистологичните варианти и биологичното поведение на солидните тумори в детската възраст налага прилагането на пригодени за този контингент по-агресивни **лечебни схеми:**

а. неусложнени - VAC, VACA, PCV, "8 цитостатика в 1 ден", VD, VAD, ICE, OPEC, BEP, HDMTX, IMAC, CF, други.

б. усложнени - химиотерапевтични протоколи от втори и трети ред, колонистимулиращи фактори, моноклонални антитела, алфа интерферон, заместителна терапия с еритроцитни и тромбоцитни концентрати, антиеметична терапия, аналгетици, антимикотични препарати, антибиотична терапия – цефалоспорини III и IV генерация, имипенеми и карбапенеми, аминогликозиди, хинолони и други антибиотици, индицирани при опортюнистични инфекции. Изброените антибиотици се използват в двойна и тройна комбинация.

ТУМОРИ НА ЦНС

Химиотерапията е изборен метод на лечение. Прилагат се комбинации на винкристин, нитрозурея, цисплатина, карбоплатина, циклофосфамид и етопозид, както и такива с прокарбазин, CCNU. Рецидивиралите и резистентните на химиотерапия от първи ред тумори се лекуват по схема “8 цитостатика в 1 ден”.

НЕВРОБЛАСТОМ

Метастазира по хематогенен и лимфогенен път, най-често в костите. В зависимост от локализацията на метастазите са обособени:

- Синдром на Пейпър - малки деца с чернодробни метастази;
- Синдром на Хътчинсон - метастази в меките тъкани на орбитата и в костите; - - Синдром на Смит - кърмачета с метастази в подкожието.

Разпространеността на туморния процес определя следните стадии на заболяването:

I кл. стадий - Ограничен тумор в структурата, от която произхожда.

II кл. стадий - Тумор не преминаващ срединната линия, с метастатично обхванати едностранни регионални и с негативни контралатерални лимфни възли, отстраним радикално.

III кл. стадий - Тумор инфилтриращ и преминаващ срединната линия, с метастази в лимфните възли двустранно, често е възможно само частично отстраняване.

IV кл. стадий - Дисеминация на тумора в далечни лимфни възли, кости и др. (освен IVS). Високи нива на феритин.

IV S кл. стадий - Деца под 1 годишна възраст с първичен тумор в I и II стадии, с изолирани метастази в черен дроб, кожа, костен мозък (без кости). Нормален феритин.

Определянето на клиничния стадий дава информация за прогнозата и е от значение в избора на лечебната програма. В детските онкологични центрове се предпочита да се работи с класификациите по клинични стадии - I, II, III и IV, като TNM класификациите при отделните тумори имат ограничено приложение.

Рискови фактори:

а) стандартен риск - химиотерапия се провежда с винкристин и циклофосфамид. При
деца над 1 годишна възраст се добавя адриамицин.

б) висок риск - химиотерапия се провежда с винкристин, циклофосфамид, адриамицин. При III клиничен стадий с високи нива на феритин, NSE, LDH и при IV клиничен стадий се добавя етопозид и цис-платина.

Използвани схеми – OPEC, VAC.

НЕФРОБЛАСТОМ (ТУМОР НА WILMS) Химиотерапия.

Използват се следните цитостатици:

Винкристин, дактиномицин и адриамицин в алтернириращи курсове. При резистентни на лечение тумори или при поява на рецидиви или метастази, в хода на лечението се включва циклофосфамид, етопозид (VP-16).

РАБДОМИОСАРКОМ

Химиотерапия.

Основна е схемата VACA.

При резистентни на химиотерапия и рецидивирали тумори се провеждат режими на химиотерапия от втори ред и с високи дози на прилаганите цитостатици (карбоплатина, етопозид, високи дози ифосфамид /Месна.

САРКОМ НА EWING

Химиотерапия на неметастазирал Сарком на Юинг се провежда по схема VACA.

Химиотерапия на метастазирал Сарком на Юинг се провежда по схема VACA + IE.

ГЕРМИНАТИВНО-КЛЕТЪЧНИ ТУМОРИ

Химиотерапия - BEP или VACA.

ХЕПАТОБЛАСТОМ

Химиотерапията включва - епирубицин, цисплатина, карбоплатина.

РЕТИНОБЛАСТОМ

Химиотерапия се провежда при напреднало заболяване с цитостатици като при невробластом (схеми VAC, OPEC).

ЕПИТЕЛИАЛНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ТУМОРИ (КАРЦИНОМИ)

Прилагат се 5-флуорурацил, цис-платина, циклофосфамид, епирубицин и др.

ОСТЕОСАРКОМА

Химиотерапия:

1. Предоперативната химиотерапия се провежда с цис-платина, епирубицин, високи дози ифосфамид/Месна, високи дози метотрексат.
2. Постоперативната химиотерапия се провежда с високи дози метотрексат с калциум фолинат, IMAC и др.

2.2.ЛЕЧЕНИЕ НА ЛЕВКЕМИИТЕ:

Лечението на острите левкемии включва индукционно, консолидиращо, реиндукционно и поддържащо лечение.

ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИТЕ МИЕЛОБЛАСТНИ ЛЕВКЕМИИ:

Индукционно и консолидиращо лечение - полихимиотерапия включваща следните основни схеми и техни варианти като 7+3, TAD, ICE, MICE, DCE, и I-BFM-SG протоколи; при остра промиелоцитна левкемия се включва ATRA.

Реиндукционно и поддържащо (цитостатично) лечение - ежемесечни курсове на химиотерапия при постигната ремисия.

Поддържащо лечение - заместителна компонентна терапия с кръвни продукти, антибиотици, кръвоспиращи, колонистимулиращи фактори и др

ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИТЕ ЛИМФОБЛАСТНИ ЛЕВКЕМИИ:

Индукционно и консолидационно лечение – полихимиотерапия, включваща следните цитостатици: антрациклини, винка алкалоиди, кортикостероиди, антиметаболити, L – аспарагиназа. Лечебните схеми са базирани на консенсус с I-BFM-SG

Реиндукционно и поддържащо (цитостатично) лечение - ежемесечни курсове на химиотерапия при постигната ремисия.

Профилактика и лечение на ЦНС усложненията - интратекална апликация на кортикостероиди и цитостатици; лъчетерапия на краниума.

Поддържащо лечение - заместителна и симптоматична терапия - заместителна компонентна терапия с кръвни продукти, антибиотици, антимикотици, кръвоспиращи, растежни фактори и др.

ЛЕЧЕНИЕ НА ХРОНИЧНАТА МИЕЛОГЕННА ЛЕВКЕМИЯ:

хронична фаза: иматиниб месилат, алфа-интерферон с хидроксикарбамид или цитозин-арабинозид;

фаза на обостряне: иматиниб месилат, алфа-интерферон с хидроксикарбамид или цитозин-арабинозид;

бластна криза – лечение като при остра левкемия.

2.3. ЛЕЧЕНИЕ НА ЛИМФОМИТЕ:

При децата хистологичните варианти и биологичното поведение на не-Хочкиновите лимфоми налага прилагането на пригодени за този контингент по-агресивни лечебни схеми (напр. I-BFM- SG). За локализираните форми се прилага терапия като при “неусложнени лимфоми” (вж. по-долу).

Лечебният подход при деца с Хочкинови лимфоми е както при възрастни, с ограничение до 8 броя химиотерапевтични курсове при III и IV клинични стадии.

Към групата на лимфомите без прогностично неблагоприятни фактори и неусложнени варианти спадат случаи, при които се налага провеждане само на противотуморна терапия и/или лечение с моноклонални антитела (примерни схеми R-CVP, R- CHOP).

Лечение на лимфоми при деца.

Модифицирани протоколи I-BFM-SG, UKCCSG, POG/CCSG; лечението е според хистологичната и/или имунофенотипната характеристика на лимфома.

ЛЕЧЕНИЕ НА ЕКСТРАНОДАЛНИ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА ЛИМФОМИ

Локализация	**Лечение**
ЦНС локализация (честота 5-20%)	Метотрексат 12 mg/m^2 Цитозин-арабинозид 25 mg/m^2 Метилпреднизолон 25 mg/m^2 интратекално, едновременно с ПХТ и лъчетерапия на ЦНС
Плевра с плеврален излив	Химиотерапия и източване на течността с въвеждане на Митокстантрон, Блеомицин или Тиофосфамид, кортикостероид.

ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ И АЛГОРИТЪМ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА ХОДЖКИНОВ ЛИМФОМ

Според клиничния стадий:

- **стадий I** – 3 курса химиотерапия тип ABVD, COPP + лъчетерапия;
- **стадий II** – 6 курса химиотерапия тип ABVD, COPP + лъчетерапия (под или наддиафрагмална);
- **стадий III** – 9 курса химиотерапия тип ABVD, BEACOPP, COPP + лъчетерапия под и наддиафрагмална;
- **стадий IV** – 9 курса химиотерапия тип ABVD, BEACOPP, COPP и лъчетерапия при необходимост.
-

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя след цитологично и/или хистологично, имунофенотипно, цитогенетично и/или молекулярно изследване, съобразно диагностичните стандарти при съответната нозологична единица.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация: медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) **и:**

завършен курс химиотерапия, със стабилни кръвни показатели и задоволително общо състояние;

актуализирана терапевтична стратегия и планирано следващо лечение съгласно определената стратегия.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

При остри левкемии и лимфоми: остра лимфобластна левкемия (МКБ С91.0), **остри миелоидни и други остри левкемии** (МКБ С92.0, С92.3, С92.4, С92.5, С92.7, С92.9, С93.0, С94.0, С94.2, С94.4, С94.5, С95.0), **ювенилна миеломоноцитна левкемия** (МКБ С93.1**), миелодиспластични синдроми с цитостатично лечение** (МКБ D46.0, D46.1, D46.2, D46.4, D46.7, D46.9), **Неходжкинови лимфоми** (МКБ С83.0, С83.1, С83.2, С83.3, С83.4, С83.5, С83.6, С83.7, С83.8, С83.9, С84.5, С85.1, С85.7, С85.9) **и Ходжкинов лимфом** (МКБ С81.0, С81.1, С81.2, С81.3, С81.7, С81.9) се заплащат **до две хоспитализации месечно (до 24 годишно)** при лечение по протоколи ALLIC BFM 2009, ALLIC BFM 2022, AIEOP-BFM ALL 2017, EsPhALL, Interfant-06, IntReALL, AML-BFM, ICC APL Study, EWOG-MDS, B-NHL BFM 04, Inter-B-NHL Ritux 2010, LBL 2018, ALCL 99 и EuroNet-PHL-C2.

<u>За солидни тумори:</u> За солидни тумори (високорисков Сарком на Юинг - при лечение по протокол EURO EWING 2012; високорисков невробластом — при лечение по протокол HR-NBL/SIOPEN; високорисков остеосарком — при лечение по протокол EURAMOS-1; и високорискови мекотъканни саркоми — при лечение по протокол EpSSG RMS 2005) **се заплащат повече от една хоспитализация месечно (до 24 хоспитализации годишно)** за диагнози по МКБ-10:

C11.0, C11.1, C11.2, C11.3, C11.8, C11.9; C24.0; C30.0, C30.1; C31.0, C31.1, C31.2, C31.3, C31.8, C31.9; C38.1, C38.2, C38.3, C38.4; C40.0, C40.1, C40.2, C40.3, C40.8, C40.9; C41.0, C41.1, C41.2, C41.3, C41.4, C41.8, C41.9; C47.0, C47.1, C47.2, C47.3, C47.4, C47.5, C47.6, C47.8, C47.9; C48.0, C48.1, C48.2, C48.8; C49.0, C49.1, C49.2, C49.3, C49.4, C49.5, C49.6, C49.8, C49.9; C51.0, C51.1, C51.2, C51.8, C51.9; C52; C53.0, C53.1, C53.8, C53.9; C54.0, C54.1, C54.2, C54.3, C54.8, C54.9; C61; C62.0, C62.1, C62.9; C63.0, C63.1, C63.2, C63.7, C63.8; C67.0, C67.1, C67.2, C67.3, C67.4, C67.5, C67.6, C67.7, C67.8, C67.9; C69.6; C74.0, C74.1, C74.9; C76.0, C76.1, C76.2, C76.3, C76.4, C76.5, C76.7, C76.8.

Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в съответствие с утвърдените фармакотерапевтични ръководства, необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия, бифосфонатите и другите лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, са включени в пакета дейности по системно лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в условията на болнична медицинска помощ.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

Документиране на диагностично - лечебния АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”.*

Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

- “История на заболяването”;
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ;

Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛ/НАСТОЙНИК/ПОПЕЧИТЕЛ)
СОЛИДЕН ТУМОР

Това е информацията, която трябва да знаете относно настоящото заболяване. Ако се съгласите за приемане в болнични условия и лечение, трябва да подпишете и датирате настоящия формуляр, че сте били информирани относно заболяването, лечението и свързаните с това рискове и давате своето съгласие за провеждане на лечение на заболяването в условията на болничното заведение.

Вашето дете трябва да постъпи в болницата, за да се установи естеството на заболяването, точната диагноза и за да се проведе необходимото лечение на тумора.

Детето ще бъде лекувано, докато съществува възможност за повлияване от лечението или до появата на неприемливи странични ефекти.

След като се определи, че Вашето дете е болно от тумор ще бъде направен физикален преглед, лабораторни тестове, скениране на тумора (например чрез рентген и/или скенер за изследване на вътрешните органи) и други тестове, които са необходими за пълното оценяване на заболяването. Ако Вашето дете ще получава химиотерапия, може да се наложи да бъде направена аудиограма и тест на урината (за преглед на бъбречната функция).

Дозите на цитостатичните медикаменти ще бъдат определени въз основа на телесно тегло, височина и/или бъбречна функция. Леченията ще бъдат повтаряни всеки 3 или 4 седмици, или при

друга схема. Този срок ще Ви се каже допълнително. Ако е необходимо може да се забави лечението, да се намали дозата или да се спре за да се позволи възстановяване от страничните ефекти. Лекуващият лекар може да даде лекарствени средства за предотвратяване на гадене, повръщане и/или диария, ако е необходимо. Трябва да съобщавате за всички странични ефекти, които са забелязани от предната визита.

Вашето дете ще бъде внимателно наблюдавано. Някои от основните тестове може да бъдат повторени през всеки цикъл на лечение. Периодично ще се извършва рутинен физически преглед и сканиране на тумора, за да се наблюдава ефекта на лекарствата върху тумора.

Ще бъде направено всичко възможно, за да се намалят страничните ефекти, въпреки това обаче няма начин да се определи кои странични ефекти могат да се появят или колко сериозни ще бъдат. Повечето лекарства, използвани за лечение на тумор имат странични ефекти, някои от които могат да бъдат животозастрашаващи и/или неочаквани. Може да се наложи Вашето дете да бъде прието в болница с прекъсвания.

Ако Вашето дете получи заболяване или увреждане в резултат на лечението, ще бъде осигурено медицинско обслужване.

В случай на нежелана реакция, трябва незабавно да се свържете с лекуващия лекар. Медицинска помощ можете да получите по същия начин както обикновено получавате за всяко друго медицинско лечение.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛ/НАСТОЙНИК/ПОПЕЧИТЕЛ)
ОСТРИ ЛЕВКЕМИИ

Острата левкемия е злокачествено заболяване. Тя представлява натрупване в костния мозък на млади, незрели клетки, които пречат на нормалното кръвообразуване. Тези клетки не могат да се развият до нормални зрели клетки, защото са променени под въздействието на различни причини. Досега не е установено точно какво причинява левкемията. Обвиняват се различни вируси, химикали, радиация, но точната причина не е доказана. Когато в костния мозък се развие левкемия, младите левкемични клетки заместват нормалните кръвни клетки и затрудняват производството им. Като резултат от това се развива анемия, кръвотечения и намаление на белите кръвни клетки с развитие на склонност към инфекции и висока температура. Левкемичните клетки могат да се разпространят и в различни органи особено, ако не се лекуват.

Кои са най-честите оплаквания, които довеждат пациента при лекаря?

Най-често започвате да усещате отпадналост, може да се получи кървене при миене на зъби, спонтанно кървене от носа, поява на синини по кожата. Венците могат да станат болезнени и подути. Температурата може да се повиши. Могат да се появят болки по мускулите и костите, при жените - продължително менструално кръвотечение. В редки случаи могат да се увеличат лимфните възли, понякога тежест в корема поради увеличаване на черния дроб и/или далака. Важно е да се потърси лекарска помощ веднага след поява на един от тези симптоми.

Какви методи и процедури са необходими за поставяне на диагнозата остра левкемия?

При установяване на отклонения в кръвните изследвания, съмнителни за остра левкемия, се правят подробни изследвания. Възможни са и някои допълнителни тестове. Диагнозата остра левкемия се поставя след изследване на натривка от периферна кръв и изследване на костен мозък, което се извършва чрез пункция на гръдната или илиячната кост – костномозъчна пункция или биопсия.

Какво представлява костномозъчна пункция и как се извършва тя?

След местна упойка със специална игла в областта на гръдната или илиячната кост се взема костен мозък за изследване. Материалът се преценява от хематолог.

Какво представлява костномозъчната биопсия (трепанобиопсия) и как се извършва тя?

След местна упойка със специална игла се взема парченце кост за изследване. То се изпраща в хистологична лаборатория за микроскопско изследване.

Какво представлява лумбалната пункция?

В хода на лечението при някои пациенти се извършва диагностична или лечебна лумбална пункция. Със специална игла се прониква в гръбначномозъчния канал и се взема гръбначномозъчна течност за изследване. Понякога се налага едновременно с това да се въведат и лекарства.

Как се лекува острата левкемия?

Основното лечение на острата левкемия е химиотерапията. Вие ще получите подробна инструкция за медикаментите, които се използват за химиотерапия. Лечението на острата левкемия преминава през няколко фази, чиято последователност е задължителна.

Първата фаза е *индукционното лечение*. То цели максимално отстраняване на левкемичните клетки и постигане на ремисия. В края на всеки индукционен курс се прави контролна миелограма с оглед преценка на проведеното до момента лечение.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛ/ НАСТОЙНИК/ ПОПЕЧИТЕЛ)
ЛИМФОМИ

Лимфомите са злокачествени заболявания, които обхващат лимфните структури, имат прогресивен ход и може да засегнат други органи и системи. Досега не е установена причината за появата им. Обвиняват се различни вируси, химикали, радиация, но конкретен причинител не е доказан.

Кои са най-честите оплаквания, предизвикани от лимфомите?

Първите прояви са нехарактерни: отпадналост, засилено изпотяване, температура, намалена работоспособност. Установяват се увеличени лимфни възли, най-често шийно или в подмишничната област, като те не са болезнени и постепенно нарастват. Може да усещате постоянна тежест в корема, особено под лявото или дясното подребрие.

Какви методи и процедури са необходими за поставяне на диагнозата лимфом?

Предварителните изследвания се провеждат от Вашия личен лекар в съответната лаборатория, където ще Ви вземат кръв от вената или пръста.

При установяване на отклонения от нормата, ще бъдете насочен към специалист хематолог. Той ще повтори изследванията на кръвта и ще назначи допълнителни. Диагнозата ще бъде поставена след осъществяване на тънкоиглена аспирационна биопсия (ТАБ) на увеличен лимфен възел, а след това най-често се прави биопсия на лимфен възел. За да бъде потвърдена диагнозата, патологът трябва да направи хистологична преценка, след което хематолог ще Ви вземе костен мозък за изследване чрез биопсия от илиачната кост – т.нар. трепанобиопсия или пункция на гръдната кост и илиачната кост – т. нар. миелограма.

Какво представлява тънкоиглената аспирационна биопсия (ТАБ) на лимфен възел и как се извършва тя?

Изследването се извършва в амбулаторни условия. Със специална игла лекарят пунктира безболезнено лимфния възел и не се налага упойка. Специалистът - хематолог го изследва под микроскоп и взема решение относно провеждане на хирургическа биопсия.

Какво представлява биопсията на лимфен възел?

Извършва се в амбулаторни условия. Целта на изследването е да се изследва под микроскоп тъканта за поставяне на точна диагноза.

Какво представлява костномозъчна пункция и как се извършва тя?

След местна упойка със специална игла, в областта на гръдната или седалищната кост, се взема костен мозък за изследване. Материалът се изследва от хематолог.

Какво представлява костно-мозъчната биопсия (трепанобиопсия) и как се извършва тя?

След местна упойка със специална игла се взема парченце кост за изследване. То се изпраща в хистологична лаборатория за микроскопско изследване.

Какво представлява лумбалната пункция?

В хода на лечението при някои пациенти се извършва диагностична или лечебна лумбална пункция. Със специална игла се прониква в гръбначномозъчния канал и се взема гръбначномозъчна течност за изследване. Понякога се налага едновременно с това да се въведат и лекарства.

В консултативния кабинет на хематологична клиника специалистът оценява направените дотогава лабораторни и инструментални изследвания, подготвя документите за приемането в отделението и Ви определя ден и час за постъпване (освен в случаите на спешност).

В клиниката по хематология се провеждат следните допълнителни изследвания:

Взема Ви се венозна кръв за анализ на различни биохимични показатели и се прави стернална пункция или трепанобиопсия по описания начин, ако това не е направено в амбулаторни условия.

Лекуващият лекар назначава и контролира консултациите с други специалисти за начална преценка на цялостното Ви здравословно състояние.

Как се лекува лимфома?

Основното лечение на лимфомите е химиотерапия, при необходимост в съчетание от лъчетерапия и/или имунотерапия. Възможно е и хирургическо лечение.

Вие ще получите подробна инструкция за медикаментите, които се използват за химиотерапия. Основната цел е максимално унищожаване на туморната маса.

Лечението се провежда с прилагане на различен брой курсове химиотерапия, с паузи между тях, след което се отчита постигнатият ефект.

Какви усложнения може да има лечението на лимфома?

Лечението се провежда само във високоспециализирани хематологични клиники и отделения, в които има квалифициран персонал и необходимите лекарства.

Усложненията от провежданото лечение са свързани предимно с използваните цитостатици, както и с преливането на кръвни препарати:

безапетитие, гадене, повръщане, диария. Клиниките по хематология разполагат с лекарства, които ефективно предпазват от появата им;

косопад - след преустановяването на лечението косата израства отново;

нарушаване на менструалния цикъл по време на химиотерапията;

поява на различни инфекции, което понякога налага антибиотично лечение;

поява на кръвоизливи и анемия, които налагат понякога болнично лечение; използването на различни продукти от кръводаряване налагат, при възможност, предварително да се осигури достатъчно кръв от родствени и близки дарители. понастоящем в България се работи по всички правила, приети в ЕС за избягване на кръвопреливни рискове;

алергични реакции;

възпаление на вената (флебит), в която е въведен венозния катетър; изразява се в локално зачервяване, болка, повишаване на локалната и обща температура.

За повече информация относно Вашето заболяване, Българското медицинско сдружение по клинична и трансфузионна хематология предоставя на Вашето внимание "Ръководство за пациента", което можете да получите от Вашия лекуващ екип.

КП № 246 ОРТОВОЛТНО ПЕРКУТАННО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ И БРАХИТЕРАПИЯ С ВИСОКИ АКТИВНОСТИ

1.Минимален болничен престой – 2 дни

2.1.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

При тези видове лъчелечение като основна диагноза се поставя код Z51.0, а като придружаващо заболяване съответният код на заболяването

Други видове медицинска помощ

Не включва: последващо изследване след лечение (Z08—Z09)

Z51.0 Курс радиотерапия (поддържащ)

Злокачествено новообразувание на устната

Не включва: кожа на устната (C43.0, C44.0)

C00.0 Външна повърхност на горната устна
Горна устна:
• БДУ
• външна повърхност
• червена ивица [vermilion border]

C00.1 Външна повърхност на долната устна
Долна устна:
• БДУ
• външна повърхност
• червена ивица

C00.2 Външна устна, неуточнена
Червена ивица БДУ

C00.3 Горна устна, вътрешна повърхност
Горна устна:
• букална повърхност
• френулум
• лигавица (мукоза)
• устна повърхност

C00.4 Долна устна, вътрешна повърхност
Долна устна:
• букална повърхност
• френулум
• лигавица
• устна повърхност

C00.5 Устна, неуточнена, вътрешна повърхност
Устна, неуточнена като горна или долна:
• букална повърхност
• френулум
• лигавица
• устна повърхност

C00.6 Комисура на устните

C00.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на устните

Злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на устната кухина

C06.0 Лигавица на бузите
Вътрешна повърхност на бузите БДУ
Лигавица на бузите

C06.1 Предверие на устната кухина
Бразда (сулкус) на бузата (горна)(долна)
Бразда (сулкус) на устната (горна)(долна)

C06.2 Ретромоларна област

C06.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на други и неуточнени части на устната кухина

C06.9 Устна кухина, неуточнена част
Малки слюнчени жлези, неуточнена част

Устна кухина БДУ

C07 Злокачествено новообразуване на околоушната слюнчена жлеза (паротис)

Злокачествено новообразуване на друга и неуточнена част на големите слюнчени жлези

Не включва: злокачествени новообразувания на малките слюнчени жлези, които се класифицират според тяхната анатомична локализация
злокачествени новообразувания на малките слюнчени жлези БДУ (C06.9)
паротидна жлеза (C07)

C08.0 Подчелюстна жлеза (субмандибуларна)
Субмаксиларна жлеза

C08.1 Подезична жлеза (сублингвална)

C08.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на големите слюнчени жлези
Злокачествено новообразуване на големите слюнчени жлези, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C07—C08.1

Злокачествено новообразуване на ануса и аналния канал

C21.0 Анус, неуточнена локализация
Не включва: анален(-на):
• ръб (C43.5, C44.5)
• кожа (C43.5, C44.5)
перианална кожа (C43.5, C44.5)

C21.1 Анален канал
Сфинктер на ануса

C21.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на ректума, ануса и аналния канал
Аноректална област
Анус с ректум
Злокачествено новообразуване на ректума, ануса и аналния канал, което помясто на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C20—C21.2

Злокачествено новообразуване на носната кухина и средното ухо

C30.0 Носна кухина
Хрущял на носа
Носни раковини
Вътрешна част на носа
Преграда (септум) на носа
Вестибулум на носа
Не включва: кост на носа (C41.0)
нос БДУ(C76.0)
обонятелна луковица (C72.2)
заден край на носната преграда и раковините (C11.3)
кожа на носа (C43.3, C44.3)

Злокачествено новообразуване на костите и ставните хрущяли на крайниците

C40.0 Лопатка (скапула) и дълги кости на горен крайник

C40.1 Къси кости на горен крайник

C40.2 Дълги кости на долен крайник

C40.3 Къси кости на долен крайник

C40.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на костите и ставните хрущяли на крайниците

Злокачествено новообразуване на костите и ставните хрущяли с други и неуточнени локализации

Не включва: кости на крайниците (C40.—)
хрущял на:
• ухо (C49.0)
• ларинкс (C32.3)
• крайници (C40.—)
• нос (C30.0)

C41.0 Кости на черепа и лицето

Челюст (максила) (горна)

Орбитална кост
Не включва: карцином от всеки друг вид, освен вътрекостен или одонтогенен карцином на:
• максиларен синус (C31.0)
• горна челюст (C03.0)
кости на челюст (долна) (C41.1)

C41.1 Долна челюст (мандибула)
Кост на долна челюст
Не включва: карцином от всеки друг вид, освен вътрекостен или одонтогенен карцином на:
• челюст БДУ (C03.9)
• долна (C03.1)
кост на горна челюст (C41.0)

C41.2 Гръбначен стълб
Не включва: сакрална и опашна кост (C41.4)

C41.3 Ребра, гръдна кост и ключица

C41.4 Кости на таза, сакрума и опашката

C41.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на костите и ставните хрущяли
Злокачествено новообразуване на костите и ставните хрущяли, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C40—C41.4

Злокачествен меланом на кожата

Включва: морфологични кодове M872—M879 с код за характера на новообразуването /3
Не включва: злокачествен меланом на кожата на половите органи (C51—C52, C60.—, C63.—)

C43.0 Злокачествен меланом на устната
Не включва: червена ивица на устната (C00.0—C00.2)

C43.1 Злокачествен меланом на клепача, включително ъгъла на клепачната цепка

C43.2 Злокачествен меланом на ухото и външния слухов канал

C43.3 Злокачествен меланом на други и неуточнени части на лицето

C43.4 Злокачествен меланом на окосмената част на главата и шията

C43.5 Злокачествен меланом на тялото
Анални:
• ръб
• кожа
Перианална кожа
Кожа на млечната жлеза
Не включва: анус БДУ (C21.0)

C43.6 Злокачествен меланом на горен крайник, включително областта на раменния пояс

C43.7 Злокачествен меланом на долен крайник, включително тазобедрената област

C43.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на злокачествения меланом на кожата

C43.9 Злокачествен меланом на кожата, неуточнен
Меланом (злокачествен) БДУ

Други злокачествени новообразувания на кожата

Включва: злокачествено новообразувание на:
• мастните жлези
• потните жлези
Не включва: сарком на Kaposi (C46.—)
злокачествен меланом на кожата (C43.—)
кожа на половите органи (C51—C52, C60.—, C63.—)

C44.0 Кожа на устните
Базоцелуларен карцином на устните
Не включва: злокачествено новообразувание на устните (C00.—)

C44.1 Кожа на клепачите, включително ъглите на клепачните цепки
Не включва: съединителна тъкан на клепачите (C49.0)

C44.2 Кожа на ухото и външния слухов канал
Не включва: съединителна тъкан на ухото (C49.0)

C44.3 Кожа на други и неуточнени части на лицето

C44.4 Кожа на окосмената част на главата и шията

C44.5 Кожа на тялото
Анални:
• ръб

• кожа
Перианална кожа
Кожа на млечната жлеза
Не включва: анус БДУ (C21.0)

C44.6 Кожа на горен крайник, включително областта на раменния пояс
C44.7 Кожа на долен крайник, включително тазобедрената област
C44.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на кожата

Злокачествено новообразувание на периферните нерви и вегетативната нервна система

Включва: симпатикусови и парасимпатикусови нерви и ганглии
C47.0 Периферни нерви на главата, лицето и шията
Не включва: периферни нерви на орбитата (C69.6)
C47.1 Периферни нерви на горен крайник, включително областта на раменния пояс
C47.2 Периферни нерви на долен крайник, включително тазобедрената област
C47.6 Злокачествено новообразувание на периферни нерви на тялото, неуточнено
C47.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на периферните нерви и вегетативната нервна система

Злокачествено новообразувание на съединителната и другите меки тъкани

Включва: кръвоносни съдове
бурса
хрущял
фасция
мастна тъкан
лигамент, без този на матката
лимфни съдове
мускули
синовиална мембрана
сухожилие (сухожилно влагалище)
Не включва: хрущял на:
• става (C40—C41)
• ларинкс (C32.3)
• нос (C30.0)
съединителна тъкан на млечната жлеза (C50.—)
сарком на Kaposi (C46.—)
мезотелиом (C45.—)
периферни нерви и вегетативна нервна истема (C47.—)
перитонеум (C48.—)
ретроперитонеум (C48.0)

C49.1 Съединителна и меки тъкани на горен крайник, включително областта на раменния пояс
C49.2 Съединителна и меки тъкани на долен крайник, включително тазобедрената област
C49.5 Съединителна и меки тъкани на таза
Ингвинална област
Седалище
Перинеум
C49.6 Съединителна и меки тъкани на тялото, с неуточнена локализация
Гръб БДУ
C49.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на съединителната и меките тъкани
Злокачествено новообразувание на съединителната и меките тъкани, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C47—C49.6

Злокачествено новообразувание на млечната жлеза

Включва: съединителна тъкан на млечната жлеза
Не включва: кожа на млечната жлеза (C43.5—C44.5)
C50.0 Мамила и ареола
C50.1 Централна част на млечната жлеза
C50.2 Горен вътрешен квадрант на млечната жлеза
C50.3 Долен вътрешен квадрант на млечната жлеза
C50.4 Горен външен квадрант на млечната жлеза

C50.5 Долен външен квадрант на млечната жлеза
C50.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на млечната жлеза

Злокачествено новообразувание на вулвата
C51.0 Голяма срамна устна (лабия)
Бартолинова жлеза
C51.1 Малка срамна устна
C51.2 Клитор
C51.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на вулвата
C52 Злокачествено новообразувание на влагалището (вагина)

Злокачествено новообразувание на пениса
C60.0 Препуциум
Крайна плът
C60.1 Гланс пенис
C60.2 Тяло на пениса
Корпус кавернозум
C60.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на пениса

Злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на пикочните органи
Не включва: пикочо-полов тракт БДУ:
• женски (C57.9)
•мъжки (C63.9)
C68.0 Уретра
Не включва: уретрален отвор на пикочния мехур (C67.5)
C68.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на пикочните органи
Злокачествено новообразувание на пикочните органи, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C64—C68.1

Злокачествено новообразувание на окото и неговите придатъци
Не включва: съединителна тъкан на клепачите (C49.0)
кожа на клепачите (C43.1, C44.1)
зрителен нерв (C72.3)
C69.0 Конюнктива
C69.1 Роговица
C69.5 Слъзна жлеза и канали
Слъзна торбичка
Слъзноносов канал
C69.6 Орбита
Съединителна тъкан на орбитата
Екстраокуларен мускул
Периферни нерви на орбитата
Ретробулбарна тъкан
Ретроокуларна тъкан
Не включва: орбитална кост (C41.0)
C69.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на окото и неговите придатъци

C73 Злокачествено новообразувание на щитовидната жлеза

Злокачествено новообразувание с други и неточно определени локализации
Не включва: злокачествено новообразувание на (с):
• урогениталния тракт БДУ:
• при жените (C57.9)
• при мъжете(C63.9)
• лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани (C81—C96)
• неуточнена локализация (C80)

C76.0 Глава, лице и шия
Буза БДУ
Нос БДУ

C76.1 Гръден кош
Подмишница БДУ
Вътрегръдни новообразувания БДУ
Гръден кош БДУ
C76.3 Таз
Ингвинална област БДУ
Локализации, обхващащи няколко тазови органа, като:
• ректовагинална (преграда)
• ректовезикална (преграда)
C76.4 Горен крайник
C76.5 Долен крайник
C76.7 Други неточно определени локализации
C76.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на други и неточно определени локализации

Вторично и неуточнено злокачествено новообразуване на лимфните възли

Не включва: злокачествено новообразуване на лимфните възли, уточнено като първично (C81—C88, C96.—)

C77.0 Лимфни възли на глава, лице и шия
Надключечни лимфни възли
C77.3 Лимфни възли на подмишницата и горния крайник
Пекторални лимфни възли
C77.4 Лимфни възли на ингвиналната област и долния крайник
C77.8 Лимфни възли с множествени локализации

Вторично злокачествено новообразуване на дихателната и храносмилателната системи

C78.3 Вторично злокачествено новообразуване на други и неуточнени дихателни органи
C78.5 Вторично злокачествено новообразуване на дебелото черво и ректума
C78.6 Вторично злокачествено новообразуване на ретроперитонеума и перитонеума
Злокачествен асцит БДУ
C78.8 Вторично злокачествено новообразуване на други и неуточнени храносмилателни органи

Вторично злокачествено новообразуване с други локализации

C79.0 Вторично злокачествено новообразуване на бъбрека и бъбречното легенче
C79.1 Вторично злокачествено новообразуване на пикочния мехур, други и неуточнени пикочни органи
C79.2 Вторично злокачествено новообразуване на кожата
C79.3 Вторично злокачествено новообразуване на главния мозък и мозъчните обвивки
C79.4 Вторично злокачествено новообразуване на други и неуточнени части на нервната система
C79.5 Вторично злокачествено новообразуване на кости и костен мозък
C79.8 Вторично злокачествено новообразуване с други уточнени локализации
C80 Злокачествено новообразуване с неуточнена локализация
Рак
Карцином
Карциноматоза
Генерализиран:
• рак
• злокачествен тумор
Злокачествен тумор
Множествен рак
Злокачествена кахексия
с неуточнена локализация (първична) (вторична)
Първичната локализация е неизвестна

Болест на Hodgkin

Включва: морфологични кодове M965—M966 с код за характера на новообразуването /3

C81.0 Лимфоцитно преобладаване
Лимфоцитно-хистиоцитно преобладаване
C81.1 Нодуларна склероза
C81.2 Смесен целуларитет
C81.3 Лимфоцитно изчерпване

C81.7 Друга болест на Hodgkin
C81.9 Болест на Hodgkin, неуточнена

Фоликуларен [нодуларен] нехочкинов лимфом

Включва: фоликуларен нехочкинов лимфом със или без дифузни области
морфологичен код M969 с код за характера на новообразуването /3

C82.0 Дребноклетъчен с назъбени ядра, фоликуларен
C82.1 Смесен, дребноклетъчен с назъбени ядра и едроклетъчен, фоликуларен
C82.2 Едроклетъчен, фоликуларен
C82.7 Други видове на фоликуларен нехочкинов лимфом
C82.9 Фоликуларен нехочкинов лимфом, неуточнен
Нодуларен нехочкинов лимфом БДУ

Дифузен нехочкинов лимфом

Включва: морфологични кодове M9593, M9595, M967—M968 с код за характера на новообразуването /3

C83.0 Дребноклетъчен (дифузен)
C83.1 Дребноклетъчен с назъбени ядра (дифузен)
C83.2 Смесен, дребноклетъчен и едроклетъчен (дифузен)
C83.3 Едроклетъчен (дифузен)
Ретикулосарком
C83.4 Имунобластен (дифузен)
C83.5 Лимфобластен (дифузен)
C83.6 Недиференциран (дифузен)
C83.7 Тумор на Burkitt
C83.8 Други видове дифузен нехочкинов лимфом
C83.9 Дифузен нехочкинов лимфом, неуточнен

Периферни и кожни Т-клетъчни лимфоми

Включва: морфологичен код M970 с код за характера на новообразуването /3

C84.0 Mycosis fungoides
C84.1 Болест на Sezary
C84.2 Т-зонов лимфом
C84.3 Лимфоепителоиден лимфом
Лимфом на Lennert
C84.4 Периферен Т-клетъчен лимфом
C84.5 Други и неуточнени Т-клетъчни лимфоми
Забележка: Ако Т-клетъчният произход или включване се споменава във връзка със специфичен лимфом, следва да се кодира по-специфичното описание.

Други и неуточнени типове на нехочкинов лимфом

Включва: морфологични кодове M9590—M9592, M9594, M971 с код за характера на новообразуването /3

C85.0 Лимфосарком
C85.1 В-клетъчен лимфом, неуточнен
Забележка: Ако В-клетъчният произход или включване се споменава във връзка със специфичен лимфом, следва да се кодира по-специфичното описание.
C85.7 Други уточнени типове на нехочкинов лимфом
Злокачествен:
• ретикулоендотелиоза
• ретикулоза
Микроглиом
C85.9 Нехочкинов лимфом, неуточнен
Лимфом БДУ
Злокачествен лимфом БДУ
Нехочкинов лимфом БДУ

Множествен миелом и злокачествени плазмоклетъчни новообразувания

Включва: морфологични кодове M973, M9830 с код за характера на новообразуването /3

C90.0 Множествен миелом
Болест на Kahler
Миеломатоза
Не включва: солитарен миелом (C90.2)
C90.1 Плазмоклетъчна левкемия

C90.2 Плазмоцитом, екстрамедуларен
Злокачествен плазмоклетъчен тумор БДУ
Плазмоцитом БДУ
Солитарен миелом

Лимфоидна левкемия
Включва: морфологични кодове M982, M9940—M9941 с код за характера на новообразуването /3
C91.1 Хронична лимфоцитна левкемия
C91.7 Друга лимфоидна левкемия
C91.9 Лимфоидна левкемия, неуточнена

Миелоидна левкемия
Включва: левкемия:
• гранулоцитна
• миелогенна
морфологични кодове M986—M988, M9930 с код за характера на новообразуването /3
C92.1 Хронична миелоидна левкемия
C92.3 Миелоиден сарком
Хлором
Гранулоцитен сарком
C92.7 Друга миелоидна левкемия
C92.9 Миелоидна левкемия, неуточнена

Моноцитна левкемия
Включва: моноцитоидна левкемия
морфологичен код M989 с код за характера на новообразуването /3
C93.1 Хронична моноцитна левкемия
C93.9 Моноцитна левкемия, неуточнена

Други левкемии с уточнен клетъчен вид
Включва: морфологични кодове M984, M9850, M9900, M9910, M9931—M9932 с код за характера на новообразуването /3
Не включва: левкемична ретикулоендотелиоза (C91.4)
плазмоклетъчна левкемия (C90.1)
C94.0 Остра еритремия и еритролевкемия
Остра еритремична миелоза
Болест на Di Guglielmo
C94.1 Хронична еритремия
Болест на Heilmeyer-Schqner

C94.7 Друга уточнена левкемия
Левкемия с лимфосаркомни клетки

C95.1 Хронична левкемия с неуточнен клетъчен тип
C95.9 Левкемия, неуточнена

Други и неуточнени злокачествени новообразувания на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани
Включва: морфологични кодове M972, M974 с код за характера на новообразуването /3
C96.1 Злокачествена хистиоцитоза
Хистиоцитна медуларна ретикулоза
C96.3 Истински хистиоцитен лимфом
C96.7 Други уточнени злокачествени новообразувания на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани

Хемангиом и лимфангиом с каквато и да е локализация
Включва: морфологични кодове M912—M917 с код за характера на новообразуването /0
Не включва: син или пигментен невус (D22.—)
D18.0 Хемангиом с каквато и да е локализация
Ангиом БДУ
D18.1 Лимфангиом с каквато и да е локализация

Доброкачествено новообразуване с други и неуточнени локализации

D36.0 Лимфни възли
D36.1 Периферни нерви и вегетативна нервна система
Не включва: периферни нерви на орбитата (D31.6)
D36.7 Други уточнени локализации
Нос БДУ

Тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм]

Не включва: хроничен тиреоидит с преходна тиреотоксикоза (E06.2)
неонатална тиреотоксикоза (P72.1)
E05.3 Тиреотоксикоза от ектопична тиреоидна тъкан – малигнен екзофталм

Други болести на конюнктивата

Не включва: кератоконюнктивит (H16.2)
H11.0 Птеригиум
Не включва: псевдоптеригиум (H11.8)

Глаукома

Не включва: абсолютна глаукома (H44.5)
вродена глаукома (Q15.0)
травматична глаукома при родова травма (P15.3)
H40.3 Вторична глаукома, посттравматична
H40.4 Вторична глаукома, дължаща се на възпалително заболяване на окото
H40.5 Вторична глаукома, дължаща се на други болести на окото
H40.6 Вторична глаукома, предизвикана от лекарствени средства

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, некласифицирани другаде

Не включва: гастройеюнална язва (K28.—)
радиационен:
• колит (K52.0)
• гастроентерит (K52.0)
• проктит (K62.7)
K91.0 Повръщане след хирургична намеса върху стомашночревния тракт

Абсцес на кожата, фурункул и карбункул

Включва: фурункул
фурункулоза
Не включва: анална и генитална локализация (K61.—)
полови органи (външни):
• женски (N76.4)
• мъжки (N48.2, N49.—)
L02.0 Абсцес на кожата, карбункул и фурункул на лицето
Не включва: външно ухо (H60.0)
клепач (H00.0)
глава [всяка част без лицето] (L02.8)
слъзни:
• жлези (H04.0)
• канали (H04.3)
уста (K12.2)
нос (J34.0)
орбита (H05.0)
субмандибуларна област (K12.2)
L02.1 Абсцес на кожата, фурункул и карбункул на шията
L02.2 Абсцес на кожата, фурункул и карбункул на торса
Коремна стена
Гръб [всяка част без глутеалната област]
Гръдна стена
Ингвинална област
Перинеум
Пъп

Не включва: млечна жлеза (N61)
тазова област (L02.4)
омфалит на новородено (P38)

L02.3 Абсцес на кожата, фурункул и карбункул на глутеалната област
Глутеална област
Не включва: пилонидална киста с абсцес (L05.0)
L02.4 Абсцес на кожата, фурункул и карбункул на крайниците
Аксила
Бедро
Раменен пояс
L02.8 Абсцес на кожата, фурункул и карбункул с други локализации
Глава [всяка област без лицето]
Окосмена част на главата

Други фоликуларни увреждания
L73.2 Гноен хидраденит

Хипертрофични увреждания на кожата
L91.0 Келоиден цикатрикс
Хипертрофичен цикатрикс
Келоид
Не включва: акне келоид (L73.0)
цикатрикс БДУ (L90.5)
L91.8 Други хипертрофични увреждания на кожата

Полиартроза
Включва: артроза на повече от една става
Не включва: двустранно засягане на една и съща става (M16—M19)
M15.0 Първична генерализирана (остео)артроза
M15.3 Вторична множествена артроза
Посттравматична полиартроза
M15.8 Друга полиартроза

Ентезопатия на гръбначния стълб
Увреждане в инсерциите на лигаментите или мускулите на гръбначния стълб
M46.01 Окципито-атланто-аксисен отдел
M46.02 Шийна област
M46.04 Гръден отдел
M46.06 Поясен отдел
M46.08 Кръстен и кръстноопашен отдел

Остеомиелит на гръбначния стълб
M46.21 Окципито-атланто-аксисен отдел
M46.22 Шийна област
M46.24 Гръден отдел
M46.26 Поясен отдел
M46.27 Пояснокръстен отдел
M46.28 Кръстен и кръстноопашен отдел

Фиброматоза на палмарната апоневроза [Dupuytren]

M72.04	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости

Хроничен остеомиелит с фистула

M86.41	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M86.42	Мишница	раменна кост		лакътна става
M86.43	Предмишница	лакътна кост лъчева кост		гривнена става
M86.44	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги		ставите между всички тези кости
M86.45	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз		тазобедрена става сакроилиачна става

M86.46	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става
M86.47	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M86.48	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

Други хронични остеомиелити

M86.61	Раменна област	ключица лопатка	акромиоклавикуларна скапулохумерална стерноклавикуларна	стави
M86.62	Мишница	раменна кост	лакътна става	
M86.63	Предмишница	лакътна кост лъчева кост	гривнена става	
M86.64	Китка	карпални кости метакарпални кости фаланги	ставите между всички тези кости	
M86.65	Тазова област и бедро	сакрум бедрена кост таз	тазобедрена става сакроилиачна става	
M86.66	Колянна област	голям пищял[тибиа] малък пищял[фибула]	колянна става	
M86.67	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото	
M86.68	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло		

За кодове на заболяване от C50.0 до C50.8 лъчелечение може да се проведе само по палиативна програма, отразено в ИЗ.

2.3.КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ
Повърхностна лъчетерапия
15000-00 Нискоенергийно рентгеново лъчелечение с 1 поле 15003-00 Нискоенергийно рентгеново лъчелечение, 2 и повече полета
Ортоволтова лъчетерапия
15100-00 Средноенергийно рентгеново лъчелечение с 1 поле 15103-00 Средноенергийно рентгеново лъчелечение, 2 и повече полета
Прилагане терапевтична доза незапечатан радиоизотоп
16009-00 Прилагане на лечебна доза 131-йод
Приложение на фармакотерапия 96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Електролит

96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96200-00	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96203-00	Перорално прилагане на фармакологичен агент
1908 Други терапевтични интервенции	
93977-00	Терапия с колоностимулиращи фактори на бялата и червена кръвни редици

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е приложена и отчетена една основна терапевтична процедура:15000-00 или 15003-00, или 15100-00, или 15103-00, или 16009-00 от таблицата с основни терапевтични процедури.

Терапевтичнита процедури 96199-08, 96199-02, 96199-03, 96197-03, 96199-00, 9619700, 96200-00, 96201-00, 96199-09, 93977-00 и 96203-00 **не могат да се отчитат самостоятелно.**

Приложението на колонистимулиращи фактори (вкл. еритропоетин) се отчита с код на процедура 93977-00.

При едновременно лъче- и химиолечение е задължителен и втори код – 96199-08 или 96199-02, или 96199-03, или 96197-03, или 96199-00, или 96197-00, или 96200-00, или 96201-00, или 96199-09, или 93977-00, или 96203-00.

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно** лечение (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за пакети:

„Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“ чрез прилагането на амбулаторни процедури "Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания", "Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания","Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия", "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания" и клинични пътеки "Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения", "Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявяния", "Брахитерапия с ниски активности", "Конвенционална телегаматерапия", "Триизмерна конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници", "Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания", "Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания", "Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания", "Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности" и "Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания".

„Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Диагностични процедури за стадиране и оценка на

терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“ „Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст“, „Брахитерапия с ниски активности“, „Конвенционална телегаматерапия“, „Триизмерна конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници“, „Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“, „Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“, „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“, „Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности“и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Договор за КП № 246 „Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности“ **от пакети за комплексно лечение** на „Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“ и „Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ **могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по тези пакети.**

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, **провеждат лечение** на болни с установени онкологични и онкохематологични заболявания само **след заключение на клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология по амбулаторна процедура №5, с изключение на случаите по спешност.** Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр №5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр №5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

Лъчелечение и едновременно лъчехимиолечение по клиничната пътека се предприема **след решение на Обща онкологична комисия**, копие от което се прилага в ИЗ на пациента, след отчитане на АПр №5.

Решенията на общата клинична онкологична комисия са задължителни. Специфичното лечение на пациент със злокачествени солидни тумори не започва, ако той не е обсъден на обща клинична онкологична комисия (общоболничен онкологичен комитет) и не е определена цялостната комплексна лечебна тактика.

Приложението на лекарствени продукти за лечение на онкологични пациенти при едновременно лъче-химиолечение се предприема след Решение на Клинична онкологична комисия по химиотерапия (КОКХ), която се сформира, съгласно медицински стандарт „Медицинска онкология“.Решенията са задължителни за лечебното заведение, изпълняващо едновременното лъчехимиолечение и промяна на лекарствената терапия може да се извърши само след ново решение на КОКХ.

Решението на клиничната онкологична комисия по химиотерапия за всеки случай задължително включва:

а) окончателна диагноза, стадий на болестта, прогностична група (в зависимост от конкретната неоплазма), общо състояние (преценено като пърформанс статус по ECOG), прогностични и предиктивни маркери (серумни, имунохистохимични и генетични), придружаващи болести;

б) лечебна тактика: вид на противотуморната терапия (неоадювантна, адювантна, първа и последваща линия, поддържаща), химиотерапевтични схеми (режими) с посочване на всеки медикамент, брой курсове.

Решението на клиничната онкологична комисия по химиотерапия при пациенти, при които се налага промяна на лечебната тактика, включва становище за:

а) оценката на терапевтичния отговор;

б) промяна в лечебната тактика при показания;

в) спиране на лечението при показания;

г) насочване за палиативна терапия при показания.

Решенията на клиничната онкологична комисия по химиотерапия/клинична комисия по хематология са съобразени с Фармакотерапевтичното ръководство по медицинска онкология, Фармакотерапевтичното ръководство по клинична хематология, Фармакотерапевтичното ръководство по детска клинична хематология и онкология, приети на заседание на НСЦРЛП и публикувани на електронната страница на НСЦРЛП, и в съответствие с Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ) и НАРЕДБА № 4 от 4.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

Лекарствените продукти за системно лечение на злокачествени заболявания се приготвят в аптеката на съответното лечебно заведение във вид за директно приложение на пациента съгласно чл. 37а, ал. 1 и 2 от Наредба № 28 от 2008 г и правилата за добра фармацевтична практика в онкологията.

Лекарствените продукти се назначават в съответните мерни единици

Лекарствените продукти, които НЗОК заплаща отделно от цената на КП, се предписват от комисиите по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

В протоколите от решенията на комисиите се вписват задължително всички реквизити от приложение № 8бза медицинска онкология или от приложение № 8в за клинична хематология от чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

Информация за решенията се подава в електронен формат в НЗОК при започване/промяна на терапията по КП/АПр.

Приготвянето на разтвори на лекарствени продукти за приложение на пациентите се извършва ръчно, съгласно всички изисквания за стерилност, безапасност, точно дозиране, системи за контрол и валидиране или чрез използване на полуавтоматизирани или автоматизирани системи.

Приготвянето на разтворите се извършва задължително в болничните аптеки, което подлежи на контрол от страна на НЗОК.

Разтварянето и прехвърлянето на цитотоксични лекарства, моноклонални антитела и други лекарствени продукти се осъществява по утвърден „Списък на лекарствени продукти“, чрез **затворени системи**, влизащи в цената на КП.

Организацията на работата в болничната аптека, която отпуска онкологичните препарати, отговаря на изискванията на Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.“

Предписването и прилагането на медикаментите, заедно с лъчелечение, който е основен лечебен метод, се извършва от лъчетерапевти.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в **клиника/отделение "Лъчелечение"**, осъществявана най-малко на **второ С ниво** на компетентност, съгласно медицински стандарт "Лъчеление", **структура по "Нуклеарна медицина",** осъществявана най-малко на **второ ниво** на компетентност, съгласно медицински стандарт "Нуклеарна медицина"- само за метаболитна брахитерапия на карцином на щитовидната жлеза.

4.а.ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по лъчелечение - за перкутанно лъчелечение и/или стационар - "Активен блок" - за метаболитна брахитерапия и/или Структура по нуклеарна медицина – клиника/отделение/лаборатория със стационар - "Активен блок" - само за метаболитна брахитерапия при карцином на щитовидна жлеза
2. Отделение по образна диагностика
3. Клинична лаборатория

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ

Лъчелечение по клиничната пътека се предприема след „Решение на Онкологичен комитет за лечение на злокачествени заболявания, копие от което се прилага в ИЗ на пациента. За неонкологични заболявания това изискване отпада.

4.6.НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

За лъчелечение:

- един лекар със специалност по лъчелечение/медицинска радиология;
- един лекар със специалност по образна диагностика;
- един лекар със специалност по клинична лаборатория.

За метаболитна брахитерапия на злокачествени заболявания:

- един лекар със специалност по лъчелечение или медицинска радиология и/или
- един лекар със специалност нуклеарна медицина – само за лечение на карцином на щитовидна жлеза;
- един лекар със специалност по образна диагностика;
- един лекар със специалност по клинична лаборатория.

За дозиметрично планиране:

- един физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика

За радиационна защита на персонала и пациента:

- един физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика /физика

Правоспособност за специфична работа в йонизираща среда се налага за всички, извършващи метаболитна брахитерапия, която се придобива след специален изпит.

При провеждане на едновременно лъче-химиолечение лекарите лъчетерапевти спазват решенията на клиничната онкологична комисии по химиотерапия/ клиничната комисия по хематология. В тези случаи лекарствените продукти за химиотерапия се предписват от лекар със специалност „лъчелечение" или онколог/хематолог/детски онко-хематолог, въз основа на решението на съответната клинична онкологична комисии по химиотерапия/ клинична комисия по хематология.

Правоспособност за специфична работа в йонизираща среда се налага за всички, извършващи лъчелечение, която се придобива след специален изпит.

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Провеждане на ортоволтно перкутанно лъчелечение и метаболитна брахитерапия с високи активности при лечение на пациенти със:

1.1 злокачествени новообразувания като част от терапевтичната стратегия;

1.2 дегенеративни заболявания на костно-ставния апарат, неповлияни от медикаментозно и физиотерапевтично лечение, при изразен болков синдром и ограничения в движението;

1.3 възпалителни заболявания на очния апарат - неповлияни от стандартно лечение;

1.4 възпалителни заболявания на кожата и кожните придатъци - неповлияни от стандартно лечение;

1.5 глаукома;

1.6 анастомозит.

2. Допълнителни болнични грижи и изследвания след приемане на радиоактивен йод в активния блок до спадане на приетата активност до допустими стойности.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б.ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Изпълнението на КП се удостоверява чрез ИЗ и индивидуален терапевтичен документ за лъчелечение

2.1 Диагностично-лечебен алгоритъм за провеждане на перкутанно лъчелечение с ниско- и средноенергийно рентгеново лъчение:

Перкутанно киловолтно лъчелечение с ниско и средноенергийно рентгеново лъчение се прилага като:

2.1.1 Дефинитивно лъчелечение.

При злокачествени новообразувания на устните, кожата и кожните аднекси и малигнени лимфоми и вторични злокачествени новообразувания се цели постигане на пълен локален контрол чрез дефинитивно лъчелечение; Противовъзпалително лъчелечение с ниски енергии се прилага при хронични възпалителни заболявания на кожата и кожните придатъци, неповлияни от интензивно антибиотично лечение, хипетрофични заболявания на съединителната тъкан на ставите, окото, пениса, някои доброкачествени и гранично малигнени тумори. При нискоенергийно рентгеново лъчение се прилагат 10-16 x 5 Gy /10 Gy седмично при лъчелечение на кожните малигноми.

2.1.2 Следоперативно лъчелечение при повърхностно разположени злокачествени новообразувания и някои нетуморни заболявания.

В следоперативен план перкутанното лъчелечение цели ликвидиране на субклиничното и макроскопско разпространение на заболяването извън зоната на хирургичната резекция. Прилага се за повишаване на локо-регионалния туморен контрол и преживяемостта при злокачествени новообразувания на големите слюнчени жлези, венците, бузите, ануса при злокачествени новообразувания на костта и ставния хрущял, на съединителната и другите меки тъкани; при меланом, при епителни неоплазми на вагината и вулвата, при злокачествено новообразувание на пениса и другите мъжки полови органи.

Дози: Прилагат се различни дози и режими на фракциониране. Конвенционалното лъчелечение се извършва 20-30 дни x 2Gy - по схема 5 пъти в седмицата без събота и неделя за възстановяване на нормалните тъкани.

При нетуморните заболявания се цели противовъзпалителен и аналгетичен ефект като се прилагат ниски дози от 0.5 -1 Gy до 5-10 Gy R обща доза, обикновено 3 пъти седмично.

2.1.3 Палиативно лъчелечение

Палиативно лъчелечение има за цел облекчаване или предотвратяване на симптомите и усложненията от прогресията на туморното заболяване при минимално въздействие върху околните органи и тъкани чрез реализиране на по-ниски общи дози. За палиативно ЛЛ при метастазирало заболяване се използват схеми 10 X 3 Gy, 5 x 4 Gy или 2 x 8 Gy с еднаква ефективност.

Перкутанното лъчелечение се извършва в няколко етапа:

- клинико-биологично планиране - определят се клиничният мишенен обем (КМО) и планираният мишенен обем (КМО + осигурителна зона), лечебната доза, фракционирането и допустимите дози в критичните органи;

- анатомо-топографско планиране - съставяне на анатомо-топографски план и нанасяне на входните точки на централните лъчи върху кожата на болния за точна възпроизводимост на лъчелечебните сеанси;

- дозиметрично планиране се извършва ръчно на базата на таблици, изготвени при дозирането и периодичното калибриране на апаратите;

контрол на лъчелечебния план - осъществява се скопично или с рентгенови снимки.

2.2. Диагностично-лечебен алгоритъм за провеждане на метаболитна брахитерапия с радиоактивен йод-131 при карцином на щитовидната жлеза.

При процедури 92.28 е задължително хоспитализиране в стационар /активен блок/

При прилагането на **метаболитна брахитерапия с радиоактивен ^{131}I** се цели*:*

- Аблация на тиреоиден остатък след тотална тиреоидектомия при карцином на щитовидната жлеза –ликвидиране на видимо нормалния тиреоиден остатък след тиреоидектомия, както и вероятните субклинични прояви на тумора в тиреоидното ложе и кръвното русло;
- Лечение на рецидиви и метастази от карцином на щитовидната жлеза (фоликуларен, папиларен, Хъртъл сел карцином), които натрупват ^{131}I.

Процедура (начин на приложение)

^{131}I - натриев йодид се приема per os в течна форма или в капсула на гладно. Пациентите се хоспитализират задължително и се настаняват в стационар – изолационна стая (активен блок) със самостоятелен санитарен възел за 4-7 дни. Първите 24-48 часа пациентите трябва да приемат по-големи количества течности, да дъвчат дъвка, да ядат цитрусови плодове с цел увеличаване на слюноотделянето. По време на престоя в "активен блок" се налага 24 часово наблюдение при строго спазване на правилата за лъчезащита от медицинския персонал.

Прилага се от 1100 до 4400 MBq еднократна активност. Няма ограничение за общата активност.

Лечението се извършва в няколко фази:

Клинично-биологично планиране. Определя индикациите за лечение в зависимост от вида и стадия на заболяването, определни чрез клинични, лабораторни, инструментални и радионуклидни изследвания.

Дозиметрично планиране: уточняване на необходимата за постигане на терапевтичната доза активност и обема радионуклид, което я осъществява

Провеждане на лечението: инстилиране, перорално приемане, или инжектиране на необходимата за постигането на терапевтичната доза активност, при осигуряване на необходимите мерки за радиационна защита на персонала и пациента.

Контрол за състоянието на пациента и възможни радиобиологични реакции.

Издаване на документ за мощността на еквивалентната доза на 1 м. разстояние, определяща наличната в пациента активност при дехоспитализация.

Наблюдение на болните:

- ежеседмичен контрол на общото състояние и общата поносимост на лъчелечението;
- оплаквания, свързани с радиобиологичните реакции на тумора и здравите тъкани;
- контрол на кръвната картина, микробиологичен контрол на радиобиологични реакции и включване на обща и локална медикаментозна терапия;
- по индикации при завършване на лечението с ^{131}I се прави контролна целотелесна сцинтиграфия за регистриране разпределението на активността в тялото на пациента.

6.ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

За лъчелечение болните винаги постъпват с поставена диагноза – за първичния тумор или неговите метастази.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за общото състояние (клинично и биохимично) и едно от следните условия:

1. завършване на планирания лъчелечебен курс;
2. невъзможност да се продължи лечението поради изява на далечна метастаза или персистенция в хода на радикалното лечение; тежки остри лъчеви реакции, непозволяващи да се продължи лъчелечението; възникване на придружаващо заболяване, което налага лечение по витални индикации и прекъсване на лъчелечението.

Текстът „Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства, необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия, бифосфонатите и другите лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, са включени в пакета дейности по системно лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в условията на болнична медицинска помощ.” – позволява по тази КП да бъдат отчитани ЛП при едновременно лъче-химиолечение.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

Дейностите, свързани с лъчелечение, се вписват в документ „Лист за перкутанно лъчелечение“.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

КАК ДЕЙСТВА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО?

Йонизиращите лъчи проникват в тъканите и при всеки сеанс ликвидират част от заболелите клетки. В това отношение лъчелечението много прилича на безкръвна операция, ежедневно се стопяват определен брой клетки. Здравите тъкани също реагират на облъчването, както кървенето след операция и оставянето на белег. Облъчването преди операция намалява заболяването и създава условия за по – успешна и/или по-малка по обем операция. В някои случаи то способства за запазване на целия орган, което би било невъзможно без лъчелечение.

Принципът на лъчевото лечение се базира от една страна върху по-голямата уязвимост на болните клетки, а от друга - на по-високата способност на здравите тъкани да се възстановяват в периода между всяко облъчване. Така се обяснява защо лечебната доза не се прилага наведнъж, а трябва да се разпредели в няколко седмици - един път на ден, пет пъти седмично, с почивка в събота и неделя. Понякога се налага по-различно разпределение на дозата, което зависи от вида на заболяването.

КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВА ЛЕЧЕНИЕТО С ЙОНИЗИРАЩИ ЛЪЧЕНИЯ?

Перкутанно лъчелечение означава облъчване през кожата. То се извършва с помощта на специално конструирани апарати. Това е основен метод за лечение на онкологичните заболявания, известен под много наименования, получили гражданственост: дълбока рентгенова терапия, нагревки. Лечението не е свързано с болка. То не се вижда, не се усеща и много прилича на правенето на рентгенова снимка.

Как се осъществява облъчването?

Пациентът се поставя да легне върху масата, където трябва да стои неподвижно по време на сеанса, тъй като лечебните лъчи са насочени много прецизно към болната част от тялото му. Болният остава сам в процедурната зала от една до десет минути, колкото трае един сеанс. Лечението се извършва чрез един или няколко ежедневни сеанса.

Надежден метод ли е лъчелечението?

Съвременните апарати за перкутанно облъчване осигуряват голяма прецизност, точност и акуратност при извършване на лечението с йонизиращи лъчения. Пациентите и персоналът са защитени от излишно облъчване. Пациентът не е опасен за своите близки, не е източник на лъчение. Той може спокойно да контактува с децата и близките си.

ПРЕЗ КАКВИ ЕТАПИ ПРЕМИНАВА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО?

Перкутанното лъчелечение се провежда по специален план. Определят се точно мястото на облъчването, положението на тялото при лечебния сеанс и най-добрият начин да се облъчи

болното място, при което максимално да се щадят здравите тъкани. Областта на лъчелечението се начертава върху кожата и това изисква съхраняване на знаците. Макар и неприятно, то осигурява надеждна повторяемост на всеки сеанс. Лекарят и физикът решават как точно да се проведе лечението, каква обща доза да се приложи и на колко облъчвания тя да бъде разпределена. Поставят се окончателни знаци върху кожата. Пациентът се въвежда в процедурната зала и първото облъчване (първият сеанс) започва.

Болният е под ежедневно наблюдение от медицинския екип, грижещ се за неговото здраве. Първоначално и периодично лечението и състоянието му се разглеждат и обсъждат от разширен лекарски екип. Рентгеновият лаборант, извършващ лъчелечението, ежедневно проследява състоянието на пациента. Лекуващият лекар наблюдава възникналите лъчеви реакции, грижи се за тяхната профилактика и лечение. Той препоръчва специален режим на хранене и евентуална почивка по време на лъчелечението.

Оплакванията са твърде индивидуални и са в зависимост от разположението и големината на облъчваната област. Рядко може да се наблюдават: нарушения на съня, подтискане или загуба на апетита, неспокойствие, гняв, апатия, чувство за вина и дори мисъл за отказ от лечение. Повечето реакции са временни като се развиват по време на облъчването и понякога могат да продължат 1 до 3 месеца след лъчелечението.

Облъчването на различните области на тялото при злокачествени заболявания е съпътствувано с различни реакции.

Тъй като лечението се провежда през кожата, при всички пациенти могат да се наблюдават кожни реакции. Кожата в полето на облъчването става чувствителна, може да се зачерви, по-късно да пигментира при излагане на слънце, да се появи сърбеж, излющване, временно потъмняване (пигментация). За облекчаване на тези нормални реакции се препоръчва широко, памучно, не стягащо бельо, пудрене на облъчваната кожа с детска или специална пудра, подсушаване на кожата преди облъчването, тъй като влажността засилва реакциите.

Може да се наблюдават: временно разреждане и/или опадане на окосмяването в облъчваната област; зачервяване, дразнене, сърбеж, лющене или разязвяване на кожата; дразнене, парене, болка и поява на малки ранички на лигавицата.

При **перкутанно лечение на дегенеративни и възпалителни заболявания**, което продължава около една седмица, не се наблюдават никакви странични реакции, тъй като дозите на облъчване на ниски. Наблюдението върху 20000 болни за 50 години не доказаха предишните опасения за предизвикване на злокачествени тумори от приложената радиация.

ЛЕЧЕНИЕ С РАДИОАКТИВЕН ЙОД-131

Лечението с радиоактивен йод използува възможностите на радиоактивно вещество, което лекува, да се разпространи в организма подобно на нерадиоактивен елемент-, стабилен йод който влиза в метаболизма на човека и се натрупва в тумора на щитовидната жлеза или неговите метастази.

Лечебното радиоактивно вещество ЙОД-131- натриев йодид се приема през устата в течна форма или в капсула на гладно и се включва в обменните процеси на организма, като се натрупва избирателно в остатъците щитовидна тъкан или метастазите от нея. За тази цел е необходимо минимум 30 дни преди лечението да не са прилагани йод-съдържащи рентген-контрастни материи, да бъдат изключени седативни и сънотворни или съдържащи йод медикаменти, да се изключат йод-съдържащи храни и да се спре тиреоидната заместителна или тиреостатична терапия 20 дни преди лечението

Как се осъществява лечението?

Пациентите се настаняват задължително в стационар – изолационна стая (“активен блок”) със самостоятелен санитарен възел за период от 4 до 8 дни. Първите 24-48 часа пациентите трябва да приемат по-големи количества течности, да дъвчат дъвка, да ядат цитрусови плодове с цел увеличаване на слюноотделянето. По време на престоя в “активен блок” се налага 24 часово наблюдение при строго спазване на правилата за лъчезащита от медицинския персонал. След напускане на активния блок болният се измерва и се съветва за продължителността на ограничителния режим в къщи.

Надежден метод ли е метаболитната брахитерапия с радиоактивен йод?

Този метод на лъчелечение е най-ефективният в онкологичната практика. Радиоактивното вещество прицелно се натрупва само в органа, в който целим да лекуваме с минимално натрупване в здравите тъкани и органи.

Вашият основен метод на лечение е Лъчелечение. Към него понякога се налага включването на някои медикаменти по следните причини:

Световните резултати са показали, че при някои заболявания лъчелечението се извършва едновременно с по- ниски дози химиотерапия или друг вид противотуморно лечение в инжекции

или таблетки, които засилват неговия ефект. Това най-често се прилага при рака на матката, ректума, главата и шията, мозъка, стомаха, панкреаса, белия дроб и др.

По време на лъчелечението се наблюдават някои реакции като:
зачервяване, ранички в устата, трудно болезнено преглъщане, нарушение на храненето гадене, повръщане, което води до намаление на апетита, ослабване на тегло и затруднява лечението Ви.

За това са Ви необходими лекарства, които позволяват продължаване на лъчелечението, без вредното прекъсване, което намалява лечебния противотуморен ефект. За болката това са различни видове противоболкови лекарства във вид на таблетки, инжекции, лепенки и др.; за увеличение на хемоглобина, левкоцитите и др., които спадат по време на лечение исе прилагат т.н. растежни средства, а против гадене и повръщане – специални лекарства, които овладяват симптомите и Ви позволяват безпрепятствено да продължите лъчелечението

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ), КОЙТО ЖЕЛАЕ ДА НОЩУВА ИЗВЪН СТАЦИОНАРА

Поради голямата продължителност на лъчелечението широко разпространена световна и българска практика е, пациентите да се лекуват, без да нощуват в стационара. Това се отнася за всички пациенти провеждащи лъчелечение, при които няма медицински показания за денонощно наблюдение.

Информация за пациента, желаещ да провежда лъчелечение, без да нощува в стационара:

1. Нощуването извън стационара на клиника/отделение по лъчелечение е само по собствено желание на пациента. Никой не може да Ви оказва натиск, да вземете решение за това.
2. Няма разлика в процедурите, медикаментите и схемата на лечението при пациентите, които нощуват в и извън стационара.
3. Вие можете да нощувате извън стационара само със съгласието на Вашия лекуващ лекар.
4. Съгласието да нощувате извън стационара се отразява от Вашия лекуващ лекар в ИЗ. Съгласието за това се дава еднократно в началото на лечението и е възможно да се преоцени при промяна на състоянието на пациента.
5. Вие подписвате съответния формуляр, че желаете да се лекувате, без да нощувате в стационара и сте информиран за условията за това.
6. Пациента се задължава да спазва посочения час за провеждане на лъчелечение.
7. При необходимост от промяна е длъжен предварително да уведоми персонала на клиника/отделение по лъчелечение.
8. Пациентът е информиран, че има правото и задължението да уведомява своевременно персонала на клиниката/отделение по лъчелечение за всяка промяна на състоянието си по време на лечението.
9. За промяната в състоянието се съобщава при посещението на пациента за провеждане на лъчелечение или при нужда по телефона на дежурната сестра на клиниката/отделението по всяко време.
10. При поява на други оплаквания, свързани с основното или друго заболяване, пациентът има правото да се обърне за помощ, към лекуващото го здравно заведение.

КП № 247 БРАХИТЕРАПИЯ С НИСКИ АКТИВНОСТИ

1.Минимален болничен престой – 2 дни

2.КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

При метаболитна брахитерапия като основна диагноза се поставя код Z51.0, а като придружаващо заболяване - съответният код на заболяването

Други видове медицинска помощ
Не включва: последващо изследване след лечение (Z08—Z09)
Z51.0 Курс радиотерапия (поддържащ)

C56 Злокачествено новообразувание на яйчника

Вторично злокачествено новообразувание с други локализации
C79.5 Вторично злокачествено новообразувание на кости и костен мозък

C80 Злокачествено новообразувание с неуточнена локализация
Рак
Карцином
Карциноматоза
Генерализиран:
• рак
• злокачествен тумор
Злокачествен тумор
Множествен рак
Злокачествена кахексия
Първичната локализация е неизвестна

с неуточнена локализация (първична) (вторична)

Множествен миелом и злокачествени плазмоклетъчни новообразувания
Включва: морфологични кодове M973, M9830 с код за характера на новообразуването /3

C90.0 Множествен миелом
Болест на Kahler
Миеломатоза
Не включва: солитарен миелом (C90.2)
C90.2 Плазмоцитом, екстрамедуларен
Злокачествен плазмоклетъчен тумор БДУ
Плазмоцитом БДУ
Солитарен миелом

D45 Полицитемия вера
Морфологичен код M9950 с код за характера на новообразуването /1

Тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм]
Не включва: хроничен тиреоидит с преходна тиреотоксикоза (E06.2)
неонатална тиреотоксикоза (P72.1)
E05.0 Тиреотоксикоза с дифузна гуша
Екзофталмична или токсична гуша БДУ
Болест на Graves
Токсична дифузна гуша
E05.1 Тиреотоксикоза с токсичен единичен тиреоиден възел
Тиреотоксикоза с токсична едновъзлеста гуша
E05.2 Тиреотоксикоза с токсична полинодозна гуша
Токсична възлеста гуша БДУ

2.3.КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Прилагане терапевтична доза незапечатан радиоизотоп	
16012-00	Прилагане на лечебна активност 32 - фосфор
16009-00	Прилагане на лечебна активност 131 - йод
16003-00	Прилагане на лечебна активност 90-итрий
16018-00	Прилагане на лечебна активност 153 - самарий
16015-00	Прилагане на лечебна доза 89 – стронций
16016-00	Прилагане на лечебна доза 223 – радий
90960-00	Прилагане на лечебна активност с други открити радиоактивни източници домашни услуги за форми

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е приложена и отчетена една основна терапевтична процедура, посочена в таблицата с основни процедури.

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за пакети:

„Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“ чрез прилагането на амбулаторни процедури "Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания", "Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания","Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия", "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания" и клинични пътеки "Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения", "Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявяния", "Брахитерапия с ниски активности", "Конвенционална телегаматерапия", "Триизмерна конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници",

"Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания", "Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания", "Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания", "Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности" и "Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания".

„Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“ „Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст“, „Брахитерапия с ниски активности“, „Конвенционална телегаматерапия“, „Триизмерна конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници“, „Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“, „Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“, „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“, „Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности“и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Договор за КП № 247 „Брахитерапия с ниски активности“ от пакети за комплексно лечение на „Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“ и „Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ **могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по тези пакети.**

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, **провеждат лечение** на болни с установени онкологични и онкохематологични заболявания **само след заключение на клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология по амбулаторна процедура №5, с изключение на случаите по спешност.** Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр №5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр №5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

Лъчелечение по клиничната пътека се предприема **след Решение на Обща онкологична комисия**, копие от което се прилага в ИЗ на пациента.

4.УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в **клиника/отделение по Лъчелечение** най-малко на **II С ниво на компетентност**, съгласно медицински стандарт "Лъчелечение", **със стационар "Активен блок"** - за интерстициална и инракавитарна брахитерапия; от обхвата на медицинската специалност **„Нуклеарна медицина“**, осъществявана най-малко на **второ ниво** на компетентност съгласно медицински стандарт „Нуклеарна медицина“

4.а.ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по лъчелечение със стационар - “Активен блок” - за метаболитна брахитерапия или Структура по нуклеарна медицина – клиника/отделение със стационар - “Активен блок” - метаболитна брахитерапия или радиохимична лаборатория, ако се инжектират само чисти алфа- или бета-емитиращи радионуклиди
2. Отделение по образна диагностика
3. Клинична лаборатория

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ/МРТ

4.б.НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

За метаболитна брахитерапия:

- един лекар със специалност по лъчелечение или медицинска радиология или нуклеарна медицина;
- един лекар със специалност по образна диагностика;
- един лекар със специалност по клинична лаборатория.

За радиационна защита на персонала и пациента:

- един специалист физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика /физика.

Правоспособност за специфична работа в йонизираща среда се изисква за всички, извършващи метаболитна брахитерапия. Правоспособността се придобива след специален изпит.

5.а.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Прием и изготвяне на диагностично лечебен план

Метаболитна брахитерапия с ниски активности при пациенти със:

1. костни метастази с цел симптоматичен болкоуспокояващ ефект;
2. злокачествени новообразувания с неуточнена локализация;
3. множествен миелом;
4. солитарен плазмоцитом;
5. злокачествени плазмоклетъчни новообразувания - при резистентност към химиотерапия;
6. неонкологични заболявания.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б.ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Лечението се осъществява се чрез **орално или парентерално въвеждане на открити радиоактивни източници** (колоидни разтвори или суспензии на съдържащи ги соли радиофармацевтици).

Целотелесен костен скенер, демонстриращ мултиплени метастатични лезии е необходимо условие за лечение на костни метастази от известен или неизвестен първичен тумор. Прилага се при персистенция на болката, при липса на компресия на гръбначния мозък - опасност от неврологични усложнения, причинени от оток. При останалите заболявания метаболитната брахитерапия е алтернатива на лекарственото лечение и има индикации, базирани на доказателствената медицина.

АБСОЛЮТНИ КОНТРАИНДИКАЦИИ: Бременност и кърмене, деца, пациенти с данни за сериозен риск от костномозъчна супресия и при брой на левкоцитите под 2400 и тромбоцити под 100000, компресия на гръбначния мозък от метастази, пациенти, неповлияни от предишен прием на фосфор 32 или стронций 89.

Състоянието на болшинството болни позволява лечението да се извършва в условията на дневен стационар. По медицински индикации лъчелечението може да се извършва и при стационарни условия.

Метаболитна брахитерапия с открити радионуклиди се осъществява чрез орално или парентерално въвеждане на колоидни разтвори или суспензии на съдържащи ги соли, найчесто: йод-131, фосфор-32, стронций-89, самарий-153.

Клинично-биологично планиране. Определяне на индикациите за лечение в зависимост от вида и стадия на заболяването, определни чрез клинични, лабораторни, инструментални и радионуклидни изследвания.

Дозиметрично планиране: уточняване на необходимата за постигане на терапевтичната доза активност и обема радионуклид, което я осъществява.

Провеждане на лечението: инстилиране, перорално приемане, или инжектиране на необходимата за постигането на терапевтичната доза активност, при осигуряване на необходимите мерки за радиационна защита на персонала и пациента.

Контрол за състоянието на пациента и възможни радиобиологични реакции.

Измерване на активността, която се съдържа в тялото на пациента.

Издаване на документ за мощността на еквивалентната доза на 1 м. разстояние, определяща наличната в пациента активност при дехоспитализация.

Пациентите, които приемат лечебна доза "чисти алфа и бета източници", излъчват незначително количество радиоактивност, значително по-малко от това при пациентите, които приемат доза за диагностика и не се налага да бъдат изолирани в "активен блок".

Пациентите, които се лекуват с 131 Йод, който е и гама-лъчител, са с потенциална възможност да облъчат обслужващия ги персонал и своите близки. Радиофармацевтикът се отделя с урината, потта и

изпражненията и е необходимо да бъде задържан в специален за целта контейнер/канализация достатъчно време преди да бъдат изхвърлен в общата канализационна мрежа.

Личното и спално бельо също се съхраняват до разпадане на активността до приемливо според стандартите ниво.

6.ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

За лъчелечение болните винаги постъпват с поставена диагноза – за първичния тумор или неговите метастази.

7.ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на общото състояние (клинични и параклинични) и:

- при завършване на планирания лъчелечебен курс.

8.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

8.2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”*.

Дейностите, свързани с лъчелечение, се вписват в документ „Лист за перкутанно лъчелечение.

8.3.ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Лечението с радиофармацевтици използува възможностите на радиоактивно вещество, което лекува, да се разпространи в организма подобно на нерадиоактивен елемент, който влиза в метаболизма на човека и се натрупва на точно определени места.

При лечение с радиоактивен стронциий лекарството се инжектира бавно венозно за няколко минути, а при прилагане на радиоактивен фосфор се поема чрез устата. То попада в костите, тъй като в обмяната на веществата прилича на калция. Натрупва се предимно в променените от заболяването кости, като способствува за унищожаването на туморните клетки. Чрез бъбреците и жлъчката, той се излъчва интензивно в първите 10- 14 дни, като остава да действува лечебно в променените кости до 100 дни. Този срок зависи от обема на обхванатата от заболяването костна система.

Прекратете две седмици преди инжектирането използуването на калциеви препарати.

Има ли опасност за близките?

Тъй като лекарството е чист бета лъчител, с разпространение 3-4 мм в костите и 6-7 мм в тъканите, радиактивното лъчение изцяло се поглъща от тялото на пациента и извън него не се регистрира радиация. Болният не облъчва близките си. Тъй като лекарството се излъчва с урината и фекалиите, пациентът трябва да ползува елементарни хигиенни средства, да избягва ползуването на уринатор или нощно гърне и да пуска многократно водата в тоалетната, избягвайки замърсяване с урина наоколо.

Има ли странични реакции?

Тъй като заедно с облъчването на костта се получава малка доза и в костния мозък, който е орган на кръвотворенето, се наблюдават намаление на тромбоцитите и левкоцитите, по-малко на хемоглобина и еритроцитите. Пациенти, които са провеждали химиотерапия са по-склонни към подобни рекациии. Затова повторна доза може да се инжектира след 3 до 6 месеца, когато показателите на кръвта напълно се нормализират.

Кога настъпва ефектът от лечението?

Ден-два след инжекцията може да се наблюдава засилване на болката. Най-рано след 2 седмици започва болкоуспокояващия ефект, който става максимален след 6-12 седмици.

Лечение с радиоактивен йод

Радиоактивният йод (съкратено РАЙ) се натрупва преди всичко в паренхима на щитовидната жлеза. Той подтиска функцията на щитовидната жлеза, намалява секрецията на тиреоидни хормони и опасността от нова поява на заболяването след години, което е целта на лечението с РАЙ.

В повечето случаи лечението се понася много добре от болните. Може да се наблюдава малък оток в шията и болки около слюнчените жлези, които бързо преминават без лекарства. Дъвченето на дъвка и смученето на лимонови парченца увеличават слюноотделянето и промиват слюнчените жлези. Цялото тяло също получава малка доза от преминаването на РАЙ в кръвта. Най-голямо лъчево натоварване след щитовидната жлеза получават стомаха, пикочния мехур, слюнчените жлези и червата. Затова миенето на цялото тяло, което се състои в пиене на големи количества вода, често уриниране, къпане и вземане на очистително максимално намалява натоварването. Повишен риск от поява на злокачествени тумори след много години или трайно засягане на сперматозоидите или яйцеклетките са много рядко късни усложнения от лечението.

До една година след лечението и всяко последващо изследване с РАЙ не е желателно да се мисли за деца.

Тъй като лекарството се излъчва с урината и фекалиите, пациентът трябва да ползува елементарни хигиенни средства, да избягва ползването на уринатор или нощно гърне и да пуска многократно водата в тоалетната, избягвайки замърсяване с урина наоколо.

Не е желателен контакт с малки деца и бременни жени до 2 седмици след лечение.

КП № 248 ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДЕТСКИ ОНКОЛОГИЧНИ И НЕОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С АНЕСТЕЗИЯ

248.1 Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни

248.2 Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Други видове медицинска помощ
Не включва: последващо изследване след лечение (Z08—Z09) **Z51.0 Курс радиотерапия (поддържащ)**

Злокачествено новообразувание на носоглътката (назофаринкс) C11.0 Горна стена на назофаринкса
Свод на назофаринкса
C11.1 Задна стена на назофаринкса
Аденоидни вегетации
Фарингеална тонзила
C11.2 Странична стена на назофаринкса
Ямка на Rosenmuller
Отвор на Евстахиевата тръба
Фарингеален рецесус
C11.3 Предна стена на назофаринкса
Под на назофаринкса
Назофарингеална (предна)(задна) повърхност на мекото небце
Заден край на носа:
- раковини
- преграда (септум)

C11.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на назофаринкса

Злокачествено новообразувание на черния дроб и интрахепаталните жлъчни пътища
Не включва: жлъчни пътища БДУ (C24.9)
вторично злокачествено новообразувание на черния дроб (C78.7)

C22.0 Карцином на черния дроб, първичен
Хепатоцелуларен карцином
Хепатобластом

C22.1 Карцином на интрахепаталните жлъчни пътища Холангиокарцином

C23 Злокачествено новообразувание на жлъчния мехур

Злокачествено новообразувание на бронхите и белия дроб
C34.0 Главни бронхи
Карина
Хилус (на белия дроб)
C34.1 Горен лоб, бронх или бял дроб
C34.2 Среден лоб, бронх или бял дроб
C34.3 Долен лоб, бронх или бял дроб
C34.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на бронха или белия дроб

C37 Злокачествено новообразуване на тимуса

Злокачествено новообразуване на костите и ставните хрущяли на крайниците

C40.0 Лопатка (скапула) и дълги кости на горен крайник
C40.1 Къси кости на горен крайник
C40.2 Дълги кости на долен крайник
C40.3 Къси кости на долен крайник
C40.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на костите и ставните хрущяли на крайниците

Злокачествено новообразуване на костите и ставните хрущяли с други и неуточнени локализации

Не включва: кости на крайниците (C40.—)
- хрущял на:
- ухо (C49.0)
- ларинкс (C32.3)
- крайници (C40.—)
- нос (C30.0)

C41.0 Кости на черепа и лицето
Челюст (максила) (горна)
Орбитална кост
Не включва: карцином от всеки друг вид, освен вътрекостен или одонтогенен карцином на:
- максиларен синус (C31.0)
- горна челюст (C03.0)

кости на челюст (долна) (C41.1)

C41.1 Долна челюст (мандибула)
Кост на долна челюст
Не включва: карцином от всеки друг вид, освен вътрекостен или одонтогенен карцином на:
- челюст БДУ (C03.9)
- долна (C03.1)

кост на горна челюст (C41.0)

C41.2 Гръбначен стълб
Не включва: сакрална и опашна кост (C41.4)
C41.3 Ребра, гръдна кост и ключица
C41.4 Кости на таза, сакрума и опашката
C41.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на костите и ставните хрущяли
Злокачествено новообразуване на костите и ставните хрущяли, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C40—C41.4

Злокачествен меланом на кожата

Включва: морфологични кодове M872—M879 с код за характера на новообразуването /3
Не включва: злокачествен меланом на кожата на половите органи (C51—C52, C60.—, C63.—)

C43.0 Злокачествен меланом на устната
Не включва: червена ивица на устната (C00.0—C00.2)
C43.1 Злокачествен меланом на клепача, включително ъгъла на клепачната цепка
C43.2 Злокачествен меланом на ухото и външния слухов канал
C43.3 Злокачествен меланом на други и неуточнени части на лицето
C43.4 Злокачествен меланом на окосмената част на главата и шията
C43.5 Злокачествен меланом на тялото
Анални:
- ръб
- кожа

Перианална кожа
Кожа на млечната жлеза
Не включва: анус БДУ (C21.0)
C43.6 Злокачествен меланом на горен крайник, включително областта на раменния пояс
C43.7 Злокачествен меланом на долен крайник, включително тазобедрената област

C43.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на злокачествения меланом на кожата

Злокачествено новообразувание на периферните нерви и вегетативната нервна

Включва: симпатикусови и парасимпатикусови нерви и ганглии

C47.0 Периферни нерви на главата, лицето и шията

Не включва: периферни нерви на орбитата (C69.6)

C47.1 Периферни нерви на горен крайник, включително областта на раменния пояс

C47.2 Периферни нерви на долен крайник, включително тазобедрената област

C47.6 Злокачествено новообразувание на периферни нерви на тялото, неуточнено

C47.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на периферните нерви и вегетативната нервна система

Злокачествено новообразувание на ретроперитонеума и перитонеума

Не включва: сарком на Kaposi (C46.1)
мезотелиом (C45.—)

C48.0 Ретроперитонеум

Злокачествено новообразувание на съединителната и другите меки тъкани

Включва: кръвоносни съдове
бурса
хрущял
фасция
мастна тъкан
лигамент, без този на матката
лимфни съдове
мускули
синовиална мембрана
сухожилие (сухожилно влагалище)

Не включва: • хрущял на:
• става (C40—C41)
• ларинкс (C32.3)
• нос (C30.0)
съединителна тъкан на млечната жлеза (C50.—)
сарком на Kaposi (C46.—)
мезотелиом (C45.—)
периферни нерви и вегетативна нервна истема (C47.—)
перитонеум (C48.—)
ретроперитонеум (C48.0)

C49.0 Съединителна и меки тъкани на главата, лицето и шията

Съединителна тъкан на:
• ухо
• клепач

Не включва: съединителна тъкан на орбитата (C69.6)

C49.1 Съединителна и меки тъкани на горен крайник, включително областта на раменния пояс

C49.2 Съединителна и меки тъкани на долен крайник, включително тазобедрената област

C49.3 Съединителна и меки тъкани на гръдния кош

Аксила
Диафрагма
Големи кръвоносни съдове

Не включва: млечна жлеза (C50.—)
сърце (C38.0)
медиастинум (C38.1—C38.3)
тимус (C37)

C49.4 Съединителна и меки тъкани на корема

Коремна стена
Хипохондриум

C49.5 Съединителна и меки тъкани на таза

Ингвинална област

Седалище
Перинеум

C49.6 Съединителна и меки тъкани на тялото, с неуточнена локализация
Гръб БДУ

C49.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на съединителната и меките тъкани
Злокачествено новообразувание на съединителната и меките тъкани, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C47—C49.6

Злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на мъжките полови органи

C63.0 Епидидим
C63.1 Семенна връв
C63.2 Скротум
Кожа на скротума
C63.7 Други уточнени части на мъжките полови органи
Семенно мехурче (везикула семиналис)
Туника вагиналис
C63.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на мъжките полови органи
Злокачествено новообразувание на мъжките полови органи, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C60—C63.7

C64 Злокачествено новообразувание на бъбрека, с изключение на бъбречното легенче
Не включва: бъбречни:
- чашки (C65)
- легенчета (C65)

C65 Злокачествено новообразувание на бъбречното легенче
Пелвиоуретерална област
Бъбречни чашки

C66 Злокачествено новообразувание на уретера
Не включва: уретерен отвор на пикочния мехур (C67.6)

Злокачествено новообразувание на пикочния мехур

C67.0 Триъгълник на пикочния мехур
C67.1 Купол на пикочния мехур
C67.2 Латерална стена на пикочния мехур
C67.3 Предна стена на пикочния мехур
C67.4 Задна стена на пикочния мехур
C67.5 Шийка на пикочния мехур
Вътрешен уретрален отвор
C67.6 Отвор на уретера (орифициум)
C67.7 Урахус
C67.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на пикочния мехур

C68.0 Уретра
Не включва: уретрален отвор на пикочния мехур (C67.5)
C68.1 Парауретрални жлези
C68.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на пикочните органи
Злокачествено новообразувание на пикочните органи, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C64—C68.1

Злокачествено новообразувание на окото и неговите придатъци

Не включва: съединителна тъкан на клепачите (C49.0)
кожа на клепачите (C43.1, C44.1)
зрителен нерв (C72.3)

C69.0 Конюнктива
C69.1 Роговица
C69.2 Ретина

C69.3 Хориоидея

C69.4 Цилиарно тяло
Очна ябълка

C69.5 Слъзна жлеза и канали
Слъзна торбичка
Слъзноносов канал

C69.6 Орбита
Съединителна тъкан на орбитата
Екстраокуларен мускул
Периферни нерви на орбитата
Ретробулбарна тъкан
Ретроокуларна тъкан
Не включва: орбитална кост (C41.0)

C69.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на окото и неговите придатъци

Злокачествено новообразувание на мозъчните обвивки (менинги)

C70.0 Церебрални менинги

C70.1 Спинални менинги

Злокачествено новообразувание на главния мозък

Не включва: черепномозъчни нерви (C72.2—C72.5)
ретробулбарна тъкан (C69.6)

C71.0 Главен мозък, с изключение на дяловете (лобове) и стомахчетата (вентрикули)
Мазолесто тяло (Corpus callosum)
Надмозъчна обвивка (супратенториум) БДУ

C71.1 Фронтален лоб

C71.2 Темпорален лоб

C71.3 Париетален лоб

C71.4 Окципитален лоб

C71.5 Мозъчно стомахче
Не включва: четвъртия вентрикул (C71.7)

C71.6 Малък мозък

C71.7 Мозъчен ствол
Четвърти вентрикул
Подмозъчна обвивка (инфратенториум) БДУ

C71.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на главния мозък

Злокачествено новообразувание на гръбначния мозък, черепномозъчните нерви и други части на централната нервна система

Не включва: менинги (C70.—)
периферни нерви и вегетативна нервна система (C47.—)

C72.0 Гръбначен мозък

C72.1 Конска опашка (кауда еквина)

C72.2 Обонятелен нерв (олфакторен)
Обонятелна луковица

C72.3 Зрителен нерв

C72.4 Слухов нерв

C72.5 Други и неуточнени черепномозъчни нерви
Черепномозъчни нерви БДУ

C72.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на главния мозък и другите части на централната нервна система
Злокачествено новообразувание на главния мозък и другите части на централната нервна система, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C70—C72.5

Злокачествено новообразувание на надбъбречната жлеза

C74.0 Кора (кортекс) на надбъбречната жлеза
C74.1 Медула на надбъбречната жлеза

Злокачествено новообразувание на други ендокринни жлези и сродни структури

Не включва: надбъбречна жлеза (C74.—)
ендокринна част на панкреаса (C25.4)
яйчник (C56)
тестис (C62.—)
тимус (C37)
щитовидна жлеза (C73)

C75.0 Паращитовидна жлеза
C75.1 Хипофиза
C75.2 Краниофарингеален канал
C75.3 Епифизна (пинеална) жлеза
C75.4 Каротидни телца
C75.5 Аортно телце и други параганглии
C75.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза, неуточнена
Забележка: Ако локализациите на множествените лезии са известни, те трябва да бъдат кодирани поотделно.

Вторично и неуточнено злокачествено новообразувание на лимфните възли

Не включва: злокачествено новообразувание на лимфните възли, уточнено като първично (C81—C88, C96.—)

C77.0 Лимфни възли на глава, лице и шия
Надключечни лимфни възли
C77.1 Интраторакални лимфни възли
C77.2 Интраабдоминални лимфни възли
C77.3 Лимфни възли на подмишницата и горния крайник
Пекторални лимфни възли
C77.4 Лимфни възли на ингвиналната област и долния крайник
C77.5 Лимфни възли на таза
C77.8 Лимфни възли с множествени локализации

Вторично злокачествено новообразувание на дихателната и храносмилателната системи

C78.0 Вторично злокачествено новообразувание на белия дроб
C78.1 Вторично злокачествено новообразувание на медиастинума
C78.2 Вторично злокачествено новообразувание на плеврата
C78.3 Вторично злокачествено новообразувание на други и неуточнени дихателни органи
C78.4 Вторично злокачествено новообразувание на тънките черва
C78.5 Вторично злокачествено новообразувание на дебелото черво и ректума
C78.6 Вторично злокачествено новообразувание на ретроперитонеума и перитонеума
Злокачествен асцит БДУ
C78.7 Вторично злокачествено новообразувание на черния дроб
C78.8 Вторично злокачествено новообразувание на други и неуточнени храносмилателни органи

Вторично злокачествено новообразувание с други локализации

C79.0 Вторично злокачествено новообразувание на бъбрека и бъбречното легенче
C79.1 Вторично злокачествено новообразувание на пикочния мехур, други и неуточнени пикочни органи
C79.2 Вторично злокачествено новообразувание на кожата
C79.3 Вторично злокачествено новообразувание на главния мозък и мозъчните обвивки
C79.4 Вторично злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на нервната система
C79.5 Вторично злокачествено новообразувание на кости и костен мозък
C79.6 Вторично злокачествено новообразувание на яйчник
C79.7 Вторично злокачествено новообразувание на надбъбречната жлеза
C79.8 Вторично злокачествено новообразувание с други уточнени локализации

Болест на Hodgkin

Включва: морфологични кодове M965—M966 с код за характера на новообразуването /3

C81.0 Лимфоцитно преобладаване
Лимфоцитно-хистиоцитно преобладаване

C81.1 Нодуларна склероза

C81.2 Смесен целуларитет

C81.3 Лимфоцитно изчерпване

C81.7 Друга болест на Hodgkin

Фоликуларен [нодуларен] нехочкинов лимфом

Включва: фоликуларен нехочкинов лимфом със или без дифузни области
морфологичен код M969 с код за характера на новообразуването /3

C82.0 Дребноклетъчен с назъбени ядра, фоликуларен

C82.1 Смесен, дребноклетъчен с назъбени ядра и едроклетъчен, фоликуларен

C82.2 Едроклетъчен, фоликуларен

C82.7 Други видове на фоликуларен нехочкинов лимфом

Дифузен нехочкинов лимфом

Включва: морфологични кодове M9593, M9595, M967—M968 с код за характера на новообразуването /3

C83.0 Дребноклетъчен (дифузен)

C83.1 Дребноклетъчен с назъбени ядра (дифузен)

C83.2 Смесен, дребноклетъчен и едроклетъчен (дифузен)

C83.3 Едроклетъчен (дифузен)
Ретикулосарком

C83.4 Имунобластен (дифузен)

C83.5 Лимфобластен (дифузен)

C83.6 Недиференциран (дифузен)

C83.7 Тумор на Burkitt

C83.8 Други видове дифузен нехочкинов лимфом

Периферни и кожни Т-клетъчни лимфоми

Включва: морфологичен код M970 с код за характера на новообразуването /3

C84.0 Mycosis fungoides

C84.1 Болест на Sezary

C84.2 Т-зонов лимфом

C84.3 Лимфоепителоиден лимфом
Лимфом на Lennert

C84.4 Периферен Т-клетъчен лимфом

C84.5 Други и неуточнени Т-клетъчни лимфоми
Забележка: Ако Т-клетъчният произход или включване се споменава във връзка със специфичен лимфом, следва да се кодира по-специфичното описание.

Други и неуточнени типове на нехочкинов лимфом

Включва: морфологични кодове M9590—M9592, M9594, M971 с код за характера на новообразуването /3

C85.0 Лимфосарком

C85.1 В-клетъчен лимфом, неуточнен
Забележка: Ако В-клетъчният произход или включване се споменава във връзка със специфичен лимфом, следва да се кодира по-специфичното описание.

C85.7 Други уточнени типове на нехочкинов лимфом
Злокачествен:
- ретикулоендотелиоза
- ретикулоза

Злокачествени имунопролиферативни болести

Включва: морфологичен код M976 с код за характера на новообразуването /3

C88.0 Макроглобулинемия на Waldenstrom

C88.1 Болест на алфа-тежките вериги

C88.2 Болест на гама-тежките вериги
Болест на Franklin

C88.3 Имунопролиферативна болест на тънките черва
Средиземноморски лимфом

C88.7 Други злокачествени имунопролиферативни болести

Лимфоидна левкемия

Включва: морфологични кодове M982, M9940—M9941 с код за характера на новообразуването /3

C91.0 Остра лимфобластна левкемия
Не включва: остър пристъп на хронична лимфоцитна левкемия (C91.1)
C91.1 Хронична лимфоцитна левкемия
C91.2 Подостра лимфоцитна левкемия
C91.3 Пролимфоцитна левкемия
C91.4 Косматоклетъчна левкемия
Левкемична ретикулоендотелиоза
C91.5 Т-клетъчна левкемия при възрастни
C91.7 Друга лимфоидна левкемия

Миелоидна левкемия

Включва: левкемия:
- гранулоцитна
- миелогенна

морфологични кодове M986—M988, M9930 с код за характера на новообразуването /3

C92.0 Остра миелоидна левкемия
Не включва: остър пристъп на хронична миелоидна левкемия (C92.1)
C92.1 Хронична миелоидна левкемия
C92.2 Подостра миелоидна левкемия
C92.3 Миелоиден сарком
Хлором
Гранулоцитен сарком
C92.4 Остра промиелоцитна левкемия
C92.5 Остра миеломоноцитна левкемия
C92.7 Друга миелоидна левкемия

Моноцитна левкемия

Включва: моноцитоидна левкемия
морфологичен код M989 с код за характера на новообразуването /3

C93.0 Остра моноцитна левкемия
Не включва: остър пристъп на хронична моноцитна левкемия (C93.1)
C93.1 Хронична моноцитна левкемия
C93.2 Подостра моноцитна левкемия
C93.7 Друга моноцитна левкемия

Други левкемии с уточнен клетъчен вид

Включва: морфологични кодове M984, M9850, M9900, M9910, M9931—M9932 с код за характера на новообразуването /3
Не включва: левкемична ретикулоендотелиоза (C91.4)
плазмоклетъчна левкемия (C90.1)

C94.0 Остра еритремия и еритролевкемия
Остра еритремична миелоза
Болест на Di Guglielmo
C94.1 Хронична еритремия
Болест на Heilmeyer-Schqner
C94.2 Остра мегакариобластна левкемия
Левкемия:
- мегакариобластна (остра)
- мегакариоцитна (остра)

C94.3 Мастоклетъчна левкемия
C94.4 Остра панмиелоза
C94.5 Остра миелофиброза
C94.7 Друга уточнена левкемия
Левкемия с лимфосаркомни клетки

Левкемия с неуточнен клетъчен тип

Включва: морфологичен код M980 с код за характера на новообразуването /3

C95.0 Остра левкемия с неуточнен клетъчен тип
Бластна левкемия
Стволоклетъчна левкемия
Не включва: остър пристъп на неуточнена хронична левкемия (C95.1)

C95.1 Хронична левкемия с неуточнен клетъчен тип

C95.2 Подостра левкемия с неуточнен клетъчен тип C95.7
Друга левкемия с неуточнен клетъчен тип

Други и неуточнени злокачествени новообразувания на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани

Включва: морфологични кодове M972, M974 с код за характера на новообразуването /3

C96.0 Болест на Letterer-Siwe
Нелипидна:
ретикулоендотелиоза
ретикулоза

C96.1 Злокачествена хистиоцитоза
Хистиоцитна медуларна ретикулоза

C96.2 Злокачествен мастоклетъчен тумор
Злокачествен:
- мастоцитом
- мастоцитоза

Мастоклетъчен сарком
Не включва: мастоклетъчна левкемия (C94.3)
мастоцитоза (кожна) (Q82.2)

C96.3 Истински хистиоцитен лимфом

C96.7 Други уточнени злокачествени новообразувания на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани

Хемангиом и лимфангиом с каквато и да е локализация

Включва: морфологични кодове M912—M917 с код за характера на новообразуването /0
Не включва: син или пигментен невус (D22.—) **D18.0**

Хемангиом с каквато и да е локализация
Ангиом БДУ

D18.1 Лимфангиом с каквато и да е локализация

Доброкачествено новообразувание на мозъчните обвивки (менингите)

D32.0 Обвивки на главния мозък

D32.1 Обвивки на гръбначния мозък

Доброкачествено новообразувание на главния мозък и други части на централната нервна система

Не включва: ангиом (D18.0)
менинги (D32.—)
периферни нерви и вегетативна нервна система (D36.1)
ретроокуларна тъкан (D31.6)

D33.0 Главен мозък, супратенториум
Мозъчно стомахче
Церебрум
Фронтален
Окципитален
Париетален лоб
Темпорален
Не включва: четвърто стомахче (D33.1)

D33.1 Главен мозък, инфратенториум

Мозъчен ствол
Малък мозък
Четвърто стомахче

D33.2 Главен мозък, неуточнена част

D33.3 Черепномозъчни нерви
Обонятелна луковица

D33.4 Гръбначен мозък

D33.7 Други уточнени части на централната нервна система

Доброкачествено новообразуване на други и неуточнени ендокринни жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27)
тестис (D29.2)
тимус (D15.0)

D35.2 Доброкачествено образувание на хипофизата
D35.3 Краниофарингеален канал
D35.4 Епифизна (пинеална) жлеза

Доброкачествено новообразуване с други и неуточнени локализации

D36.0 Лимфни възли
D36.1 Периферни нерви и вегетативна нервна система
Не включва: периферни нерви на орбитата (D31.6)
D36.7 Други уточнени локализации
Нос БДУ

Q28.2 Артериовенозна аномалия на церебрални съдове
Артериовенозна аномалия на мозъка БДУ
Вродена артериовенозна церебрална аневризма (неруптурирала)

При тези видове лъчелечение като основна диагноза се поставя код Z51.0, а като придружаващо заболяване – кодът на съответното злокачественото или доброкачественото новообразуване.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

	Мегаволтова лъчетерапия
15224-00	Високоенергийно лъчелечение, 1 поле, едномодален линеен ускорител
15239-00	Високоенергийно лъчелечение, ≥ 2 полета, едномодален линеен ускорител *Включва*: ротационно лечение (едномодален линеен ускорител)
15254-00	Високоенергийно лъчелечение с 1 поле, бимодален линеен ускорител
15269-00	Високоенергийно лъчелечение, ≥ 2 полета, бимодален линеен ускорител Екстракорпорална лъчетерапия на резециран костен сегмент *Включва*: ротационно лечение (бимодален линеен ускорител)

	Кодирай също когато е направена: • реимплантация на резециран костен сегмент (50227-01 [1570])
15600-02	Облъчване на половина от тялото
Приложение на фармакотерапия	
93977-00	Терапия с колоностимулиращи фактори на бялата и червена кръвни редици
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Електролит
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-00	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96203-00	Перорално прилагане на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две задължителни основни терапевтична процедура: едната е лъчетерапевтична (15224-00 или 15239-00, или 15254-00, или 15269-00, или 15600-02), а втората - за анестезия (96197-09 или 96199-09, или 96200-09).

Приложението на колонистимулиращи фактори (вкл. еритропоетин) се отчита с код на процедура 93977-00.

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

В случай че на пациента са приложени до 20 фракции и продължителността на лечението е от 3 до 30 дни**, клиничната пътека се отчита като КП № 248.1**

В случай че на пациента са приложени 20 и повече фракции и продължителността на лечението е 30 и повече дни, **клиничната пътека се отчита като КП № 248.2.**

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за пакети:

„Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“ „Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст“, "Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности", "Брахитерапия с ниски активности", **„Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия“**, "Триизмерна конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници",„Триизмерно конформално лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“, "Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания", "Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания" и "Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания".

Договор за КП № 248 „Лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия“ от пакети за комплексно лечение на „Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ **могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по тези пакети.**

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, **провеждат лечение на болни с установени онкологични и онкохематологични заболявания само след клинична комисия по детска клинична хематология и онкология по АПр № 5, с изключение на случаите по спешност.** Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр № 5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр № 5.

Поради необходимост от специализиран анестезиологичен екип, включващ лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение, и анестезиологична сестра, се налага тясна връзка с отделение по анестезиология към клиника по анестезиология и интензивно лечение за съвместно изпълнение на пътеката. За тази високоспециализирана медицинска дейност по стандарт "Анестезиология и интензивно лечение", която е основна част от КП 248, се изисква опит и специфично техническо оборудване.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, **осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури** по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

Решенията на клинична комисия по детска клинична хематология и онкология са задължителни. Специфичното лечение на пациент със злокачествени солидни тумори не започва, ако той не е обсъден на клинична комисия по детска клинична хематология и онкология и не е определена цялостната комплексна лечебна тактика.

Решението на клиничната онкологична комисия по детска клинична хематология и онкология за всеки случай задължително включва:

а) окончателна диагноза, стадий на болестта, прогностична група (в зависимост от конкретната неоплазма), общо състояние (преценено като пърформанс статус по ECOG), прогностични и предиктивни маркери (серумни, имунохистохимични и генетични), придружаващи болести;

б) лечебна тактика: вид на противотуморната терапия (неоадювантна, адювантна, първа и последваща линия, поддържаща), химиотерапевтични схеми (режими) с посочване на всеки медикамент, брой курсове.

Решенията на клиничната онкологична комисия по по детска клинична хематология и онкология са съобразени с Фармакотерапевтичното ръководство по медицинска онкология, Фармакотерапевтичното ръководство по клинична хематология, Фармакотерапевтичното ръководство по детска клинична хематология и онкология, приети на заседание на НСЦРЛП и публикувани на електронната страница на НСЦРЛП, и в съответствие със Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ) и Наредба № 4 от 4.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

Лекарствените продукти за системно лечение на злокачествени заболявания се приготвят в аптеката на съответното лечебно заведение във вид за директно приложение на пациента съгласно чл. 37а, ал. 1 и 2 от Наредба № 28 от 2008 г. и правилата за добра фармацевтична практика в онкологията.

Лекарствените продукти се назначават в съответните мерни единици

Лекарствените продукти, които НЗОК заплаща отделно от цената на КП, се предписват от комисиите по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г. В протоколите от решенията на комисиите се вписват задължително всички реквизити от приложение № 8бза медицинска онкология или от приложение № 8в за клинична хематология от чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

Информация за решенията се подава в електронен формат в НЗОК при започване/промяна на терапията по КП/АПр.

Приготвянето на разтвори на лекарствени продукти за приложение на пациентите се извършва ръчно, съгласно всички изисквания за стерилност, безапасност, точно дозиране, системи за контрол и валидиране или чрез използване на полуавтоматизирани или автоматизирани системи.

Приготвянето на разтворите се извършва задължително в болничните аптеки, което подлежи на контрол от страна на НЗОК.

Разтварянето и прехвърлянето на цитотоксични лекарства, моноклонални антитела и други лекарствени продукти се осъществява по утвърден „Списък на лекарствени продукти“, **чрез затворени системи**, влизащи в цената на КП.

Организацията на работата в болничната аптека, която отпуска онкологичните препарати, отговаря на изискванията на Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява от обхвата на медицинската специалност "Лъчелечение", **трето ниво на компетентност**, съгласно медицински стандарт "Лъчелечение", с линеен ускорител. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Лъчелечение”.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по лъчелечение
2. Отделение по образна диагностика
3.Клинична лаборатория
4. Клиника по детска онкохематология
5. Клиника/ отделение по анестезиология и интензивно лечение

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. PET/KT

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- двама лекари със специалност по лъчелечение /медицинска радиология/ – **III ниво**
- един лекар със специалност по образна диагностика;
- един лекар със специалност по клинична лаборатория.
- един лекар със специалност по анестезиология и реанимация
- една анестезиологична медицинска сестра

За дозиметрично планиране:

- двама специалисти по физика със специалност Медицинска радиологична физика/ специалисти по медицинска физика - за ниво **III**.

Правоспособност за специфична работа в йонизираща среда се изисква за всички, извършващи лъчелечение. Правоспособността се придобива след специален изпит.

Предписването и прилагането на медикаментите, заедно с лъчелечение, който е основен лечебен метод, се извършва от лъчетерапевти.

При провеждане на едновременно лъче-химиолечение лекарите лъчетерапевти спазват решенията на клиничната онкологична комисии по химиотерапия/ клиничната комисия по хематология. В тези случаи лекарствените продукти за химиотерапия се предписват от лекар със специалност „лъчелечение" или онколог/хематолог/детски онко-хематолог, въз основа на решението на съответната клинична онкологична комисии по химиотерапия/ клинична комисия по хематология.

Осъществяването на модулирано по интензитет лъчелечение е невъзможно без наличието на лъчетерапевтичен комплекс, състоящ се от:

КТ виртуален симулатор и/или Рентгенов симулатор и КТ;

Триизмерна планираща система за модулирано по интензитет лъчелечение или триизмерна планираща система със софтуерен алгоритъм за обратно планиране, с модули за 3D планиране и модулирано по интензитет лъчелечение;

Терапевтична уредба за лъчелечение (Линеен Ускорител с възможности за модулирано по интензитет лъчелечение или друга специализирана апаратура за това лечение, оборудвани с многолистен колиматор или друга възможност за конформно формиране на лъчевите полета;

Специализирана дозиметрична апаратура за калибриране на терапевтичната уредба за лъчелечение, както и дозиметрична апаратура подходяща за анализ на лъчеви снопове за работа в условия на модулирано по интензитет лъчелечение.

Дозиметрична апаратура и фантом*, подходящи за верификация на плана на пациента (pre-treatment verification)

Техническите характеристики и възможности за извършване на процедури на лъчетерапевтичен комплекс се удостоверяват с документи, посочени в съответната нормативна уредба.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. Индикации за лъчелечение при детски онкологични и неонкологични заболявания с анестезия с техниките 3D конформоно или модулирано по интензитет лъчелечение

1. злокачествени новообразувания, изброени като диагнози със съответните МКБкодове в тази КП;
2. вторични злокачествени новообразувания;
3. неходжкинови лимфоми, левкози, множествен и солитарен миелом;
4. болест на Ходжкин;
5. неонкологични заболявания на мозъка, мозъчните обвивки, хипофизната жлеза;
6. неонкологични заболявания на кръвоносната система - хемодектоми, артериовенозни аневризми;
7. доброкачествени, гранично злокачествени и псевдотумори.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Лечебен алгоритъм /изисквания/ за провеждане на модулирано по интензитет лъчелечение

Провеждането на перкутанно модулирано по интензитет лъчелечение изисква лъчетерапевтичен комплекс от апарати включващи:

- уредба за лъчелечение с високоенергийно фотонно лъчение с или без ускорени електрони;
- КТ-виртуален симулатор и/или рентгенов симулатор
- компютъризирани системи за триизмерно планиране на лъчелечението;
- формирането на лъчевия сноп може да се извършва с многолистен колиматор или изработване на индивидуални защитни екрани;
- визуализиращи системи за проверка точността при провеждане на лъчелечението
- комплект дозиметрична апаратура.

Използва се лъчение с високоенергийно фотонно лъчение и/или ускорени електрони в зависимост от локализацията на процеса при различни режими на фракциониране: хипер-, нормо- и хипофракциониране. **Обикновено лъчелечението се извършва по схема 5 пъти в седмицата, с почивка в събота и неделя за възстановяване на нормалните тъкани**. Възможни са и други схеми на фракциониране на дозата.

При модулирано по интензитет лъчелечение се използват схеми на фракциониране на дозата, както при стандартното лъчелечение, 5 пъти в седмицата, но поради прилагане на максимално висока доза обикновено лъчелечението продължава повече от 35 работни дни. Възможни са и други схеми на фракциониране на дозата -1,3 или 5 кратно облъчване

При модулираното по интензитет лъчелечение се цели максимално възможно повишаване на дозата за подобряване степента на туморен контрол и/или намаляване до минимум на страничните ефекти на лъчелечението в критичните органи.

При модулирано по интензитет лъчелечение е задължително използване на специализирани имобилизационни приспособления.

За оптималното изпълнение на модулирано по интензитет лъчелечение е необходимо провеждането на периодичен контрол на качеството на използваната апаратура (Линеен ускорител, компютърен томограф, симулатор, планираща система, дозиметрична апаратура и др.), който включва: дозиметрично калибриране на лъчетерапевтичната и дозиметричната апаратура, контрол на механичните и /или лъчевите параметри на апаратурата, осъществяван ежедневно, ежеседмично или ежемесечно от квалифициран физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика, инженер и лаборант.

При модулираното по интензитет лъчелечение е задължителен ежедневен контрол на качеството на апаратурата за получаване на образи и за лъчелечение, според изискванията на производителя. При стартиране на нова дейност, калибриране и дозиметрични измервания се правят при всеки пациент. По необходимост, частични дозиметрични измервания се правят при всяко облъчване. Извършва се и рутиннен контрол на качеството на лъчелечението по разписан алгоритъм.

Лъчелечението се извършва в няколко фази:

Всички видове перкутанно лъчелечение се извършват по сходен алгоритъм. Разликата между конвенционалното лъчелечение с модулираното по интензитет лъчелечение е в изключителната прецизност на планирането, строга имобилизация на пациента, контрол на движението на органите и контрол на качествата на апаратурата за изпълнението на лъчелечебните процедури.

При модулирано по интензитет лъчелечение усилията и времето за подготовка, планиране, калибриране на терапевтичната апаратурата и самото облъчване на един пациент (апаратно

време) са 3-4 пъти повече в сравнение с 3-измерното лъчелечение, което изисква специална организация на работа в клиниката/отделението).

- **клинико-биологично планиране –** решение за клиничния мишенен обем (КМО), лечебната доза, фракционирането и допустимите дози в критичните органи.
- **анатомо-топографско планиране:**

- определяне позицията на болния в координатната система на апарат-симулатор;
- КТ, имобилизация на болния в избраната поза;
- КТ скениране, при необходимост използване на контрастни материи;
- транслиране на КТ срезове (в зависимост от КМО) към компютърна планираща система;
- очертаване на контурите на тялото за областта, в която ще се провежда лъчелечението;
- контуриране на критичните органи в тази област;
- контуриране на КМО и ПМО;
- определят се целите които трябва да се постигнат за КМО И ПМО
- дефинират се строгите ограничения за дози в критичните органи
- електронен подпис на лекаря, изготвил терапевтичния план
- електронно транслиране на изготвения анатомотопографски план за дозиметрично планиране от медицинския физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика и лаборант.

- **дозиметрично планиране -** осъществява се с компютърна планираща система за триизмерно планиране на лъчелечението съдържаща модул за обратно планиране
- определят се критериите за допустимост на дозиметричния план
- обсъждане между физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика и лекар за възможните варианти на терапевтичния план и избор на най-удачното решение;
- терапевтичния документ съдържа представителен за разпределението на дозата трансверзален срез и/или срезове, хистограми доза-обем с анализ на постигнатите цели, физични и дозиметрични характеристики на лъчевите снопове
- изготвя се върху фантом верификационен план на пациента
- изготвят се дигитално-реконструирани образи за верификация на позиционирането на пациента
- към уредбата за лъчелечение се транслират дозиметричния план на пациента, верификационния план и дигитално-реконструираните образи

- **изпълнение и контрол на лъчелечението**

- позициониране на фантома, облъчване на верификационния план и оценка на дозиметричния план;
- позициониране на болния в избраната за лъчелечението поза;
- маркиране на изоцентъра
- контрол и верификация на лъчелечебния план осъществява се с рентгенов контрол, и/или КТ и/или ин виво-измервания на дозата в близост до тумора и критични органи
- подпис на лекуващия лекар за окончателно приемане на плана за лъчелечение
- осъществяване на първото облъчване на болния;
- периодична верификация на позицията на пациента: в зависимост от големината на единичната фракция;
- облъчване на болните – извършва се, отразява се и се контролира според Медицински стандарт „Лъчелечение“.

Наблюдение на болните при перкутанно високотехнологично лъчелечение:

- контрол на общото състояние и общата поносимост на лъчелечението, като наблюденията се отразяват в ИЗ при промяна на състоянието му или поне един път седмично;
- проследяване на оплаквания, свързани с радиобиологичните реакции на тумора и здравите тъкани;
- контрол на пълна кръвна картина с честота в зависимост от обема на включване на обща и локална медикаментозна терапия - при необходимост;

Лечебен алгоритъм при едновременно лъчехимиолечение

При едновременното лъчехимиолечение медикаментите, определени въз основа на решение от онкологичната комисия по детска онкохематология се изписват и прилагат в различни схеми от лъчетерапевти заедно с лъчелечението. Те потенцират ефекта му или осигуряват неговото безопасно провеждане като основен лечебен метод

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Имобилизационни маски (плаки) за глава, глава и шия, малък таз, за тялото и крайниците.	НЗОК не заплаща посочените изделия

Вакуумни дюшеци	НЗОК не заплаща посочените изделия

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

За лъчелечение болните винаги постъпват с поставена диагноза – за първичния тумор или неговите метастази.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични) и:

71. при завършване на планирания лъчелечебен курс.

7.2. невъзможност за продължаване на лъчелечението поради:

- изява на далечно метастазиране или локална прогресия в хода на лъчелечение;
- тежки остри лъчеви реакции;
- възникване на продружаващо заболяване, което налага лечение по жизнени индикации и прекъсване на лъчелечението;
- необходимост от облъчване на нов, различен от облъчвания туморен обем, обектизизирано с нов лъчетерапевтичен план.

В ИЗ задължително се прилагат следните документи, описващи най-точно получената доза в планирания мишенен обем, облъчваната област и съседните органи и структури, които подлежат на контрол:

1. Документ с параметрите на оптимизацията;
2. Обемно доказване на 3-измерното ЛЛ чрез хистограмата доза-обем;
3. Документ за дозиметричната верификация и допустимост на плана и резултати;
4. Документ за образно ръководене на лъчелечението – тип киловолтни и/или мегаволтни образи.

В индивидуалния картон за ЛЛ на всеки пациент се отбелязва встрани с подпис на лаборант, като честотата е съгласно болничния протокол. При проверка е наличен диагитално запазен документ в локалната мрежа за обмен на лъчетерапевтична информация.

Контрол на лъчеви реакции и туморен контрол

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1.Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

8.2.Документиране на диагностично- лечебния алгоритъм – в *“История на заболяването”*.

Дейностите, свързани с лъчелечение, се вписват в документ „Лист за перкутанно лъчелечение.

3.Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

- *“История на заболяването”;*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.4. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Как действа лъчелечението?

Йонизиращите лъчи проникват в тъканите и при всеки сеанс ликвидират част от заболелите клетки. В това отношение лъчелечението много прилича на безкръвна операция, ежедневно се стопяват определен брой клетки. Промените в здравите тъкани в хода на лечебния курс се изразяват като остра лъчева реакция и след шестия месец като лъчево усложнение, подобно на кървенето след операция и оставянето на белег. Облъчването, приложено преди операция намалява обема на тумора и създава условия за по-успешна и/или по-малка оперативна интервенция. В редица случаи лъчелечението е алтернативен метод на хирургичното лечение като се запазва целия орган или се съчетава с органозапазващи операции при съвременния консервативен подход в онкологията.

Принципът на лъчевото лечение се базира от една страна върху по-голямата уязвимост на болните клетки, а от друга - на по-високата способност на здравите тъкани да се възстановяват в периода между всяко облъчване. При високотехнологичното перкутанно лъчелечение лечебната доза не се прилага наведнъж, а се разпределя в няколко седмици - един път на ден, пет пъти седмично, с почивка в събота и неделя.

КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО

При Вас ще се провежда перкутанно лъчелечение, което означава облъчване през кожата. То се извършва с помощта на специално конструирани апарати. Това е основен метод за лечение на онкологичните заболявания. Лечението не е свързано с болка. То не се вижда, не се усеща и много прилича на правенето на рентгенова снимка.

Как се осъществява облъчването?

Пациентът се поставя да легне върху масата, където трябва да стои неподвижно по време на сеанса, тъй като лечебните лъчи са насочени много прецизно към болната част от тялото му. Болният остава сам в процедурната зала от една до десет минути, колкото трае един сеанс. Лечението се извършва чрез най-често в един до пет ежедневни сеанса. Пациентът не е опасен за своите близки, не е източник на лъчение. Той може спокойно да контактува с децата и близките си.

Надежден метод ли е лъчелечението?

Съвременните апаратите за облъчване осигуряват голяма прецизност, точност и акуратност при извършване на лечението с йонизиращи лъчения. Пациентите и персоналът са защитени от излишно облъчване.

През какви етапи преминава лечението?

Лъчелечението се провежда по специален план. Определят се точно мястото на облъчването, положението на тялото при лечебния сеанс и най-добрият начин да се облъчи болното място, при което максимално да се щадят здравите тъкани. Математическата обработка на данните се извършва от специалист по дозиметрия (физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика) с помощта на компютър. Лекарят и физикът решават как точно да се проведе лечението, каква обща доза да се приложи и на колко облъчвания тя да бъде разпределена. Областта на лъчелечението се може да се означи върху кожата, което изисква съхраняване на знаците. Това осигурява надеждна повторяемост на всеки сеанс. При използване на имобилизационни маски това не е необходимо. Пациентът се въвежда в процедурната зала и първото облъчване (първият сеанс) започва.

Пациентът е под наблюдение от медицинския екип, грижещ се за неговото здраве. Първоначално и периодично лечението и състоянието на пациента се разглеждат и обсъждат от разширен лекарски екип. Рентгеновият лаборант и медицинската сестра, ежедневно следят за състоянието на пациента. Лекуващият лекар наблюдава възникналите лъчеви реакции, грижи се за тяхната профилактика и лечение и препоръчва специален режим на хранене и евентуална почивка по време на лъчелечението.

Оплакванията са твърде индивидуални и са в зависимост от разположението и големината на облъчваната област. В някои случаи може да причини общи оплаквания: нарушение на съня, подтискане или загуба на апетита, гадене, повръщане, неспокойствие, гняв, апатия, чувство за вина и дори мисъл за отказ от лечение. Повечето реакции са временни като се развиват по време на облъчването и понякога могат да продължат месец след лъчелечението.

Вашият основен метод на лечение е Лъчелечение. Към него понякога се налага включването на някои медикаменти по следните причини:

1.1. Световните резултати са показали, че при някои заболявания лъчелечението се извършва едновременно с по- ниски дози химиотерапия или друг вид противотуморно лечение в инжекции или таблетки, които засилват неговия ефект. Това най-често се прилага при рака на матката, ректума, главата и шията, мозъка и др.

1.2. По време на лъчелечението се наблюдават някои реакции като:

зачервяване, ранички в устата, трудно болезнено преглъщане, нарушение на храненето

гадене, повръщане, което води до намаление на апетита, ослабване на тегло и затруднява лечението Ви,

За това са Ви необходими лекарства, които позволяват продължаване на лъчелечението, без вредното прекъсване, което намалява лечебния противотуморен ефект. За болката това са различни видове противоболкови лекарства във вид на таблетки, инжекции, лепенки и др.; за увеличение на хемоглобина, левкоцитите и др., които спадат по време на лечение исе прилагат т.н. растежни фактори, а против гадене и повръщане – специални лекарства, които овладяват симптомите и Ви позволяват безпрепятствено да продължите лъчелечението

ЛЪЧЕВИ РЕАКЦИИ

Облъчването на различните области на тялото е съпътствувано с различни реакции.

Тъй като лечението се провежда през кожата, при всички пациенти могат да се наблюдават кожни реакции. Кожата в полето на облъчването става чувствителна, може да се зачерви, по-късно да пигментира при излагане на слънце, да се появи сърбеж, излющване, временно потъмняване (пигментация). За облекчаване на тези нормални реакции е подходящо широко, памучно, не стягащо бельо. Желателно е напудряне на облъчваната кожа с детска или специална пудра, подсушаване на кожата преди облъчването, тъй като влажността засилва реакциите. Може да се появи временно разреждане и/или опадане на окосмяването само в облъчваната област.

При облъчване на **главния и гръбначния мозък** може да се получи оток на мозъка, който се коригира с прилагане на медикаменти

При облъчване на **устната кухина, гърлото и ларинкса** могат да се наблюдават реакции, които преминават след завършване на облъчването, най-често: болки при преглъщане, зачервяване на гърлото, поява на малки ранички и промени по кожата, описани по-горе.

При облъчване на **белия дроб и хранопровода** могат да се появяват следните реакции: затруднение и болки при преглъщане; кашлица.

При облъчване на **корема и таза** се наблюдават: временни реакции на червата, предизвикващи колики и диария; временни реакции на правото черво и ануса, свързано с тяжест, спазми, болка, кървене; временни реакции на пикочния мехур, водещи до парене, често уриниране, спазми, болка, кървене; временни реакции на влагалището – сърбеж, зачервяване, оскъдно кървене; временни реакции на ануса – зачервяване, дразнене, парене, болка.

Лекуващия лекар обсъжда хигиенния и диетичен режим, който следва да се спазва по време и след провеждането на лечението. Включването на медикаменти облекчава всички лъчеви реакции и прави лечението поносимо.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ), КОЙТО ЖЕЛАЕ ДА НОЩУВА ИЗВЪН СТАЦИОНАРА

Поради голямата продължителност на лъчелечението широко разпространена световна и българска практика е, пациентите да се лекуват, без да нощуват в стационара. Това се отнася за всички пациенти провеждащи лъчелечение, при които няма медицински показания за денонощно наблюдение.

Информация за пациента, желаещ да провежда лъчелечение, без да нощува в стационара:

Нощуването извън стационара на клиника/отделение по лъчелечение е само по собствено желание на пациента. Никой не може да Ви оказва натиск, да вземете решение за това.

Няма разлика в процедурите, медикаментите и схемата на лечението при пациентите, които нощуват в и извън стационара.

Вие можете да нощувате извън стационара само със съгласието на Вашия лекуващ лекар.

Съгласието да нощувате извън стационара се отразява от Вашия лекуващ лекар в ИЗ. Съгласието за това се дава еднократно в началото на лечението и е възможно да се преоцени при промяна на състоянието на пациента.

Вие подписвате съответния формуляр, че желаете да се лекувате, без да нощувате в стационара и сте информиран за условията за това.

Пациентът се задължава да спазва посочения час за провеждане на лъчелечение.

При необходимост от промяна е длъжен предварително да уведоми персонала на клиника/отделение по лъчелечение.

Пациентът е информиран, че има правото и задължението да уведомява своевременно персонала на клиниката/отделение по лъчелечение за всяка промяна на състоянието си по време на лечението.

За промяната в състоянието се съобщава при посещението на пациента за провеждане на лъчелечение или при нужда по телефона на дежурната сестра на клиниката/отделението по всяко време.

При поява на други оплаквания, свързани с основното или друго заболяване, пациентът има правото да се обърне за помощ, към лекуващото го здравно заведение.

КП № 250 ТРИИЗМЕРНО КОНФОРМАЛНО ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ

1. 250.1 Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени до 20 фракции и продължителност на лечението от 3 до 30 дни

1. 250.2 Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с приложени 20 и повече фракции и продължителност на лечението 30 и повече дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

При тези видове лъчелечение като основна диагноза се поставя код Z51.0, а като придружаващо заболяване съответният код на злокачественото или доброкачествено новообразувание.

Други видове медицинска помощ

Не включва: последващо изследване след лечение (Z08—Z09)

Z51.0 Курс радиотерапия (поддържащ)

Злокачествено новообразувание на устната

Не включва: кожа на устната (C43.0, C44.0)

C00.0 Външна повърхност на горната устна
Горна устна:
- БДУ
- външна повърхност
- червена ивица [vermilion border]

C00.1 Външна повърхност на долната устна
Долна устна:
- БДУ
- външна повърхност
- червена ивица

C00.2 Външна устна, неуточнена
Червена ивица БДУ

C00.3 Горна устна, вътрешна повърхност
Горна устна:
- букална повърхност
- френулум
- лигавица (мукоза)
- устна повърхност

C00.4 Долна устна, вътрешна повърхност
Долна устна:
- букална повърхност
- френулум
- лигавица
- устна повърхност

C00.5 Устна, неуточнена, вътрешна повърхност
Устна, неуточнена като горна или долна:
- букална повърхност
- френулум
- лигавица
- устна повърхност

C00.6 Комисура на устните

C00.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на устните

C01 Злокачествено новообразувание на основата на езика
Горна повърхност на основата на езика
Неподвижна част на езика БДУ
Задна трета на езика

Злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на езика

C02.0 Горна повърхност на езика
Предните две-трети на езика, горна повърхност
Не включва: горна повърхност на основата на езика (C01)
C02.1 Странични ръбове на езика
Връх на езика
C02.2 Долна повърхност на езика
Предните две-трети на езика, долна повърхност
Френулум на езика
C02.3 Предните две-трети на езика, неуточнена част
Средна част на езика БДУ
Подвижна част на езика БДУ
C02.4 Езикова сливица
Не включва: сливица БДУ (C09.9)
C02.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на езика
Злокачествено новообразувание на езика, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C01—C02.4

Злокачествено новообразувание на венците
Включва: алвеоларна лигавица
гингива
Не включва: злокачествени одонтогенни новообразувания (C41.0—C41.1)
C03.0 Горен венец
C03.1 Долен венец
C03.9 Венец, неуточнен

Злокачествено новообразувание на пода на устната кухина
C04.0 Предна част на пода на устната кухина
Предна част на премоларно-канинната област
C04.1 Странична част на пода на устната кухина
C04.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на пода на устната кухина

Злокачествено новообразувание на небцето
C05.0 Твърдо небце
C05.1 Меко небце
Не включва: назо-фарингеална повърхност на мекото небце (C11.3)
C05.2 Увула (мъжец)
C05.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на пода на небцето
C05.9 Небце, неуточнено
Свод на устната кухина

Злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на устната кухина
C06.0 Лигавица на бузите
Вътрешна повърхност на бузите БДУ
Лигавица на бузите
C06.1 Предверие на устната кухина
Бразда (сулкус) на бузата (горна)(долна)
Бразда (сулкус) на устната (горна)(долна)
C06.2 Ретромоларна област
C06.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на други и неуточнени части на устната кухина

C07 Злокачествено новообразувание на околоушната слюнчена жлеза (паротис)

Злокачествено новообразувание на друга и неуточнена част на големите слюнчени жлези
Не включва: злокачествени новообразувания на малките слюнчени жлези, които се класифицират според тяхната анатомична локализация
злокачествени новообразувания на малките слюнчени жлези БДУ (C06.9)
паротидна жлеза (C07)
C08.0 Подчелюстна жлеза (субмандибуларна)

Субмаксиларна жлеза
C08.1 Подезична жлеза (сублингвална)
C08.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на големите слюнчени жлези
Злокачествено новообразуване на големите слюнчени жлези, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C07—C08.1

Злокачествено новообразуване на сливицата (тонзила)
Не включва: езикова тонзила (C02.4)
фарингеална тонзила (C11.1)
C09.0 Тонзиларна ямка
C09.1 Тонзиларна дъга (предна) (задна)
C09.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на тонзилата
C09.9 Тонзила, неуточнена
Тонзила:
- БДУ
- фауциална
- небна

Злокачествено новообразуване на орофаринкса (мезофаринкс)
Не включва: тонзила (C09.—)
C10.0 Валекула
C10.1 Предна повърхност на епиглотиса
Епиглотис, свободен ръб
Глосо-епиглотисна гънка(и)
Не включва: епиглотис (супрахиоидеум) БДУ (C32.1)
C10.2 Странична стена на орофаринкса
C10.3 Задна стена на орофаринкса
C10.4 Бранхиална цепка
Бранхиална киста [локализация на новообразуване]
C10.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на орофаринкса
Гранична област на орофаринкса

Злокачествено новообразуване на носоглътката (назофаринкс)
C11.0 Горна стена на назофаринкса
Свод на назофаринкса
C11.1 Задна стена на назофаринкса
Аденоидни вегетации
Фарингеална тонзила
C11.2 Странична стена на назофаринкса
Ямка на Rosenmuller
Отвор на Евстахиевата тръба
Фарингеален рецесус
C11.3 Предна стена на назофаринкса
Под на назофаринкса
Назофарингеална (предна)(задна) повърхност на мекото небце
Заден край на носа:
- раковини
- преграда (септум)

C11.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на назофаринкса

C12 Злокачествено новообразуване на пириформения синус
Пириформена ямка

Злокачествено новообразуване на хипофаринкса
Не включва: пириформен синус (C12)
C13.0 Посткрикоидна област
C13.1 Ариепиглотисна гънка, обърната към хипофаринкса
Ариепиглотисна гънка:

• БДУ
• гранична (маргинална) зона
Не включва: ариепиглотисна гънка, обърната към ларинкса (C32.1)

C13.2 Задна стена на хипофаринкса

C13.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на хипофаринкса

Злокачествено новообразувание с други и неточно определени локализации на устните, устната кухина и фаринкса

Не включва: устна кухина БДУ (C06.9)

C14.0 Фаринкс, неуточнен

C14.2 Пръстен на Waldeyer (тонзиларен)

C14.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на устните, устната кухина и фаринкса
Злокачествено новообразувание на устните, устната кухина и фаринкса, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C00—C14.2

Злокачествено новообразувание на хранопровода

Забележка: Предлагат се две алтернативни субкласификации:
.0—.2 по анатомично описание
.3—.5 по трета на органа
Това отклонение от принципа, според който рубриките следва да се изключват взаимно, е преднамерено, и въпреки че се използват и двете терминологични форми, отделните анатомични области не са сходни.

C15.0 Шийната част на хранопровода

C15.1 Гръдната част на хранопровода

C15.2 Коремната част на хранопровода

C15.3 Горната трета на хранопровода

C15.4 Средната трета на хранопровода

C15.5 Долната трета на хранопровода

C15.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на хранопровода

C19 Злокачествено новообразувание на ректосигмоидалната област
Колон с ректум
Ректосигмоидална област (колон)

C20 Злокачествено новообразувание на правото черво (ректум)
Ампула ректи

З**локачествено новообразувание на ануса и аналния канал**

C21.0 Анус, неуточнена локализация
Не включва: анален(-на):
• ръб (C43.5, C44.5)
• кожа (C43.5, C44.5)
перианална кожа (C43.5, C44.5)

C21.1 Анален канал
Сфинктер на ануса

C21.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на ректума, ануса и аналния канал
Аноректална област
Анус с ректум
Злокачествено новообразувание на ректума, ануса и аналния канал, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C20—C21.2

Злокачествено новообразувание на носната кухина и средното ухо

C30.0 Носна кухина
Хрущял на носа
Носни раковини
Вътрешна част на носа
Преграда (септум) на носа

Вестибулум на носа
Не включва: кост на носа (C41.0)
нос БДУ(C76.0)
обонятелна луковица (C72.2)
заден край на носната преграда и раковините (C11.3)
кожа на носа (C43.3, C44.3)

C30.1 Средно ухо
Евстахиева тръба
Вътрешно ухо
Мастоидни клетки
Не включва: слухов канал (външен) (C43.2, C44.2)
кости на ухото (меатус) (C41.0)
хрущял на ухото (C49.0)
кожа на (външно) ухо (C43.2, C44.2)

Злокачествено новообразуване на синусите

C31.0 Максиларен синус
Антрум (на Highmore) (максиларен)
C31.1 Етмоидален синус
C31.2 Фронтален синус
C31.3 Сфеноидален синус
C31.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на синусите

Злокачествено новообразуване на ларинкса

C32.0 Глотис
Ларинкс (вътрешен)
Гласна връзка (истинска) БДУ
C32.1 Супраглотис
Ариепиглотисна гънка, обърната към ларинкса
Епиглотис (супрахиоидна част) БДУ
Външен ларинкс
Лъжлива гласна връзка
Задна (ларингеална) повърхност на епиглотиса
Вентрикуларни гънки
Не включва: предна повърхност на епиглотиса (C10.1)
ариепиглотисна гънка:
- БДУ (C13.1)
- хипофарингеална част (C13.1)
- маргинална зона (C13.1)

C32.2 Субглотис
C32.3 Ларингеален хрущял
C32.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на ларинкса

C33 Злокачествено новообразуване на трахеята

Злокачествено новообразуване на бронхите и белия дроб

C34.0 Главни бронхи
Карина
Хилус (на белия дроб)
C34.1 Горен лоб, бронх или бял дроб
C34.2 Среден лоб, бронх или бял дроб
C34.3 Долен лоб, бронх или бял дроб
C34.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на бронха или белия дроб

C37 Злокачествено новообразуване на тимуса

Злокачествено новообразуване на сърцето, медиастинума и плеврата

Не включва: мезотелиом (C45.—)
C38.1 Преден медиастинум
C38.2 Заден медиастинум
C38.3 Медиастинум, неуточнена част

C38.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на сърцето, медиастинума и плеврата

Злокачествено новообразувание на костите и ставните хрущяли на крайниците

C40.0 Лопатка (скапула) и дълги кости на горен крайник
C40.1 Къси кости на горен крайник
C40.2 Дълги кости на долен крайник
C40.3 Къси кости на долен крайник
C40.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на костите и ставните хрущяли на крайниците

Злокачествено новообразувание на костите и ставните хрущяли с други и неуточнени локализации

Не включва: кости на крайниците (C40.—)
хрущял на:
• ухо (C49.0)
• ларинкс (C32.3)
• крайници (C40.—)
• нос (C30.0)

C41.0 Кости на черепа и лицето
Челюст (максила) (горна)
Орбитална кост
Не включва: карцином от всеки друг вид, освен вътрекостен или одонтогенен карцином на:
• максиларен синус (C31.0)
• горна челюст (C03.0)
кости на челюст (долна) (C41.1)

C41.1 Долна челюст (мандибула)
Кост на долна челюст
Не включва: карцином от всеки друг вид, освен вътрекостен или одонтогенен карцином на:
• челюст БДУ (C03.9)
• долна (C03.1)
кост на горна челюст (C41.0)

C41.2 Гръбначен стълб
Не включва: сакрална и опашна кост (C41.4)

C41.3 Ребра, гръдна кост и ключица

C41.4 Кости на таза, сакрума и опашката

C41.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на костите и ставните хрущяли
Злокачествено новообразувание на костите и ставните хрущяли, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C40—C41.4

Злокачествен меланом на кожата

Включва: морфологични кодове M872—M879 с код за характера на новообразуването /3
Не включва: злокачествен меланом на кожата на половите органи (C51—C52, C60.—, C63.—)

C43.0 Злокачествен меланом на устната
Не включва: червена ивица на устната (C00.0—C00.2)

C43.1 Злокачествен меланом на клепача, включително ъгъла на клепачната цепка

C43.2 Злокачествен меланом на ухото и външния слухов канал

C43.3 Злокачествен меланом на други и неуточнени части на лицето

C43.4 Злокачествен меланом на окосмената част на главата и шията

C43.5 Злокачествен меланом на тялото
Анални:
• ръб
• кожа
Перианална кожа
Кожа на млечната жлеза
Не включва: анус БДУ (C21.0)

C43.6 Злокачествен меланом на горен крайник, включително областта на раменния пояс

C43.7 Злокачествен меланом на долен крайник, включително тазобедрената област

C43.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на злокачествения меланом на кожата
C43.9 Злокачествен меланом на кожата, неуточнен
Меланом (злокачествен) БДУ

Други злокачествени новообразувания на кожата

Включва: злокачествено новообразувание на:
• мастните жлези
• потните жлези
Не включва: сарком на Kaposi (C46.—)
злокачествен меланом на кожата (C43.—)
кожа на половите органи (C51—C52, C60.—, C63.—)

C44.0 Кожа на устните
Базоцелуларен карцином на устните
Не включва: злокачествено новообразувание на устните (C00.—)
C44.1 Кожа на клепачите, включително ъглите на клепачните цепки
Не включва: съединителна тъкан на клепачите (C49.0)
C44.2 Кожа на ухото и външния слухов канал
Не включва: съединителна тъкан на ухото (C49.0)
C44.3 Кожа на други и неуточнени части на лицето
C44.4 Кожа на окосмената част на главата и шията
C44.5 Кожа на тялото
Анални:
• ръб
• кожа
Перианална кожа
Кожа на млечната жлеза
Не включва: анус БДУ (C21.0)
C44.6 Кожа на горен крайник, включително областта на раменния пояс
C44.7 Кожа на долен крайник, включително тазобедрената област
C44.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на кожата

Злокачествено новообразувание на периферните нерви и вегетативната нервна

Включва: симпатикусови и парасимпатикусови нерви и ганглии
C47.0 Периферни нерви на главата, лицето и шията
Не включва: периферни нерви на орбитата (C69.6)
C47.1 Периферни нерви на горен крайник, включително областта на раменния пояс
C47.2 Периферни нерви на долен крайник, включително тазобедрената област
C47.6 Злокачествено новообразувание на периферни нерви на тялото, неуточнено
C47.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на периферните нерви и вегетативната нервна система
C47.9 Периферни нерви и вегетативна нервна система, с неуточнена локализация

Злокачествено новообразувание на ретроперитонеума и перитонеума

Не включва: сарком на Kaposi (C46.1)
мезотелиом (C45.—)
C48.0 Ретроперитонеум

Злокачествено новообразувание на съединителната и другите меки тъкани

Включва: кръвоносни съдове
бурса
хрущял
фасция
мастна тъкан
лигамент, без този на матката
лимфни съдове
мускули
синовиална мембрана
сухожилие (сухожилно влагалище)
Не включва: хрущял на:
• става (C40—C41)
• ларинкс (C32.3)

• нос (C30.0)
съединителна тъкан на млечната жлеза (C50.—)
сарком на Kaposi (C46.—)
мезотелиом (C45.—)
периферни нерви и вегетативна нервна истема (C47.—)
перитонеум (C48.—)
ретроперитонеум (C48.0)

C49.0 Съединителна и меки тъкани на главата, лицето и шията
Съединителна тъкан на:
• ухо
• клепач
Не включва: съединителна тъкан на орбитата (C69.6)

C49.1 Съединителна и меки тъкани на горен крайник, включително областта на раменния пояс

C49.2 Съединителна и меки тъкани на долен крайник, включително тазобедрената област

C49.3 Съединителна и меки тъкани на гръдния кош
Аксила
Диафрагма
Големи кръвоносни съдове
Не включва: млечна жлеза (C50.—)
сърце (C38.0)
медиастинум (C38.1—C38.3)
тимус (C37)

C49.4 Съединителна и меки тъкани на корема
Коремна стена
Хипохондриум

C49.5 Съединителна и меки тъкани на таза
Ингвинална област
Седалище
Перинеум

C49.6 Съединителна и меки тъкани на тялото, с неуточнена локализация
Гръб БДУ

C49.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на съединителната и меките тъкани
Злокачествено новообразувание на съединителната и меките тъкани, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C47—C49.6

Злокачествено новообразувание на млечната жлеза

Включва: съединителна тъкан на млечната жлеза
Не включва: кожа на млечната жлеза (C43.5—C44.5)

C50.0 Мамила и ареола
C50.1 Централна част на млечната жлеза
C50.2 Горен вътрешен квадрант на млечната жлеза
C50.3 Долен вътрешен квадрант на млечната жлеза
C50.4 Горен външен квадрант на млечната жлеза
C50.5 Долен външен квадрант на млечната жлеза
C50.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на млечната жлеза

Злокачествено новообразувание на вулвата

C51.0 Голяма срамна устна (лабия)
Бартолинова жлеза
C51.1 Малка срамна устна
C51.2 Клитор
C51.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на вулвата

C52 Злокачествено новообразувание на влагалището (вагина)

Злокачествено новообразувание на шийката на матката (цервикс)

C53.0 Ендоцервикс
C53.1 Екзоцервикс
C53.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на

шийката на матката

Злокачествено новообразувание на тялото на матката

C54.0 Истмус на матката
Долен маточен сегмент
C54.1 Ендометриум
C54.2 Миометриум
C54.3 Дъно (фундус) на матката
C54.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на тялото на матката

C56 Злокачествено новообразувание на яйчника

Злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на женските полови органи

C57.0 Фалопиева тръба
Овидукт
Маточна тръба
C57.1 Широка връзка
C57.2 Кръгла връзка
C57.3 Параметриум
Маточна връзка БДУ
C57.7 Други уточнени части на женски полови органи
Волфово тяло или канал
C57.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на женските полови органи
Злокачествено новообразувание на женските полови органи, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C51—C57.7, C58
Тубо-овариум
Утеро-овариум

Злокачествено новообразувание на пениса

C60.0 Препуциум
Крайна плът
C60.1 Гланс пенис
C60.2 Тяло на пениса
Корпус кавернозум
C60.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на пениса

C61 Злокачествено новообразувание на простатата

Злокачествено новообразувание на тестиса

C62.0 Недесцендирал тестис
Ектопичен тестис [локализация на новообразувание]
Ретениран тестис [локализация на новообразувание]
C62.1 Десцендирал тестис
Скротален тестис
C62.9 Злокачествено новообразувание на тестис, неуточнено

Злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на мъжките полови органи

C63.0 Епидидим
C63.1 Семенна връв
C63.2 Скротум
Кожа на скротума
C63.7 Други уточнени части на мъжките полови органи
Семенно мехурче (везикула семиналис)
Туника вагиналис
C63.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на мъжките полови органи
Злокачествено новообразувание на мъжките полови органи, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C60—C63.7

C64 Злокачествено новообразуване на бъбрека, с изключение на бъбречното легенче
Не включва: бъбречни:
• чашки (C65)
• легенчета (C65)

C65 Злокачествено новообразуване на бъбречното легенче
Пелвиоуретерална област
Бъбречни чашки

C66 Злокачествено новообразуване на уретера
Не включва: уретерен отвор на пикочния мехур (C67.6)

Злокачествено новообразуване на пикочния мехур

C67.0 Триъгълник на пикочния мехур
C67.1 Купол на пикочния мехур
C67.2 Латерална стена на пикочния мехур
C67.3 Предна стена на пикочния мехур
C67.4 Задна стена на пикочния мехур
C67.5 Шийка на пикочния мехур
Вътрешен уретрален отвор
C67.6 Отвор на уретера (орифициум)
C67.7 Урахус
C67.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на пикочния мехур

Злокачествено новообразуване на други и неуточнени части на пикочните органи

Не включва: пикочо-полов тракт БДУ
женски(C57.9)
мъжки (C63.9)
C68.0 Уретра
Не включва: уретрален отвор на пикочния мехур (C67.5)
C68.1 Парауретрални жлези
C68.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на пикочните органи
Злокачествено новообразуване на пикочните органи, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C64—C68.1

Злокачествено новообразуване на окото и неговите придатъци

Не включва: съединителна тъкан на клепачите (C49.0)
кожа на клепачите (C43.1, C44.1)
зрителен нерв (C72.3)
C69.0 Конюнктива
C69.1 Роговица
C69.2 Ретина
C69.3 Хориоидея
C69.4 Цилиарно тяло
Очна ябълка
C69.5 Слъзна жлеза и канали
Слъзна торбичка
Слъзноносов канал
C69.6 Орбита
Съединителна тъкан на орбитата
Екстраокуларен мускул
Периферни нерви на орбитата
Ретробулбарна тъкан
Ретроокуларна тъкан
Не включва: орбитална кост (C41.0)
C69.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на окото и неговите придатъци

Злокачествено новообразуване на мозъчните обвивки (менинги)

C70.0 Церебрални менинги

C70.1 Спинални менинги
C70.9 Злокачествено новообразувание на менинги, неуточнено

Злокачествено новообразувание на главния мозък

Не включва: черепномозъчни нерви (C72.2—C72.5)
ретробулбарна тъкан (C69.6)

C71.0 Главен мозък, с изключение на дяловете (лобове) и стомахчетата (вентрикули)
Мазолесто тяло (Corpus callosum)
Надмозъчна обвивка (супратенториум) БДУ
C71.1 Фронтален лоб
C71.2 Темпорален лоб
C71.3 Париетален лоб
C71.4 Окципитален лоб
C71.5 Мозъчно стомахче
Не включва: четвъртия вентрикул (C71.7)
C71.6 Малък мозък
C71.7 Мозъчен ствол
Четвърти вентрикул
Подмозъчна обвивка (инфратенториум) БДУ
C71.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на главния мозък

Злокачествено новообразувание на гръбначния мозък, черепномозъчните нерви и други части на централната нервна система

Не включва: менинги (C70.—)
периферни нерви и вегетативна нервна система (C47.—)

C72.0 Гръбначен мозък
C72.1 Конска опашка (кауда еквина)
C72.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на главния мозък и другите части на централната нервна система
Злокачествено новообразувание на главния мозък и другите части на централната нервна система, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C70—C72.5

C73 Злокачествено новообразувание на щитовидната жлеза

Злокачествено новообразувание на надбъбречната жлеза

C74.0 Кора (кортекс) на надбъбречната жлеза
C74.1 Медула на надбъбречната жлеза

Злокачествено новообразувание на други ендокринни жлези и сродни структури

Не включва: надбъбречна жлеза (C74.—)
ендокринна част на панкреаса (C25.4)
яйчник (C56)
тестис (C62.—)
тимус (C37)
щитовидна жлеза (C73)

C75.0 Паращитовидна жлеза
C75.1 Хипофиза
C75.2 Краниофарингеален канал
C75.3 Епифизна (пинеална) жлеза
C75.4 Каротидни телца
C75.5 Аортно телце и други параганглии
C75.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза, неуточнена
Забележка: Ако локализациите на множествените лезии са известни, те трябва да бъдат кодирани поотделно.

Вторично и неуточнено злокачествено новообразувание на лимфните възли

Не включва: злокачествено новообразувание на лимфните възли, уточнено като първично (C81—C88, C96.—)

C77.0 Лимфни възли на глава, лице и шия
Надключечни лимфни възли

C77.1 Интраторакални лимфни възли
C77.2 Интраабдоминални лимфни възли
C77.3 Лимфни възли на подмишницата и горния крайник
Пекторални лимфни възли
C77.4 Лимфни възли на ингвиналната област и долния крайник
C77.5 Лимфни възли на таза
C77.8 Лимфни възли с множествени локализации

Вторично злокачествено новообразуване на дихателната и храносмилателната системи

C78.0 Вторично злокачествено новообразуване на белия дроб
C78.1 Вторично злокачествено новообразуване на медиастинума
C78.2 Вторично злокачествено новообразуване на плеврата
C78.3 Вторично злокачествено новообразуване на други и неуточнени дихателни органи
C78.4 Вторично злокачествено новообразуване на тънките черва
C78.5 Вторично злокачествено новообразуване на дебелото черво и ректума
C78.6 Вторично злокачествено новообразуване на ретроперитонеума и перитонеума
Злокачествен асцит БДУ
C78.7 Вторично злокачествено новообразуване на черния дроб
C78.8 Вторично злокачествено новообразуване на други и неуточнени храносмилателни органи

Вторично злокачествено новообразуване с други локализации

C79.0 Вторично злокачествено новообразуване на бъбрека и бъбречното легенче
C79.1 Вторично злокачествено новообразуване на пикочния мехур, други и неуточнени пикочни органи
C79.2 Вторично злокачествено новообразуване на кожата
C79.3 Вторично злокачествено новообразуване на главния мозък и мозъчните обвивки
C79.4 Вторично злокачествено новообразуване на други и неуточнени части на нервната система
C79.5 Вторично злокачествено новообразуване на кости и костен мозък
C79.6 Вторично злокачествено новообразуване на яйчник
C79.7 Вторично злокачествено новообразуване на надбъбречната жлеза
C79.8 Вторично злокачествено новообразуване с други уточнени локализации

C80 Злокачествено новообразуване с неуточнена локализация
Рак
Карцином
Карциноматоза
Генерализиран:
рак
злокачествен тумор
Злокачествен тумор
с неуточнена локализация
(първична) (вторична)
Множествен рак
Злокачествена кахексия
Първичната локализация е неизвестна

Болест на Hodgkin

Включва: морфологични кодове M965—M966 с код за характера на новообразуването /3
C81.0 Лимфоцитно преобладаване
Лимфоцитно-хистиоцитно преобладаване
C81.1 Нодуларна склероза
C81.2 Смесен целуларитет
C81.3 Лимфоцитно изчерпване
C81.7 Друга болест на Hodgkin
C81.9 Болест на Hodgkin, неуточнена

Фоликуларен [нодуларен] нехочкинов лимфом

Включва: фоликуларен нехочкинов лимфом със или без дифузни области
морфологичен код M969 с код за характера на новообразуването /3
C82.0 Дребноклетъчен с назъбени ядра, фоликуларен
C82.1 Смесен, дребноклетъчен с назъбени ядра и едроклетъчен, фоликуларен

C82.2 Едроклетъчен, фоликуларен
C82.7 Други видове на фоликуларен нехочкинов лимфом
C82.9 Фоликуларен нехочкинов лимфом, неуточнен
Нодуларен нехочкинов лимфом БДУ

Дифузен нехочкинов лимфом

Включва: морфологични кодове M9593, M9595, M967—M968 с код за характера на новообразуването /3

C83.0 Дребноклетъчен (дифузен)
C83.1 Дребноклетъчен с назъбени ядра (дифузен)
C83.2 Смесен, дребноклетъчен и едроклетъчен (дифузен)
C83.3 Едроклетъчен (дифузен)
Ретикулосарком
C83.4 Имунобластен (дифузен)
C83.5 Лимфобластен (дифузен)
C83.6 Недиференциран (дифузен)
C83.7 Тумор на Burkitt
C83.8 Други видове дифузен нехочкинов лимфом
C83.9 Дифузен нехочкинов лимфом, неуточнен

Периферни и кожни Т-клетъчни лимфоми

Включва: морфологичен код M970 с код за характера на новообразуването /3

C84.0 Mycosis fungoides
C84.1 Болест на Sezary
C84.2 Т-зонов лимфом
C84.3 Лимфоепителоиден лимфом
Лимфом на Lennert
C84.4 Периферен Т-клетъчен лимфом
C84.5 Други и неуточнени Т-клетъчни лимфоми
Забележка: Ако Т-клетъчният произход или включване се споменава във връзка със специфичен лимфом, следва да се кодира по-специфичното описание.

Други и неуточнени типове на нехочкинов лимфом

Включва: морфологични кодове M9590—M9592, M9594, M971 с код за характера на новообразуването /3

C85.0 Лимфосарком
C85.1 В-клетъчен лимфом, неуточнен
Забележка: Ако В-клетъчният произход или включване се споменава във връзка със специфичен лимфом, следва да се кодира по-специфичното описание.
C85.7 Други уточнени типове на нехочкинов лимфом
Злокачествен:
- ретикулоендотелиоза
- ретикулоза

Микроглиом
C85.9 Нехочкинов лимфом, неуточнен
Лимфом БДУ
Злокачествен лимфом БДУ
Нехочкинов лимфом БДУ

Злокачествени имунопролиферативни болести

Включва: морфологичен код M976 с код за характера на новообразуването /3

C88.0 Макроглобулинемия на Waldenstrom
C88.1 Болест на алфа-тежките вериги
C88.2 Болест на гама-тежките вериги
Болест на Franklin
C88.3 Имунопролиферативна болест на тънките черва
Средиземноморски лимфом
C88.7 Други злокачествени имунопролиферативни болести
C88.9 Злокачествени имунопролиферативни болести, неуточнени
Имунопролиферативна болест БДУ

Множествен миелом и злокачествени плазмоклетъчни новообразувания

Включва: морфологични кодове M973, M9830 с код за характера на новообразуването /3

C90.0 Множествен миелом
Болест на Kahler
Миеломатоза
Не включва: солитарен миелом (C90.2)

C90.1 Плазмоклетъчна левкемия

C90.2 Плазмоцитом, екстрамедуларен
Злокачествен плазмоклетъчен тумор БДУ
Плазмоцитом БДУ
Солитарен миелом

Лимфоидна левкемия

Включва: морфологични кодове M982, M9940—M9941 с код за характера на новообразуването /3

C91.0 Остра лимфобластна левкемия
Не включва: остър пристъп на хронична лимфоцитна левкемия (C91.1)

C91.1 Хронична лимфоцитна левкемия

C91.2 Подостра лимфоцитна левкемия

C91.3 Пролимфоцитна левкемия

C91.4 Косматоклетъчна левкемия
Левкемична ретикулоендотелиоза

C91.5 Т-клетъчна левкемия при възрастни

C91.7 Друга лимфоидна левкемия

C91.9 Лимфоидна левкемия, неуточнена

Миелоидна левкемия

Включва: левкемия:
• гранулоцитна
• миелогенна
морфологични кодове M986—M988, M9930 с код за характера на новообразуването /3

C92.0 Остра миелоидна левкемия
Не включва: остър пристъп на хронична миелоидна левкемия (C92.1)

C92.1 Хронична миелоидна левкемия

C92.2 Подостра миелоидна левкемия

C92.3 Миелоиден сарком
Хлором
Гранулоцитен сарком

C92.4 Остра промиелоцитна левкемия

C92.5 Остра миеломоноцитна левкемия

C92.7 Друга миелоидна левкемия

C92.9 Миелоидна левкемия, неуточнена

Моноцитна левкемия

Включва: моноцитоидна левкемия
морфологичен код M989 с код за характера на новообразуването /3

C93.0 Остра моноцитна левкемия
Не включва: остър пристъп на хронична моноцитна левкемия (C93.1)

C93.1 Хронична моноцитна левкемия

C93.2 Подостра моноцитна левкемия

C93.7 Друга моноцитна левкемия

C93.9 Моноцитна левкемия, неуточнена

Други левкемии с уточнен клетъчен вид

Включва: морфологични кодове M984, M9850, M9900, M9910, M9931—M9932 с код за характера на новообразуването /3
Не включва: левкемична ретикулоендотелиоза (C91.4)
плазмоклетъчна левкемия (C90.1)

C94.0 Остра еритремия и еритролевкемия
Остра еритремична миелоза
Болест на Di Guglielmo

C94.1 Хронична еритремия
Болест на Heilmeyer-Schqner
C94.2 Остра мегакариобластна левкемия
Левкемия:
• мегакариобластна (остра)
• мегакариоцитна (остра)
C94.3 Мастоклетъчна левкемия
C94.4 Остра панмиелоза
C94.5 Остра миелофиброза
C94.7 Друга уточнена левкемия
Левкемия с лимфосаркомни клетки

Левкемия с неуточнен клетъчен тип

Включва: морфологичен код M980 с код за характера на новообразуването /3
C95.0 Остра левкемия с неуточнен клетъчен тип
Бластна левкемия
Стволоклетъчна левкемия
Не включва: остър пристъп на неуточнена хронична левкемия (C95.1)
C95.1 Хронична левкемия с неуточнен клетъчен тип
C95.2 Подостра левкемия с неуточнен клетъчен тип
C95.7 Друга левкемия с неуточнен клетъчен тип
C95.9 Левкемия, неуточнена

Други и неуточнени злокачествени новообразувания на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани

Включва: морфологични кодове M972, M974 с код за характера на новообразуването /3
C96.0 Болест на Letterer-Siwe
Нелипидна:
• ретикулоендотелиоза
• ретикулоза
C96.1 Злокачествена хистиоцитоза
Хистиоцитна медуларна ретикулоза
C96.2 Злокачествен мастоклетъчен тумор
Злокачествен:
• мастоцитом
• мастоцитоза
Мастоклетъчен сарком
Не включва: мастоклетъчна левкемия (C94.3)
мастоцитоза (кожна) (Q82.2)
C96.3 Истински хистиоцитен лимфом
C96.7 Други уточнени злокачествени новообразувания на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани

Хемангиом и лимфангиом с каквато и да е локализация

Включва: морфологични кодове M912—M917 с код за характера на новообразуването /0
Не включва: син или пигментен невус (D22.—)
D18.0 Хемангиом с каквато и да е локализация
Ангиом БДУ
D18.1 Лимфангиом с каквато и да е локализация

Доброкачествено новообразуване на мозъчните обвивки (менингите)

D32.0 Обвивки на главния мозък
D32.1 Обвивки на гръбначния мозък

Доброкачествено новообразуване на други и неуточнени ендокринни жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27)
тестис (D29.2)
тимус (D15.0)
D35.2 Доброкачествено образуване на хипофизата
D35.3 Краниофарингеален канал

D35.4 Епифизна (пинеална) жлеза

Доброкачествено новообразуване с други и неуточнени локализации

D36.0 Лимфни възли
D36.1 Периферни нерви и вегетативна нервна система
Не включва: периферни нерви на орбитата (D31.6)
D36.7 Други уточнени локализации
Нос БДУ

Тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм]

Не включва: хроничен тиреоидит с преходна тиреотоксикоза (E06.2)
неонатална тиреотоксикоза (P72.1)
E05.3 Тиреотоксикоза от ектопична тиреоидна тъкан – малигнен екзофталм

Болести на орбитата

Не включва: вродени аномалии на орбитата (Q10.7)
H05.1 Хронични възпалителни болести на орбитата
Гранулом на орбитата

Други болести на конюнктивата

Не включва: кератоконюнктивит (H16.2)
H11.0 Птеригиум
Не включва: псевдоптеригиум (H11.8)

Други болести на ретината

H35.0 Фонова ретинопатия и ретинални съдови изменения
Изменения в ретиналната съдова картина
Ретинални:
- микроаневризми
- неоваскуларизация
- периваскулит
- варици
- съдови обвивки
- васкулит

Ретинопатия:
- БДУ
- фонова БДУ
- на Coats
- ексудативна
- хипертензивна

H35.1 Преретинопатия
Ретролентикуларна фиброплазия
H35.2 Друга пролиферативна ретинопатия
Пролиферативна витреоретинопатия
Не включва: пролиферативна витреоретинопатия с отлепване на ретината (H33.4)
H35.3 Дегенерация на макулата и задния полюс
Ангиоидни ивици
Киста
Друзи (дегенеративни) — на макулата
Отвор
Сбръчкване
Дегенерация на Kuhnt-Junius
Старческа дегенерация на макулата (атрофична)(ексудативна)
Токсична макулопатия
При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало увреждане, се използва допълнителен код на външни причини (клас XX).
H35.4 Периферни ретинални дегенерации
Дегенерация на ретината:
- БДУ
- мрежовидна
- микрокистозна

• палисадна
• паважна
• ретикуларна
Не включва: с разкъсване на ретината (H33.3)

H35.5 Наследствени ретинални дистрофии
Дистрофия:
• ретинална (пигментна)(албипунктатна)(вителиформена)
• тапеторетинална
• витреоретинална
Пигментен ретинит
Болест на Stargardt

H35.6 Ретинална хеморагия

H35.7 Отделяне, разцепване на слоевете на ретината
Централна серозна хориоретинопатия
Отлепване на ретинален пигментен епител

H35.8 Други уточнени увреждания на ретината

H35.9 Увреждане на ретината, неуточнено

Глаукома

Не включва: абсолютна глаукома (H44.5)
вродена глаукома (Q15.0)
травматична глаукома при родова травма (P15.3)

H40.3 Вторична глаукома, посттравматична

H40.4 Вторична глаукома, дължаща се на възпалително заболяване на окото

H40.5 Вторична глаукома, дължаща се на други болести на окото

H40.6 Вторична глаукома, предизвикана от лекарствени средства

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, некласифицирани другаде

Не включва: гастройеюнална язва (K28.—)
радиационен:
• колит (K52.0)
• гастроентерит (K52.0)
• проктит (K62.7)

K91.0 Повръщане след хирургична намеса върху стомашночревния тракт

K91.8 Други увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, не класифицирани другаде

Други вродени аномалии на системата на кръвообращението

Не включва: вродена аневризма:
• БДУ (Q27.8)
• коронарна (Q24.5)
• периферна (Q27.8)
• белодробна (Q25.7)
• ретинална (Q14.1)
руптурирала:
• церебрална артериовенозна аномалия (I60.8)
• аномалия на прецеребрални съдове (I72.—)

Q28.2 Артериовенозна аномалия на церебрални съдове
Артериовенозна аномалия на мозъка БДУ
Вродена артериовенозна церебрална аневризма (неруптурирала)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19

92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Брахитерапия, интракавитарна, гинекологична	
15304-00	Брахитерапия, интраутеринна, висока дозова честота
15320-00	Комбинирана, интраутеринна и интравагинална, брахитерапия с висока дозова честота
90764-01	Брахитерапия, интракавитарна, висока дозова честота
15312-00	Брахитерапия, интравагинална, висока дозова честота

1792 Брахитерапия, друга	
15338-00	Брахитерапия на простата *Кодирай първо:* • имплантация на брахитерапевтичен апликатор (катетри) (игли) (37227-00 [1160])
15360-00	Интраваскуларна брахитерапия

Мегаволтова лъчетерапия	
15254-00	Високоенергийно лъчелечение с 1 поле, бимодален линеен ускорител
15269-00	Високоенергийно лъчелечение, ≥ 2 полета, бимодален линеенускорител

1795 Прилагане на терапевтична доза на незапечатан радиоизотоп	
90960-00	Прилагане на лечебна активност с други открити радиоактивни източници

Приложение на фармакотерапия	
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Електролит
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96200-00	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
93977-00	Терапия с колоностимулиращи фактори на бялата и червена кръвни редици
96203-00	Перорално прилагане на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е приложена и отчетена една основна терапевтична процедура: 15304-00 или 15320-00, или 90764-01, или 15338-00, или 15360-00, или 15254-00, или 15269-00, или 90960-00 или 15312-00

Терапевтична процедура с код **15338-00** се използва в случаите, при които се провежда брахитерапия за лечение на ранен простатен карцином (код по МКБ 10: С61) с перманентни интерстициални радиоактивни източници (изотопни семена) – 125 йод, както и при брахитерапия за лечение на простатен карцином с временен имплант – 192 иридий, като дейността се отчита по КП 250.1. НЗОК заплаща дейността по имплантиране на изотопните семена 125 йод и въвеждането на радиоактивните източници със 192 иридий, но не заплаща отделно използваните консумативи.

Терапевтични процедури 96199-08, 96199-02, 96199-03, 96197-03, 96199-00, 9619700, 96200-00, 96201-00, 96199-09, 93977-00 96203-00 от таблицата с основни терапевтични процедури **не могат да се отчитат самостоятелно.**

Приложението на колонистимулиращи фактори (вкл. еритропоетин) се отчита с код на процедура 93977-00.

При едновременно лъче- и химиолечение е задължителен и втори код – 96199-08 или 96199-02, или 96199-03, или 96197-03, или 96199-00, или 96197-00, или 96200-00, или 96201-00, или 96199-09, или 93977-00,или 96203-00.

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

В случай, че на пациента са **приложени до 20 фракции и продължителността на лечението е от 3 до 30 дни, клиничната пътека се отчита като КП № 250.1**

В случай, че на пациента са **приложени 20 и повече фракции и продължителността на лечението е 30 и повече дни, клиничната пътека се отчита като КП № 250.2.**

След отчитане на КП № 250.2 не се разрешава отчитане на друга КП за облъчване в същата анатомична област (облъчвана област), независимо че може да се касае за различен обем или фракциониране. **Изключение се допуска само за пациентите провеждащи брахитерапия или с други доказани злокачествени първични тумори с различна хистологична диагноза.**

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за пакети:

„Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“ чрез прилагането на амбулаторни процедури "Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания", "Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания","Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия", "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания" и клинични пътеки "Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения", "Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявяния", "Брахитерапия с ниски активности", "Конвенционална телегаматерапия", "Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания", "Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания", "Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности" и "Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания".

„Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“ „Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст“, „Брахитерапия с ниски активности“, „Конвенционална телегаматерапия“, „Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“, „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“, „Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности“и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Договор за КП № 250 „Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“ от пакети за комплексно лечение на „Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“ и „Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ **могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности** или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по тези пакети.

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкологични и онкохематологични заболявания само след заключение на клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология/ клинична комисия по детска клинична хематология и онкология по АПр № 5, с изключение на случаите по спешност. Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр №5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр №5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

Лъчелечение и едновременно лъчехимиолечение по клиничната пътека се предприема след решение на Обща онкологична комисия, копие от което се прилага в ИЗ на пациента, след отчитане на АПр № 5.

Решенията на общата клинична онкологична комисия/ клинична комисия по детска клинична хематология и онкология са задължителни. Специфичното лечение на пациент със злокачествени солидни тумори не започва, ако той не е обсъден на обща клинична онкологична комисия/ клинична комисия по детска клинична хематология и онкология и не е определена цялостната комплексна лечебна тактика.

Приложението на лекарствени продукти за лечение на онкологични пациенти при едновременно лъче-химиолечение се предприема след Решение на Клинична онкологична комисия по химиотерапия (КОКХ)/ клинична комисия по детска клинична хематология и онкология, която се сформира, съгласно медицински стандарт „Медицинска онкология“.

Решенията са задължителни за лечебното заведение, изпълняващо едновременното лъчехимиолечение и промяна на лекарствената терапия може да се извърши само след ново решение на КОКХ/ клинична комисия по детска клинична хематология и онкология.

Решението на клиничната онкологична комисия по химиотерапия за всеки случай задължително включва:

а) окончателна диагноза, стадий на болестта, прогностична група (в зависимост от конкретната неоплазма), общо състояние (преценено като пърформанс статус по ECOG), прогностични и предиктивни маркери (серумни, имунохистохимични и генетични), придружаващи болести;

б) лечебна тактика: вид на противотуморната терапия (неоадювантна, адювантна, първа и последваща линия, поддържаща), химиотерапевтични схеми (режими) с посочване на всеки медикамент, брой курсове.

Решението на клиничната онкологична комисия по химиотерапия при пациенти, при които се налага промяна на лечебната тактика, включва становище за:

а) оценката на терапевтичния отговор;

б) промяна в лечебната тактика при показания;

в) спиране на лечението при показания;

г) насочване за палиативна терапия при показания.

Решенията на клиничната онкологична комисия по химиотерапия/клинична комисия по хематология/ клинична комисия по детска клинична хематология и онкология са съобразени с Фармакотерапевтичното ръководство по медицинска онкология, Фармакотерапевтичното ръководство по клинична хематология, Фармакотерапевтичното ръководство по детска клинична хематология и онкология, приети на заседание на НСЦРЛП и публикувани на електронната страница на НСЦРЛП, и в съответствие със Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ) и Наредба № 4 от 4.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

Лекарствените продукти за системно лечение на злокачествени заболявания се приготвят в аптеката на съответното лечебно заведение във вид за директно приложение на пациента съгласно Чл. 37а, ал. 1 и 2 от Наредба № 28 от 2008 г и правилата за добра фармацевтична практика в онкологията.

Лекарствените продукти се назначават в съответните мерни единици.

Лекарствените продукти, които НЗОК заплаща отделно от цената на КП, се предписват от комисиите по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г. В протоколите от решенията на комисиите се вписват задължително всички реквизити от приложение № 8бза медицинска онкология или от приложение № 8в за клинична хематология от чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

Информация за решенията се подава в електронен формат в НЗОК при започване/промяна на терапията по КП/АПр.

Приготвянето на разтвори на лекарствени продукти за приложение на пациентите се извършва ръчно, съгласно всички изисквания за стерилност, безапасност, точно дозиране, системи за контрол и валидиране или чрез използване на полуавтоматизирани или автома-тизирани системи.

Приготвянето на разтворите се извършва задължително в болничните аптеки, което подлежи на контрол от страна на НЗОК.

Разтварянето и прехвърлянето на цитотоксични лекарства, моноклонални антитела и други лекарствени продукти се осъществява по утвърден „Списък на лекарствени продукти“, **чрез затворени системи**, влизащи в цената на КП.

Организацията на работата в болничната аптека, която отпуска онкологичните препарати, отговаря на изискванията на Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.“

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява от обхвата на медицинската специалност "Лъчелечение", осъществявана най-малко на второ А и трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Лъчелечение" с линеен ускорител и/или уредба за брахитерапия. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Лъчелечение”.

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
Клиника/отделение по лъчелечение - за перкутанно лъчелечение “Активен блок” – само за високотехнологична брахитерапия с открити радиоактивни изотопи
3. Отделение по образна диагностика
4. Клинична лаборатория

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ и/или МРТ и/или РЕТ/КТ

Осъществяването на високотехнологично перкутанно лъчелечение е невъзможно без наличието на лъчетерапевтичен комплекс, състоящ се от:

1. Рентгенов симулатор и КТ и/или КТ виртуален симулатор;
2. Триизмерна планираща система;

3. Терапевтична уредба за лъчелечение с многолистен колиматор или друга възможност за конформно формиране на лъчевите полета, апаратура необходима за триизмерно обемно планиране и провеждане на лъчелечението.

Само **за изпълнение на процедура с код 90960-00** (брахитерапия): йод-125, радиоактивен цезий - 137, (интракавитарна брахитерапия с ръчно натоварване), иридий – 192 (брахитерапия с висока мощност на дозата) **се изисква** уредба за брахитерапия с автоматично посленатоварване с висока мощност на дозата и скопична рентгенова уредба за 2D планиране.

Техническите характеристики и възможности за извършване на процедури на лъчетерапевтичен комплекс се удостоверяват с документи, посочени в съответната нормативна уредба.

Активен блок се изисква само за високотехнологична брахитерапия с временен имплант.

Осъществяването на високотехнологична брахитерапия е невъзможно без наличието на комплекса от следната апаратура:

Триизмерна планираща система;

Система, необходима за обемно планиране и провеждане на лъчелечението.

Скъпоструващи медицински изделия и консумативи за провеждане на лечение

Имобилизационни маски (плаки) за глава, глава и шия, малък таз	НЗОК не заплаща посочените изделия
Изотопни семена (перманентни интерстициални радиоактивни източници – йод 125) и временен имплант – 192 иридий и генератор за рентгеново лъчение за електронна брахитерапия	НЗОК не заплаща посочените консумативи

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- двама лекари със специалност по лъчелечение/медицинска радиология за **III ниво;**
- един лекар със специалност по лъчелечение /медицинска радиология/ за **IIA** ниво**;**
- един лекар със специалност по образна диагностика;
- един лекар със специалност по клинична лаборатория.

За дозиметрично планиране:

- двама специалисти физици със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика) - за **III** ниво;
- един физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика за **IIA** ниво.

При провеждане на едновременно лъче-химиолечение лекарите лъчетерапевти спазват решенията на клиничната онкологична комисии по химиотерапия/ клиничната комисия по хематология. В тези случаи лекарствените продукти за химиотерапия се предписват от лекар със специалност „лъчелечение" или онколог/хематолог/детски онко-хематолог, въз основа на решението на съответната клинична онкологична комисии по химиотерапия/ клинична комисия по хематология.

Правоспособност за специфична работа в йонизираща среда се налага за всички, извършващи лъчелечение. Правоспособността която се придобива след специален изпит.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5 а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания с линеен ускорител и/или уредба за брахитерапия при пациенти със:

1. злокачествени новообразувания, в т. ч. с неуточнена локализация;
2. вторични злокачествени новообразувания;
3. неходжкинови лимфоми, левкози, множествен и солитарен миелом;
4. болест на Ходжкин;
5. неонкологични заболявания на мозъка, мозъчните обвивки, хипофизната жлеза;
6. неонкологични заболявания на кръвоносната система - хемодектоми, артериовенозни аневризми;
7. доброкачествени, гранично злокачествени и псевдотумори;
8. хипертрофични заболявания на ставите, съединителната тъкан, конюнктивата, пениса, сенилна макулена дегенерация;
9. тиреоидноасоциирана офталмопатия.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Лечебен алгоритъм /изисквания/ за провеждане на перкутанно високотехнологично лечение.

Провеждането на перкутанно високотехнологично лъчелечение изисква лъчетерапевтичен комплекс от апарати:

- уредба за лъчелечение с високоенергийно фотонно лъчение с или без ускорени електрони;
- рентгенов симулатор и/или КТ виртуален симулатор;
- компютризирани системи за триизмерно планиране на лъчелечението;
- формирането на лъчевия сноп може да се извършва с многолистен колиматор или изработване на индивидуални защитни екрани;
- визуализиращи системи за проверка точността при провеждане на лъчелечението;
- дозиметрична апаратура.

Използва се лъчение с ускорени електрони и високоенергийно фотонно лъчение в зависимост от локализацията на процеса при различни режими на фракциониране: хипер-, нормо- и хипофракциониране. **Обикновено лъчелечението се извършва по схема 5 пъти в седмицата, с почивка в събота и неделя за възстановяване на нормалните тъкани.** Възможни са и други схеми на фракциониране на дозата.

Високотехнологичното лъчелечение цели максимално възможно ликвидиране на туморния процес и постигане на локо-регионален туморен контрол при максимално щадене на здравите тъкани и органи. Триизмерното формиране на полето цели повишаване степента на туморен контрол и/или намаляване на страничните ефекти на лъчелечението.

При облъчване на процеси в областта на главата и шията, мозъчни тумори и рак на млечната жлеза е задължително използването на имобилизационни приспособления.

За оптималното изпълнение на перкутанното високотехнологично лъчелечение е необходимо провеждането на **периодичен контрол на качеството на използваната апаратура** (Линеен ускорител, компютърен томограф, симулатор, планираща система, апарат за провеждане на брахитерапия, дозиметрична апаратура и др.), който включва: дозиметрично калибриране на лъчетерапевтичната и дозиметричната апаратура, контрол на механичните и /или лъчевите параметри на апаратурата, осъществяван ежедневно, ежеседмично или ежемесечно от квалифициран физик, инженер и лаборант.

Лъчелечението се извършва в няколко фази:

- **клинико-биологично планиране –** решение за клиничния мишенен обем (КМО), лечебната доза, фракционирането и допустимите дози в критичните органи.
- **анатомо-топографско планиране:**

- определяне позицията на болния в координатната система на апарат-симулатор;
- КТ, мобилизация на болния в избраната поза;
- КТ скениране, при необходимост използване на контрастни материи;
- транслиране на КТ срезове (15 до 85 в зависимост от КМО) към компютърна планираща система;

- очертаване на контурите на тялото за областта, в която ще се провежда лъчелечението;

- контуриране на критичните органи в тази област;

- контуриране на КМО и ПМО;

- избиране на референтна точка за координатната система на пациента;

- транслиране на изготвения триизмерен анатомотопографски план за дозиметрично планиране от физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика и лаборант.

• **дозиметрично планиране -** осъществява се с компютърна планираща система за триизмерно планиране на лъчелечението;

- извършва се избор на подходящата енергия за облъчване

- определя се броя и разположението на лъчевите снопове, като предписаната лечебна доза трябва да съвпадне с планираната в тумора и в критичните органи;

- определя се техника на облъчване изцентрична или РИП, формиране на фигурните полета чрез многолистен колиматор или индивидуални защитни блокове;

- обсъждане между физик и лекар за възможните варианти на терапевтичния план и избор на най-удачното решение;

- изготвянето на схема за триизмерно планиране и задължителното й прилагане към терапевтичния документ;

- електронен подпис на физика, изготвил терапевтичния план;

- транслиране на изготвения лъчетерапевтичен план към облъчвателната уредба.

• **изпълнение и контрол на лъчелечението**

- позициониране на болния в избраната за лъчелечението поза;

- маркиране на изоцентъра или нанасяне на входните точки на централните лъчи върху кожата или върху индивидуална имобилизационна маска на пациента при облъчване на главата и шията, закрепващи се върху стандартна стойка; и стандартни подложки при лъчелечение на млечната жлеза и белия дроб за точна възпроизводимост на лъчелечебните сеанси;

- подпис на лекуващия лекар;

- осъществяване на първото облъчване на болния;

- контрол и верификация на лъчелечебния план - осъществява се с рентгенов контрол и/или снимки на симулатора, и/или чрез система за визуализиране на лъчевото поле, и/или ин виво-измервания с полупроводникови или термолуминисцентни дозиметри (ТЛД) на дозата в близост до тумора и критични органи;

- облъчване на болните – извършва се, отразява се и се контролира според стандартите на лъчелечение на болницата и Български лъчелечебни стандарти на Гилдията на лъчетерапевтите в България.

Лечебен алгоритъм при едновременно лъчехимиолечение.

При едновременното лъчехимиолечение **необходимите медикаменти, определени въз основа на решение от онкологичната комисия по медицинска онкология се предписват и прилагат от лъчетерапевти** в различни схеми заедно с лъчелечението, като потенцират ефекта му или осигуряват неговото безопасно провеждане като основен лечебен метод

Лечебен алгоритъм при провеждане на високотехнологична брахитерапия

Брахитерапия с висока мощност на дозата:

Брахитерапията с висока мощност на дозата в облъчвания обем надвишава 12 Gy/h. Тя се извършва машинно с дистанционно посленатоварване. Радиоактивният източник може за бъде 192 Ir или 60 Co и се придвижва със стъпков механизъм. Източникът се придвижва автоматично и реализира планираната доза в ограничен обем. За прецизно провеждане на брахитерапията се използват набор от апликатори и сонди, разположени в естествени кухини или вътре в тъканите.

Планиращата система, ползваща рентгенографски, КТ, или МРТ образи, позволява двуизмерно и триизмерно анатомотопографско и дозиметрично планиране в някои случаи в реално време.

Изпълнението на КП се удостоверява чрез ИЗ и индивидуален терапевтичен документ за лъчелечение. Фракционирането на дозата (понякога един път седмично) изисква продължително лечение до 8 седмици.

Интракавитарна, интерстициална или интралуменна брахитерапия с висока мощност на дозата се прилага при:

1. карцином на ендометриума;
2. карцином на маточната шийка;
3. болни, при които се налага свръхдозиране в туморното ложе след туморектомия при карцином на млечната жлеза;
4. при карцином на паротидната жлеза, след интраоперативно отстраняване на тумора и имплантиране на тръбички в туморното ложе;
5. карцином на трахеята, бронхите и хранопровода с цел дезобструкция или комбинирано след лазер-реканализация. При тези локализации брахитерапията се прилага и като свръхдозиране в ограничен обем след перкутанно лъчелечение - палиативна брахитерапия;
6. карцином на простатата – като самостоятелно лечение (монотерапия) или в съчетание с перкутанно ЛЛ
7. карцином на маточната шийка – в допълнение на интракавитарната брахитерапия, за по-добро покритие на КМО при размер на тумора > 4 см.
8. злокачествени тумори на главата и шията
9. карцином на пениса.

Интерстициална брахитерапия с ниска мощност на дозата

Интерстициална брахитерапия с ниска мощност на дозата се прилага при:

- Карцином на простатата – въвеждане на трайни импланти (семенца) съдържащи радиоактивните източници: Йод-125(125I) или Паладий-103 (103Pd)

Брахитерапията се извършва в няколко фази:

- **клинико-биологично планиране – решение за клиничния мишенен обем (КМО), лечебната доза, фракционирането и допустимите дози в критичните органи;**
- **анатомо-топографско триизмерно планиране :**

- имобилизация на болния в избраната поза;
- поставяне на апликатор в кухината при интракавитарна брахитерапия, респективно - иглите водачи в тумора и околните тъкани при интерстициалната брахитерапия.
- снемане на образи посредством КТ, МРТ или трансректална ехография, с последващо контуриране на КМО и критичните органи.

- **дозиметрично планиране - осъществява се с компютърна планираща система за триизмерно планиране на лъчелечението;**

- определя се броя и разположението на позициите на радиоактивния източник и времето за престой във всяка позиция, като предписаната лечебна доза трябва да съвпадне с планираната в тумора и в критичните органи.
- обсъждане между физика със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика и лекар за възможните варианти на терапевтичния план и избор на най-удачното решение;
- изготвянето на схема за дозиметрично планиране и прилагането и към терапевтичния документ е задължително;
- подпис на физика със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика, изготвил терапевтичния план;
- транслиране на изготвения лъчетерапевтичен план към облъчвателната уредба при апарата за дистанционно посленатоварване.

- **изпълнение и контрол на лъчелечението**

контрол и верификация на лъчелечебния план - осъществява се с рентгенов контрол и/или снимки на симулатора, и/или ин виво-измервания с полупроводникови или ТЛД на дозата в близост до тумора и критични органи;

Наблюдение на болните при перкутанно високотехнологично лъчелечение:

- контрол на общото състояние и общата поносимост на лъчелечението, като наблюденията се отразяват в ИЗ при промяна на състоянието му или поне един път седмично;
- проследяване на оплаквания, свързани с радиобиологичните реакции на тумора и здравите тъкани;
- контрол на пълна кръвна картина с честота в зависимост от обема на облъчване и включване на обща и локална медикаментозна терапия - при необходимост

Наблюдение на болните при интракавитарна/интерстициална брахитерапия:

Болните, провеждащи брахитерапия с висока мощност на дозата, се наблюдават както тези за перкутантно лъчелечение.

Болните с трайни импланти (семенца) подлежат на задължителна постимплантационна КТ верификация на дозиметричния план 4-6 седмици след облъчването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

За лъчелечение болните винаги постъпват с поставена диагноза – за първичния тумор или неговите метастази.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ. Медицински критерии за дехоспитализация:

- завършване на планирания лъчелечебен курс.

Критерии за извънредна дехоспитализация: медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на общото състояние (клинични и параклинични) и поне един от следните резултати:

1. при завършване на планирания лъчелечебен курс;

2. невъзможност за продължаване на лъчлечението поради:

- изява на далечно метастазиране или локална прогресия в хода на лъчелечение;
- тежки остри лъчеви реакции;
- възникване на продружаващо заболяване, което налага лечение по жизнени индикации и прекъсване на лъчелечението;
- необходимост от облъчване на нов, различен от облъчвания туморен обем, обектизизирано с нов лъчетерапевтичен план.

НЗОК заплаща за нова хоспитализация по същата клинична пътека в същото ЛЗБП на едно ЗЗОЛ, в период по-малък от 30 календарни дни от дехоспитализирането му в следния случай:

Когато се налага облъчване на същата или друга област на туморно разпространение в различни туморни обеми, което се обективизира с нов лъчетерапевтичен план по същата диагноза по МКБ-10 и по същата КП - само за брахитерапия, **но не повече от три пъти за една календарна година.**

Текстът: „Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства, необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия, бифосфонатите и другите лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, са включени в пакета дейности по системно лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в условията на болнична медицинска помощ.” **– позволява по тази КП да бъдат отчитани ЛП при едновременно лъче-химиолечение.**

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

8.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1. Хоспитализацията на пациента се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури” - бл. МЗНЗОК №7.*

8.2.Документиране на диагностично - лечебния алгоритъм – в *“История на заболяването”.*

Дейностите, свързани с лъчелечение, се вписват в документ „Лист за перкутанно лъчелечение.

8.3.Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

- *“История на заболяването”;*

- част III на *“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури” - бл. МЗ-НЗОК №7*;

- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.4. Декларация за информирано съгласие (ДОКУМЕНТ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от “история на заболяването”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Как действа лъчелечението?

Йонизиращите лъчи проникват в тъканите и при всеки сеанс ликвидират част от заболелите клетки. В това отношение лъчелечението много прилича на безкръвна операция, ежедневно се стопяват определен брой клетки. Промените в здравите тъкани в хода на лечебния курс се изразяват като остра лъчева реакция и след шестия месец като лъчево усложнение, подобно на кървенето след операция и оставянето на белег. Облъчването, приложено преди операция намалява обема на тумора и създава условия за по-успешна и/или по-малка оперативна интервенция. В редица случаи лъчелечението е алтернативен метод на хирургичното лечение като се запазва целия орган или се съчетава с органозапазващи операции при съвременния консервативен подход в онкологията.

Принципът на лъчевото лечение се базира от една страна върху по-голямата уязвимост на болните клетки, а от друга - на по-високата способност на здравите тъкани да се възстановяват в периода между всяко облъчване. При високотехнологичното перкутанно лъчелечение лечебната доза не се прилага наведнъж, а се разпределя в няколко седмици - един път на ден, пет пъти седмично, с почивка в събота и неделя.

При високотехнологичната интракавитарна брахитерапия с ниска мощност на дозата лечението се провежда еднократно без прекъсване в продължение от 4 до 10 дни тъй като лечебната доза се реализира непосредствено в тумора и е възможно максимално щадене на околните здрави тъкани.

При високотехнологичната интракавитарна и интерстициална брахитерапия с висока мощност на дозата лъчелечението се провежда в различни схеми на хипофракциониране на дозата (веднъж седмично, три пъти седмично, ежедневно и др).

КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО НА ЛИНЕЕН УСКОРИТЕЛ И НА ТЕЛЕГАМАТЕРАПЕВТИЧЕН АПАРАТ С ДИСТАНЦИОННО ПОСЛЕНАТОВАРВАНЕ И ИНТРАКАВИТАРНА БРАХИТЕРАПИЯ?

Лъчелечение на линеен ускорител и телегаматерапия е перкутанно лъчелечение, което означава облъчване през кожата. То се извършва с помощта на специално конструирани апарати. Това е основен метод за лечение на онкологичните заболявания. Лечението не е свързано с болка. То не се вижда, не се усеща и много прилича на правенето на рентгенова снимка.

Това е вторият лечебен метод в лъчелечението

Как се осъществява облъчването?

А. При перкутанното лъчелечение пациентът се поставя да легне върху масата, където трябва да стои неподвижно по време на сеанса, тъй като лечебните лъчи са насочени много прецизно към болната част от тялото му. Болният остава сам в процедурната зала от една до десет минути, колкото трае един сеанс. Лечението се извършва чрез един или няколко ежедневни сеанса. Пациентът не е опасен за своите близки, не е източник на лъчение. Той може спокойно да контактува с децата и близките си.

Б. Интракавитарната брахитерапия с ниска мощност на дозата:

представлява малка хирургична интервенция, която се извършва под обща или локална анестезия. Тя се провежда еднократно без прекъсване в продължение от 4 до 10 дни защото лечебната доза се реализира непосредствено в тумора и максимално се щадят околните тъкани. С въведените в тялото на болния радиоактивни източници, той се изолира в “Активен блок” за период от 4-10 дни.

След свалянето на радиоактивния материал пациентът се изписва и не е опасен за околните.

В. При апарати с дистанционно посленатоварване с висока мощност на дозата:

може да се провежда като интракавитарна, така и интерстициална брахитерапия. Облъчването се прави в условията на дневен стационар, с различни схеми на фракциониране на дозата от 1 до 5 пъти седмично, като лечението продължава до 8 седмици. Болният остава сам в процедурната зала от три до 30 минути, колкото трае един сеанс.

Надежден метод ли е лъчелечението?

Съвременните апаратите за облъчване осигуряват голяма прецизност, точност и акуратност при извършване на лечението с йонизиращи лъчения. Пациентите и персоналът са защитени от излишно облъчване.

През какви етапи преминава лечението?

Лъчелечението се провежда по специален план. Определят се точно мястото на облъчването, положението на тялото при лечебния сеанс и най-добрият начин да се облъчи болното място, при което максимално да се щадят здравите тъкани. Математическата обработка на данните се извършва от специалист по дозиметрия (физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика) с помощта на компютър. Лекарят и физикът решават как точно да се проведе лечението, каква обща доза да се приложи и на колко облъчвания тя да бъде разпределена. Областта на лъчелечението се начертава върху кожата което изисква съхраняване на знаците. Макар и неприятно, то осигурява надеждна повторяемост на всеки сеанс. При използване на имобилизационни маски това не е необходимо. Пациентът се въвежда в процедурната зала и първото облъчване (първият сеанс) започва.

Пациентът е под ежедневно наблюдение от медицинския екип, грижещ се за неговото здраве. Първоначално и периодично лечението и състоянието на пациента се разглеждат и обсъждат от разширен лекарски екип. Рентгеновият лаборант и медицинската сестра, ежедневно следят за състоянието на пациента. Лекуващият лекар наблюдава възникналите лъчеви реакции, грижи се за тяхната профилактика и лечение и препоръчва специален режим на хранене и евентуална почивка по време на лъчелечението.

Оплакванията са твърде индивидуални и са в зависимост от разположението и големината на облъчваната област. В някои случаи може да причини общи оплаквания: нарушение на съня, подтискане или загуба на апетита, гадене, повръщане, неспокойствие, гняв, апатия, чувство за вина и дори мисъл за отказ от лечение. Повечето реакции са временни като се развиват по време на облъчването и понякога могат да продължат месец след лъчелечението.

Вашият основен метод на лечение е Лъчелечение. Към него понякога се налага включването на някои медикаменти по следните причини:

1.1. Световните резултати са показали, че при някои заболявания лъчелечението се извършва едновременно с по- ниски дози химиотерапия или друг вид противотуморно лечение в инжекции или таблетки, които засилват неговия ефект. Това най-често се прилага при рака на матката, ректума, главата и шията, мозъка и др.

1.2. По време на лъчелечението се наблюдават някои реакции като:

зачервяване, ранички в устата, трудно болезнено преглъщане, нарушение на храненето

гадене, повръщане, което води до намаление на апетита, ослабване на тегло и затруднява лечението Ви,

За това са Ви необходими лекарства, които позволяват продължаване на лъчелечението, без вредното прекъсване, което намалява лечебния противотуморен ефект. За болката това са различни видове противоболкови лекарства във вид на таблетки, инжекции, лепенки и др.; за увеличение на хемоглобина, левкоцитите и др., които спадат по време на лечение и се прилагат т.нар. растежни фактори, а против гадене и повръщане – специални лекарства, които овладяват симптомите и Ви позволяват безпрепятствено да продължите лъчелечението

ЛЪЧЕВИ РЕАКЦИИ

Облъчването на различните области на тялото е съпътствувано с различни реакции.

Тъй като лечението се провежда през кожата, при всички пациенти могат да се наблюдават кожни реакции. Кожата в полето на облъчването става чувствителна, може да се зачерви, по-късно да пигментира при излагане на слънце, да се появи сърбеж, излющване, временно потъмняване (пигментация). За облекчаване на тези нормални реакции е подходящо широко, памучно, не стягащо бельо. Желателно е напудряне на облъчваната кожа с детска или специална пудра, подсушаване на кожата преди облъчването, тъй като влажността засилва реакциите. Може да се появи временно разреждане и/или опадане на окосмяването само в облъчваната област.

При облъчване на **главния и гръбначния мозък** се получава оток на мозъка, който се коригира с прилагане на медикаменти при следене на очните дъна.

При облъчване на **устната кухина, гърлото и ларинкса** могат да се наблюдават реакции, които преминават след завършване на облъчването, най-често: болки при преглъщане, зачервяване на гърлото, поява на малки ранички и промени по кожата, описани по-горе.

При облъчване на **белия дроб и хранопровода** могат да се появяват следните реакции: затруднение и болки при преглъщане; кашлица.

При облъчване на **корема и таза** се наблюдават: временни реакции на дебелото черво, предизвикващи колики и диария; временни реакции на правото черво и ануса, свързано с тяжест, спазми, болка, кървене; временни реакции на пикочния мехур, водещи до парене, често уриниране, спазми, болка, кървене; временни реакции на влагалището – сърбеж, зачервяване, оскъдно кървене; временни реакции на ануса – зачервяване, дразнене, парене, болка.

При брахитерапията се изявяват само локални радиобиологични реакции, изразяващи се в оток на меките тъкани, зачервяване, секреция, болка, които се появяват след сваляне на радиоактивния материал. Техният пик се наблюдава около 15-я ден след края на брахитерапията, като постепенно отзвучават до края на 2-я месец.

Лекуващият лекар обсъжда хигиенния и диетичен режим, който следва да се спазва по време и след провеждането на лечението. Включването на медикаменти облекчава всички лъчеви реакции и прави лечението поносимо.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ), КОЙТО ЖЕЛАЕ ДА НОЩУВА ИЗВЪН СТАЦИОНАРА

Поради голямата продължителност на лъчелечението широко разпространена световна и българска практика е, пациентите да се лекуват, без да нощуват в стационара. Това се отнася за всички пациенти провеждащи лъчелечение, при които няма медицински показания за денонощно наблюдение.

Информация за пациента, желаещ да провежда лъчелечение, без да нощува в стационара:

Нощуването извън стационара на клиника/отделение по лъчелечение е само по собствено желание на пациента. Никой не може да Ви оказва натиск, да вземете решение за това.

Няма разлика в процедурите, медикаментите и схемата на лечението при пациентите, които нощуват в и извън стационара.

Вие можете да нощувате извън стационара само със съгласието на Вашия лекуващ лекар.

Съгласието да нощувате извън стационара се отразява от Вашия лекуващ лекар в ИЗ. Съгласието за това се дава еднократно в началото на лечението и е възможно да се преоцени при промяна на състоянието на пациента.

Вие подписвате съответния формуляр, че желаете да се лекувате, без да нощувате в стационара и сте информиран за условията за това.

Пациентът се задължава да спазва посочения час за провеждане на лъчелечение.

При необходимост от промяна е длъжен предварително да уведоми персонала на клиника/отделение по лъчелечение.

Пациентът е информиран, че има правото и задължението да уведомява своевременно персонала на клиниката/отделение по лъчелечение за всяка промяна на състоянието си по време на лечението.

За промяната в състоянието се съобщава при посещението на пациента за провеждане на лъчелечение или при нужда по телефона на дежурната сестра на клиниката/отделението по всяко време.

При поява на други оплаквания, свързани с основното или друго заболяване, пациентът има правото да се обърне за помощ, към лекуващото го здравно заведение.

КП № 251
МОДУЛИРАНО ПО ИНТЕНЗИТЕТ ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ НА ОНКОЛОГИЧНИ И НЕОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

КП № 251 МОДУЛИРАНО ПО ИНТЕНЗИТЕТ ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ НА ОНКОЛОГИЧНИ И НЕОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

1. 251.1 МОДУЛИРАНО ПО ИНТЕНЗИТЕТ ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ НА ОНКОЛОГИЧНИ И НЕОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С ПРИЛОЖЕНИ ДО 20 ФРАКЦИИ И ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ЛЕЧЕНИЕТО ОТ 3 ДО 30 ДНИ

1. 251.2 МОДУЛИРАНО ПО ИНТЕНЗИТЕТ ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ НА ОНКОЛОГИЧНИ И НЕОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ С ПРИЛОЖЕНИ 20 И ПОВЕЧЕ ФРАКЦИИ И ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ЛЕЧЕНИЕТО 30 И ПОВЕЧЕ ДНИ

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

При тези видове лъчелечение като основна диагноза се поставя код Z51.0, а като придружаващо заболяване съответният код на злокачественото или доброкачествено новообразувание.

Други видове медицинска помощ

Не включва: последващо изследване след лечение (Z08—Z09)

Z51.0 Курс радиотерапия (поддържащ)

Злокачествено новообразувание на устната

Не включва: кожа на устната (C43.0, C44.0)

C00.0 Външна повърхност на горната устна
Горна устна:
- БДУ
- външна повърхност
- червена ивица [vermilion border]

C00.1 Външна повърхност на долната устна
Долна устна:
- БДУ
- външна повърхност
- червена ивица

C00.2 Външна устна, неуточнена
Червена ивица БДУ

C00.3 Горна устна, вътрешна повърхност
Горна устна:
- букална повърхност
- френулум
- лигавица (мукоза)
- устна повърхност

C00.4 Долна устна, вътрешна повърхност
Долна устна:
- букална повърхност
- френулум
- лигавица
- устна повърхност

C00.5 Устна, неуточнена, вътрешна повърхност
Устна, неуточнена като горна или долна:
- букална повърхност
- френулум

• лигавица
• устна повърхност
C00.6 Комисура на устните
C00.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на устните

C01 Злокачествено новообразувание на основата на езика
Горна повърхност на основата на езика
Неподвижна част на езика БДУ
Задна трета на езика

Злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на езика
C02.0 Горна повърхност на езика
Предните две-трети на езика, горна повърхност
Не включва: горна повърхност на основата на езика (C01)
C02.1 Странични ръбове на езика
Връх на езика
C02.2 Долна повърхност на езика
Предните две-трети на езика, долна повърхност
Френулум на езика
C02.3 Предните две-трети на езика, неуточнена част
Средна част на езика БДУ
Подвижна част на езика БДУ
C02.4 Езикова сливица
Не включва: сливица БДУ (C09.9)
C02.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на езика
Злокачествено новообразувание на езика, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C01—C02.4

Злокачествено новообразувание на венците
Включва: алвеоларна лигавица
гингива
Не включва: злокачествени одонтогенни новообразувания (C41.0—C41.1)
C03.0 Горен венец
C03.1 Долен венец
C03.9 Венец, неуточнен

Злокачествено новообразувание на пода на устната кухина
C04.0 Предна част на пода на устната кухина
Предна част на премоларно-канинната област
C04.1 Странична част на пода на устната кухина
C04.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на пода на устната кухина

Злокачествено новообразувание на небцето
C05.0 Твърдо небце
C05.1 Меко небце
Не включва: назо-фарингеална повърхност на мекото небце (C11.3)
C05.2 Увула (мъжец)
C05.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на пода на небцето
C05.9 Небце, неуточнено
Свод на устната кухина

Злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на устната кухина
C06.0 Лигавица на бузите
Вътрешна повърхност на бузите БДУ
Лигавица на бузите
C06.1 Предверие на устната кухина
Бразда (сулкус) на бузата (горна)(долна)
Бразда (сулкус) на устната (горна)(долна)

C06.2 Ретромоларна област
C06.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на други и неуточнени части на устната кухина

C07 Злокачествено новообразувание на околоушната слюнчена жлеза (паротис)

Злокачествено новообразувание на друга и неуточнена част на големите слюнчени жлези

Не включва: злокачествени новообразувания на малките слюнчени жлези, които се класифицират според тяхната анатомична локализация
злокачествени новообразувания на малките слюнчени жлези БДУ (C06.9)
паротидна жлеза (C07)
C08.0 Подчелюстна жлеза (субмандибуларна)
Субмаксиларна жлеза
C08.1 Подезична жлеза (сублингвална)
C08.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на големите слюнчени жлези
Злокачествено новообразувание на големите слюнчени жлези, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C07—C08.1

Злокачествено новообразувание на сливицата (тонзила)

Не включва: езикова тонзила (C02.4)
фарингеална тонзила (C11.1)
C09.0 Тонзиларна ямка
C09.1 Тонзиларна дъга (предна) (задна)
C09.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на тонзилата
C09.9 Тонзила, неуточнена
Тонзила:
- БДУ
- фауциална
- небна

Злокачествено новообразувание на орофаринкса (мезофаринкс)

Не включва: тонзила (C09.—)
C10.0 Валекула
C10.1 Предна повърхност на епиглотиса
Епиглотис, свободен ръб
Глосо-епиглотисна гънка(и)
Не включва: епиглотис (супрахиоидеум) БДУ (C32.1)
C10.2 Странична стена на орофаринкса
C10.3 Задна стена на орофаринкса
C10.4 Бранхиална цепка
Бранхиална киста [локализация на новообразувание]
C10.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на орофаринкса
Гранична област на орофаринкса

Злокачествено новообразувание на носоглътката (назофаринкс)

C11.0 Горна стена на назофаринкса
Свод на назофаринкса
C11.1 Задна стена на назофаринкса
Аденоидни вегетации
Фарингеална тонзила
C11.2 Странична стена на назофаринкса
Ямка на Rosenmuller
Отвор на Евстахиевата тръба
Фарингеален рецесус
C11.3 Предна стена на назофаринкса
Под на назофаринкса

Назофарингеална (предна)(задна) повърхност на мекото небце
Заден край на носа:
• раковини
• преграда (септум)

C11.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на назофаринкса

C12 Злокачествено новообразувание на пириформения синус
Пириформена ямка

Злокачествено новообразувание на хипофаринкса

Не включва: пириформен синус (C12)
C13.0 Посткрикоидна област
C13.1 Ариепиглотисна гънка, обърната към хипофаринкса
Ариепиглотисна гънка:
• БДУ
• гранична (маргинална) зона

Не включва: ариепиглотисна гънка, обърната към ларинкса (C32.1)
C13.2 Задна стена на хипофаринкса
C13.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на хипофаринкса

Злокачествено новообразувание с други и неточно определени локализации на устните, устната кухина и фаринкса

Не включва: устна кухина БДУ (C06.9)
C14.0 Фаринкс, неуточнен
C14.2 Пръстен на Waldeyer (тонзиларен)
C14.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на устните, устната кухина и фаринкса
Злокачествено новообразувание на устните, устната кухина и фаринкса, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C00—C14.2

Злокачествено новообразувание на хранопровода

Забележка: Предлагат се две алтернативни субкласификации:
.0—.2 по анатомично описание
.3—.5 по трета на органа

Това отклонение от принципа, според който рубриките следва да се изключват взаимно, е преднамерено, и въпреки че се използват и двете терминологични форми, отделните анатомични области не са сходни.
C15.0 Шийната част на хранопровода
C15.1 Гръдната част на хранопровода
C15.2 Коремната част на хранопровода
C15.3 Горната трета на хранопровода
C15.4 Средната трета на хранопровода
C15.5 Долната трета на хранопровода
C15.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на хранопровода

C19 Злокачествено новообразувание на ректосигмоидалната област
Колон с ректум
Ректосигмоидална област (колон)

C20 Злокачествено новообразувание на правото черво (ректум)
Ампула ректи

Злокачествено новообразувание на ануса и аналния канал

C21.0 Анус, неуточнена локализация
Не включва: анален(-на):
• ръб (C43.5, C44.5)
• кожа (C43.5, C44.5)

перианална кожа (C43.5, C44.5)
C21.1 Анален канал
Сфинктер на ануса
C21.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на ректума, ануса и аналния канал
Аноректална област
Анус с ректум
Злокачествено новообразуване на ректума, ануса и аналния канал, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C20—C21.2

Злокачествено новообразуване на панкреаса
C25.0 Глава на панкреаса
C25.1 Тяло на панкреаса
C25.2 Опашка на панкреаса
C25.3 Панкреатичен канал
C25.4 Ендокринна част на панкреаса
Лангерхансови острови
C25.7 Други части на панкреаса
Шийна част на панкреаса
C25.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на панкреаса

Злокачествено новообразуване на носната кухина и средното ухо
C30.0 Носна кухина
Хрущял на носа
Носни раковини
Вътрешна част на носа
Преграда (септум) на носа
Вестибулум на носа
Не включва: кост на носа (C41.0)
нос БДУ(C76.0)
обонятелна луковица (C72.2)
заден край на носната преграда и раковините (C11.3)
кожа на носа (C43.3, C44.3)
C30.1 Средно ухо
Евстахиева тръба
Вътрешно ухо
Мастоидни клетки
Не включва: слухов канал (външен) (C43.2, C44.2)
кости на ухото (меатус) (C41.0)
хрущял на ухото (C49.0)
кожа на (външно) ухо (C43.2, C44.2)

Злокачествено новообразуване на синусите
C31.0 Максиларен синус
Антрум (на Highmore) (максиларен)
C31.1 Етмоидален синус
C31.2 Фронтален синус
C31.3 Сфеноидален синус
C31.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на синусите

Злокачествено новообразуване на ларинкса
C32.0 Глотис
Ларинкс (вътрешен)
Гласна връзка (истинска) БДУ
C32.1 Супраглотис
Ариепиглотисна гънка, обърната към ларинкса
Епиглотис (супрахиоидна част) БДУ
Външен ларинкс

Лъжлива гласна връзка
Задна (ларингеална) повърхност на епиглотиса
Вентрикуларни гънки

Не включва: предна повърхност на епиглотиса (C10.1)
- ариепиглотисна гънка:
- БДУ (C13.1)
- хипофарингеална част (C13.1)
- маргинална зона (C13.1)

C32.2 Субглотис
C32.3 Ларингеален хрущял
C32.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на ларинкса

C33 Злокачествено новообразувание на трахеята

Злокачествено новообразувание на бронхите и белия дроб

C34.0 Главни бронхи
Карина
Хилус (на белия дроб)
C34.1 Горен лоб, бронх или бял дроб
C34.2 Среден лоб, бронх или бял дроб
C34.3 Долен лоб, бронх или бял дроб
C34.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на бронха или белия дроб

C37 Злокачествено новообразувание на тимуса

Злокачествено новообразувание на костите и ставните хрущяли на крайниците

C40.0 Лопатка (скапула) и дълги кости на горен крайник
C40.1 Къси кости на горен крайник
C40.2 Дълги кости на долен крайник
C40.3 Къси кости на долен крайник
C40.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на костите и ставните хрущяли на крайниците

Злокачествено новообразувание на костите и ставните хрущяли с други и неуточнени локализации

Не включва: кости на крайниците (C40.—)
хрущял на:
- ухо (C49.0)
- ларинкс (C32.3)
- крайници (C40.—)
- нос (C30.0)

C41.0 Кости на черепа и лицето
Челюст (максила) (горна)
Орбитална кост
Не включва: карцином от всеки друг вид, освен вътрекостен или одонтогенен карцином на:
- максиларен синус (C31.0)
- горна челюст (C03.0)

кости на челюст (долна) (C41.1)
C41.1 Долна челюст (мандибула)
Кост на долна челюст
Не включва: карцином от всеки друг вид, освен вътрекостен или одонтогенен карцином на:
- челюст БДУ (C03.9)
- долна (C03.1)

кост на горна челюст (C41.0)
C41.2 Гръбначен стълб
Не включва: сакрална и опашна кост (C41.4)
C41.3 Ребра, гръдна кост и ключица

C41.4 Кости на таза, сакрума и опашката
C41.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на костите и ставните хрущяли
Злокачествено новообразувание на костите и ставните хрущяли, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C40—C41.4

Злокачествен меланом на кожата
Включва: морфологични кодове M872—M879 с код за характера на новообразуването /3
Не включва: злокачествен меланом на кожата на половите органи (C51—C52, C60.—, C63.—)
C43.0 Злокачествен меланом на устната
Не включва: червена ивица на устната (C00.0—C00.2)
C43.1 Злокачествен меланом на клепача, включително ъгъла на клепачната цепка
C43.2 Злокачествен меланом на ухото и външния слухов канал
C43.3 Злокачествен меланом на други и неуточнени части на лицето
C43.4 Злокачествен меланом на окосмената част на главата и шията
C43.5 Злокачествен меланом на тялото
Анални:
- ръб
- кожа

Перианална кожа
Кожа на млечната жлеза
Не включва: анус БДУ (C21.0)
C43.6 Злокачествен меланом на горен крайник, включително областта на раменния пояс
C43.7 Злокачествен меланом на долен крайник, включително тазобедрената област
C43.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на злокачествения меланом на кожата
C43.9 Злокачествен меланом на кожата, неуточнен
Меланом (злокачествен) БДУ

Други злокачествени новообразувания на кожата
Включва: злокачествено новообразувание на:
- мастните жлези
- потните жлези

Не включва: сарком на Kaposi (C46.—)
злокачествен меланом на кожата (C43.—)
кожа на половите органи (C51—C52, C60.—, C63.—)
C44.0 Кожа на устните
Базоцелуларен карцином на устните
Не включва: злокачествено новообразувание на устните (C00.—)
C44.1 Кожа на клепачите, включително ъглите на клепачните цепки
Не включва: съединителна тъкан на клепачите (C49.0)
C44.2 Кожа на ухото и външния слухов канал
Не включва: съединителна тъкан на ухото (C49.0)
C44.3 Кожа на други и неуточнени части на лицето
C44.4 Кожа на окосмената част на главата и шията
C44.5 Кожа на тялото
Анални:
- ръб
- кожа

Перианална кожа
Кожа на млечната жлеза
Не включва: анус БДУ (C21.0)
C44.6 Кожа на горен крайник, включително областта на раменния пояс
C44.7 Кожа на долен крайник, включително тазобедрената област
C44.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на кожата

Мезотелиом
Включва: морфологичен код M905 с код за характера на новообразуването /3
C45.0 Мезотелиом на плеврата
Не включва: други злокачествени новообразувания на плеврата (C38.4)

C45.1 Мезотелиом на перитонеума
Мезентериум
Мезоколон
Оментум
Перитонеум (париетален)(тазов)
Не включва: други злокачествени новообразувания на перитонеума (C48.—)
C45.2 Мезотелиом на перикарда
Не включва: други злокачествени новообразувания на перикарда (C38.0)
C45.7 Мезотелиом с други локализации
C45.9 Мезотелиом, неуточнен

Сарком на Kaposi

Включва:морфологичен код M9140 с код за характера на новообразуването /3
C46.0 Сарком на Kaposi на кожата
C46.1 Сарком на Kaposi на меките тъкани
C46.2 Сарком на Kaposi на небцето (палатум)
C46.3 Сарком на Kaposi на лимфните възли
C46.7 Сарком на Kaposi с други локализации
C46.8 Сарком на Kaposi на множество органи
C46.9 Сарком на Kaposi, с неуточнена локализация

Злокачествено новообразувание на периферните нерви и вегетативната нервна

Включва: симпатикусови и парасимпатикусови нерви и ганглии
C47.0 Периферни нерви на главата, лицето и шията
Не включва: периферни нерви на орбитата (C69.6)
C47.1 Периферни нерви на горен крайник, включително областта на раменния пояс
C47.2 Периферни нерви на долен крайник, включително тазобедрената област
C47.6 Злокачествено новообразувание на периферни нерви на тялото, неуточнено
C47.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на периферните нерви и вегетативната нервна система
C47.9 Периферни нерви и вегетативна нервна система, с неуточнена локализация

Злокачествено новообразувание на ретроперитонеума и перитонеума

Не включва: сарком на Kaposi (C46.1)
мезотелиом (C45.—)
C48.0 Ретроперитонеум

Злокачествено новообразувание на съединителната и другите меки тъкани

Включва: кръвоносни съдове
бурса
хрущял
фасция
мастна тъкан
лигамент, без този на матката
лимфни съдове
мускули
синовиална мембрана
сухожилие (сухожилно влагалище)

Не включва: хрущял на:
- става (C40—C41)
- ларинкс (C32.3)
- нос (C30.0)

съединителна тъкан на млечната жлеза (C50.—)
сарком на Kaposi (C46.—)
мезотелиом (C45.—)
периферни нерви и вегетативна нервна истема (C47.—)
перитонеум (C48.—)
ретроперитонеум (C48.0)
C49.0 Съединителна и меки тъкани на главата, лицето и шията

Съединителна тъкан на:
- ухо
- клепач

Не включва: съединителна тъкан на орбитата (C69.6)

C49.1 Съединителна и меки тъкани на горен крайник, включително областта на раменния пояс

C49.2 Съединителна и меки тъкани на долен крайник, включително тазобедрената област

C49.3 Съединителна и меки тъкани на гръдния кош
Аксила
Диафрагма
Големи кръвоносни съдове
Не включва: млечна жлеза (C50.—)
сърце (C38.0)
медиастинум (C38.1—C38.3)
тимус (C37)

C49.4 Съединителна и меки тъкани на корема
Коремна стена
Хипохондриум

C49.5 Съединителна и меки тъкани на таза
Ингвинална област
Седалище
Перинеум

C49.6 Съединителна и меки тъкани на тялото, с неуточнена локализация
Гръб БДУ

C49.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на съединителната и меките тъкани
Злокачествено новообразувание на съединителната и меките тъкани, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C47—C49.6

Злокачествено новообразувание на млечната жлеза

Включва: съединителна тъкан на млечната жлеза

Не включва: кожа на млечната жлеза (C43.5—C44.5)

C50.0 Мамила и ареола

C50.1 Централна част на млечната жлеза

C50.2 Горен вътрешен квадрант на млечната жлеза

C50.3 Долен вътрешен квадрант на млечната жлеза

C50.4 Горен външен квадрант на млечната жлеза

C50.5 Долен външен квадрант на млечната жлеза

C50.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на млечната жлеза

Злокачествено новообразувание на вулвата

C51.0 Голяма срамна устна (лабия)
Бартолинова жлеза

C51.1 Малка срамна устна

C51.2 Клитор

C51.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на вулвата

C52 Злокачествено новообразувание на влагалището (вагина)

Злокачествено новообразувание на шийката на матката (цервикс)

C53.0 Ендоцервикс

C53.1 Екзоцервикс

C53.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на шийката на матката

Злокачествено новообразувание на тялото на матката

C54.0 Истмус на матката
Долен маточен сегмент

C54.1 Ендометриум

C54.2 Миометриум
C54.3 Дъно (фундус) на матката
C54.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на тялото на матката

C56 Злокачествено новообразувание на яйчника

Злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на женските полови органи
C57.0 Фалопиева тръба
Овидукт
Маточна тръба
C57.1 Широка връзка
C57.2 Кръгла връзка
C57.3 Параметриум
Маточна връзка БДУ
C57.7 Други уточнени части на женски полови органи
Волфово тяло или канал
C57.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на женските полови органи
Злокачествено новообразувание на женските полови органи, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C51—C57.7, C58
Тубо-овариум
Утеро-овариум

Злокачествено новообразувание на пениса
C60.0 Препуциум
Крайна плът
C60.1 Гланс пенис
C60.2 Тяло на пениса
Корпус кавернозум
C60.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на пениса

C61 Злокачествено новообразувание на простатата

Злокачествено новообразувание на тестиса
C62.0 Недесцендирал тестис
Ектопичен тестис [локализация на новообразувание]
Ретениран тестис [локализация на новообразувание]
C62.1 Десцендирал тестис
Скротален тестис
C62.9 Злокачествено новообразувание на тестис, неуточнено

Злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на мъжките полови органи
C63.0 Епидидим
C63.1 Семенна връв
C63.2 Скротум
Кожа на скротума
C63.7 Други уточнени части на мъжките полови органи
Семенно мехурче (везикула семиналис)
Туника вагиналис
C63.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на мъжките полови органи
Злокачествено новообразувание на мъжките полови органи, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C60—C63.7

C64 Злокачествено новообразувание на бъбрека, с изключение на бъбречното легенче
Не включва: бъбречни:
• чашки (C65)

• легенчета (C65)

C65 Злокачествено новообразувание на бъбречното легенче
Пелвиоуретерална област
Бъбречни чашки

C66 Злокачествено новообразувание на уретера
Не включва: уретерен отвор на пикочния мехур (C67.6)

Злокачествено новообразувание на пикочния мехур

C67.0 Триъгълник на пикочния мехур
C67.1 Купол на пикочния мехур
C67.2 Латерална стена на пикочния мехур
C67.3 Предна стена на пикочния мехур
C67.4 Задна стена на пикочния мехур
C67.5 Шийка на пикочния мехур
Вътрешен уретрален отвор
C67.6 Отвор на уретера (орифициум)
C67.7 Урахус
C67.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на пикочния мехур

Злокачествено новообразувание на други и неуточнени части на пикочните органи

Не включва: пикочо-полов тракт БДУ
женски(C57.9)
мъжки (C63.9)
C68.0 Уретра
Не включва: уретрален отвор на пикочния мехур (C67.5)
C68.1 Парауретрални жлези
C68.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на пикочните органи
Злокачествено новообразувание на пикочните органи, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C64—C68.1

Злокачествено новообразувание на окото и неговите придатъци

Не включва: съединителна тъкан на клепачите (C49.0)
кожа на клепачите (C43.1, C44.1)
зрителен нерв (C72.3)
C69.0 Конюнктива
C69.1 Роговица
C69.2 Ретина
C69.3 Хориоидея
C69.4 Цилиарно тяло
Очна ябълка
C69.5 Слъзна жлеза и канали
Слъзна торбичка
Слъзноносов канал
C69.6 Орбита
Съединителна тъкан на орбитата
Екстраокуларен мускул
Периферни нерви на орбитата
Ретробулбарна тъкан
Ретроокуларна тъкан
Не включва: орбитална кост (C41.0)
C69.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на окото и неговите придатъци

Злокачествено новообразувание на мозъчните обвивки (менинги)

C70.0 Церебрални менинги
C70.1 Спинални менинги

C70.9 Злокачествено новообразувание на менинги, неуточнено

Злокачествено новообразувание на главния мозък

Не включва: черепномозъчни нерви (C72.2—C72.5)
ретробулбарна тъкан (C69.6)

C71.0 Главен мозък, с изключение на дяловете (лобове) и стомахчетата (вентрикули)
Мазолесто тяло (Corpus callosum)
Надмозъчна обвивка (супратенториум) БДУ

C71.1 Фронтален лоб
C71.2 Темпорален лоб
C71.3 Париетален лоб
C71.4 Окципитален лоб
C71.5 Мозъчно стомахче

Не включва: четвъртия вентрикул (C71.7)

C71.6 Малък мозък
C71.7 Мозъчен ствол
Четвърти вентрикул
Подмозъчна обвивка (инфратенториум) БДУ
C71.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на главния мозък

Злокачествено новообразувание на гръбначния мозък, черепномозъчните нерви и други части на централната нервна система

Не включва: менинги (C70.—)
периферни нерви и вегетативна нервна система (C47.—)

C72.0 Гръбначен мозък
C72.1 Конска опашка (кауда еквина)
C72.8 Лезия, излизаща извън границите на една и повече посочени локализации на главния мозък и другите части на централната нервна система
Злокачествено новообразувание на главния мозък и другите части на централната нервна система, което по място на възникване не може да бъде отнесено към нито една от рубриките C70—C72.5

C73 Злокачествено новообразувание на щитовидната жлеза

Злокачествено новообразувание на надбъбречната жлеза

C74.0 Кора (кортекс) на надбъбречната жлеза
C74.1 Медула на надбъбречната жлеза

Злокачествено новообразувание на други ендокринни жлези и сродни структури

Не включва: надбъбречна жлеза (C74.—)
ендокринна част на панкреаса (C25.4)
яйчник (C56)
тестис (C62.—)
тимус (C37)
щитовидна жлеза (C73)

C75.0 Паращитовидна жлеза
C75.1 Хипофиза
C75.2 Краниофарингеален канал
C75.3 Епифизна (пинеална) жлеза
C75.4 Каротидни телца
C75.5 Аортно телце и други параганглии
C75.8 Лезия на повече от една ендокринна жлеза, неуточнена
Забележка: Ако локализациите на множествените лезии са известни, те трябва да бъдат кодирани поотделно.

Вторично и неуточнено злокачествено новообразувание на лимфните възли

Не включва: злокачествено новообразувание на лимфните възли, уточнено като първично (C81—C88, C96.—)

C77.0 Лимфни възли на глава, лице и шия

Надключечни лимфни възли
C77.1 Интраторакални лимфни възли
C77.2 Интраабдоминални лимфни възли
C77.3 Лимфни възли на подмишницата и горния крайник
Пекторални лимфни възли
C77.4 Лимфни възли на ингвиналната област и долния крайник
C77.5 Лимфни възли на таза
C77.8 Лимфни възли с множествени локализации

Вторично злокачествено новообразуване на дихателната и храносмилателната системи

C78.0 Вторично злокачествено новообразуване на белия дроб
C78.1 Вторично злокачествено новообразуване на медиастинума
C78.2 Вторично злокачествено новообразуване на плеврата
C78.3 Вторично злокачествено новообразуване на други и неуточнени дихателни органи
C78.4 Вторично злокачествено новообразуване на тънките черва
C78.5 Вторично злокачествено новообразуване на дебелото черво и ректума
C78.6 Вторично злокачествено новообразуване на ретроперитонеума и перитонеума
Злокачествен асцит БДУ
C78.7 Вторично злокачествено новообразуване на черния дроб
C78.8 Вторично злокачествено новообразуване на други и неуточнени храносмилателни органи

Вторично злокачествено новообразуване с други локализации

C79.0 Вторично злокачествено новообразуване на бъбрека и бъбречното легенче
C79.1 Вторично злокачествено новообразуване на пикочния мехур, други и неуточнени пикочни органи
C79.2 Вторично злокачествено новообразуване на кожата
C79.3 Вторично злокачествено новообразуване на главния мозък и мозъчните обвивки
C79.4 Вторично злокачествено новообразуване на други и неуточнени части на нервната система
C79.5 Вторично злокачествено новообразуване на кости и костен мозък
C79.6 Вторично злокачествено новообразуване на яйчник
C79.7 Вторично злокачествено новообразуване на надбъбречната жлеза
C79.8 Вторично злокачествено новообразуване с други уточнени локализации

C80 Злокачествено новообразуване с неуточнена локализация

Рак
Карцином
Карциноматоза
Генерализиран:
- рак
- злокачествен тумор

с неуточнена локализация (първична) (вторична)

Злокачествен тумор
Множествен рак
Злокачествена кахексия
Първичната локализация е неизвестна

Болест на Hodgkin

Включва: морфологични кодове M965—M966 с код за характера на новообразуването /3
C81.0 Лимфоцитно преобладаване
Лимфоцитно-хистиоцитно преобладаване
C81.1 Нодуларна склероза
C81.2 Смесен целуларитет
C81.3 Лимфоцитно изчерпване
C81.7 Друга болест на Hodgkin
C81.9 Болест на Hodgkin, неуточнена

Фоликуларен [нодуларен] нехочкинов лимфом

Включва: фоликуларен нехочкинов лимфом със или без дифузни области

морфологичен код M969 с код за характера на новообразуването /3
C82.0 Дребноклетъчен с назъбени ядра, фоликуларен
C82.1 Смесен, дребноклетъчен с назъбени ядра и едроклетъчен, фоликуларен
C82.2 Едроклетъчен, фоликуларен
C82.7 Други видове на фоликуларен нехочкинов лимфом
C82.9 Фоликуларен нехочкинов лимфом, неуточнен
Нодуларен нехочкинов лимфом БДУ

Дифузен нехочкинов лимфом

Включва: морфологични кодове M9593, M9595, M967—M968 с код за характера на новообразуването /3
C83.0 Дребноклетъчен (дифузен)
C83.1 Дребноклетъчен с назъбени ядра (дифузен)
C83.2 Смесен, дребноклетъчен и едроклетъчен (дифузен)
C83.3 Едроклетъчен (дифузен)
Ретикулосарком
C83.4 Имунобластен (дифузен)
C83.5 Лимфобластен (дифузен)
C83.6 Недиференциран (дифузен)
C83.7 Тумор на Burkitt
C83.8 Други видове дифузен нехочкинов лимфом
C83.9 Дифузен нехочкинов лимфом, неуточнен

Периферни и кожни Т-клетъчни лимфоми

Включва: морфологичен код M970 с код за характера на новообразуването /3
C84.0 Mycosis fungoides
C84.1 Болест на Sezary
C84.2 Т-зонов лимфом
C84.3 Лимфоепителоиден лимфом
Лимфом на Lennert
C84.4 Периферен Т-клетъчен лимфом
C84.5 Други и неуточнени Т-клетъчни лимфоми
Забележка: Ако Т-клетъчният произход или включване се споменава във връзка със специфичен лимфом, следва да се кодира по-специфичното описание.

Други и неуточнени типове на нехочкинов лимфом

Включва: морфологични кодове M9590—M9592, M9594, M971 с код за характера на новообразуването /3
C85.0 Лимфосарком
C85.1 В-клетъчен лимфом, неуточнен
Забележка: Ако В-клетъчният произход или включване се споменава във връзка със специфичен лимфом, следва да се кодира по-специфичното описание.
C85.7 Други уточнени типове на нехочкинов лимфом
Злокачествен:
- ретикулоендотелиоза
- ретикулоза

Микроглиом
C85.9 Нехочкинов лимфом, неуточнен
Лимфом БДУ
Злокачествен лимфом БДУ
Нехочкинов лимфом БДУ

Злокачествени имунопролиферативни болести

Включва: морфологичен код M976 с код за характера на новообразуването /3
C88.0 Макроглобулинемия на Waldenstrom
C88.1 Болест на алфа-тежките вериги
C88.2 Болест на гама-тежките вериги
Болест на Franklin
C88.3 Имунопролиферативна болест на тънките черва
Средиземноморски лимфом

C88.7 Други злокачествени имунопролиферативни болести
C88.9 Злокачествени имунопролиферативни болести, неуточнени
Имунопролиферативна болест БДУ

Множествен миелом и злокачествени плазмоклетъчни новообразувания
Включва: морфологични кодове M973, M9830 с код за характера на новообразуването /3
C90.0 Множествен миелом
Болест на Kahler
Миеломатоза
Не включва: солитарен миелом (C90.2)
C90.1 Плазмоклетъчна левкемия
C90.2 Плазмоцитом, екстрамедуларен
Злокачествен плазмоклетъчен тумор БДУ
Плазмоцитом БДУ
Солитарен миелом

Лимфоидна левкемия
Включва: морфологични кодове M982, M9940—M9941 с код за характера на новообразуването /3
C91.0 Остра лимфобластна левкемия
Не включва: остър пристъп на хронична лимфоцитна левкемия (C91.1)
C91.1 Хронична лимфоцитна левкемия
C91.2 Подостра лимфоцитна левкемия
C91.3 Пролимфоцитна левкемия
C91.4 Косматоклетъчна левкемия
Левкемична ретикулоендотелиоза
C91.5 Т-клетъчна левкемия при възрастни
C91.7 Друга лимфоидна левкемия
C91.9 Лимфоидна левкемия, неуточнена

Миелоидна левкемия
Включва: левкемия:
- гранулоцитна
- миелогенна

морфологични кодове M986—M988, M9930 с код за характера на новообразуването /3
C92.0 Остра миелоидна левкемия
Не включва: остър пристъп на хронична миелоидна левкемия (C92.1)
C92.1 Хронична миелоидна левкемия
C92.2 Подостра миелоидна левкемия
C92.3 Миелоиден сарком
Хлором
Гранулоцитен сарком
C92.4 Остра промиелоцитна левкемия
C92.5 Остра миеломоноцитна левкемия
C92.7 Друга миелоидна левкемия
C92.9 Миелоидна левкемия, неуточнена

Моноцитна левкемия
Включва: моноцитоидна левкемия
морфологичен код M989 с код за характера на новообразуването /3
C93.0 Остра моноцитна левкемия
Не включва: остър пристъп на хронична моноцитна левкемия (C93.1)
C93.1 Хронична моноцитна левкемия
C93.2 Подостра моноцитна левкемия
C93.7 Друга моноцитна левкемия
C93.9 Моноцитна левкемия, неуточнена

Други левкемии с уточнен клетъчен вид

Включва: морфологични кодове M984, M9850, M9900, M9910, M9931—M9932 с код за характера на новообразуването /3
Не включва: левкемична ретикулоендотелиоза (C91.4)
плазмоклетъчна левкемия (C90.1)
C94.0 Остра еритремия и еритролевкемия
Остра еритремична миелоза
Болест на Di Guglielmo
C94.1 Хронична еритремия
Болест на Heilmeyer-Schqner
C94.2 Остра мегакариобластна левкемия
Левкемия:
• мегакариобластна (остра)
• мегакариоцитна (остра)
C94.3 Мастоклетъчна левкемия
C94.4 Остра панмиелоза
C94.5 Остра миелофиброза
C94.7 Друга уточнена левкемия
Левкемия с лимфосаркомни клетки

Левкемия с неуточнен клетъчен тип
Включва: морфологичен код M980 с код за характера на новообразуването /3
C95.0 Остра левкемия с неуточнен клетъчен тип
Бластна левкемия
Стволоклетъчна левкемия
Не включва: остър пристъп на неуточнена хронична левкемия (C95.1)
C95.1 Хронична левкемия с неуточнен клетъчен тип
C95.2 Подостра левкемия с неуточнен клетъчен тип
C95.7 Друга левкемия с неуточнен клетъчен тип
C95.9 Левкемия, неуточнена

Други и неуточнени злокачествени новообразувания на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани
Включва: морфологични кодове M972, M974 с код за характера на новообразуването /3
C96.0 Болест на Letterer-Siwe
Нелипидна:
• ретикулоендотелиоза
• ретикулоза
C96.1 Злокачествена хистиоцитоза
Хистиоцитна медуларна ретикулоза
C96.2 Злокачествен мастоклетъчен тумор
Злокачествен:
• мастоцитом
• мастоцитоза
Мастоклетъчен сарком
Не включва: мастоклетъчна левкемия (C94.3)
мастоцитоза (кожна) (Q82.2)
C96.3 Истински хистиоцитен лимфом
C96.7 Други уточнени злокачествени новообразувания на лимфната, кръвотворната и сродните им тъкани

Хемангиом и лимфангиом с каквато и да е локализация
Включва: морфологични кодове M912—M917 с код за характера на новообразуването /0
Не включва: син или пигментен невус (D22.—)
D18.0 Хемангиом с каквато и да е локализация
Ангиом БДУ
D18.1 Лимфангиом с каквато и да е локализация

Доброкачествено новообразуване на мозъчните обвивки (менингите)
D32.0 Обвивки на главния мозък

D32.1 Обвивки на гръбначния мозък

Доброкачествено новообразуване на други и неуточнени ендокринни жлези

Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27)
тестис (D29.2)
тимус (D15.0)

D35.2 Доброкачествено образуване на хипофизата
D35.3 Краниофарингеален канал
D35.4 Епифизна (пинеална) жлеза

Доброкачествено новообразуване с други и неуточнени локализации

D36.0 Лимфни възли
D36.1 Периферни нерви и вегетативна нервна система
Не включва: периферни нерви на орбитата (D31.6)
D36.7 Други уточнени локализации
Нос БДУ

Тиреотоксикоза [хипертиреоидизъм]

Не включва: хроничен тиреоидит с преходна тиреотоксикоза (E06.2)
неонатална тиреотоксикоза (P72.1)
E05.3 Тиреотоксикоза от ектопична тиреоидна тъкан – малигнен екзофталм

Болести на орбитата

Не включва: вродени аномалии на орбитата (Q10.7)
H05.1 Хронични възпалителни болести на орбитата
Гранулом на орбитата

Други болести на конюнктивата

Не включва: кератоконюнктивит (H16.2)
H11.0 Птеригиум
Не включва: псевдоптеригиум (H11.8)

Други болести на ретината

H35.0 Фонова ретинопатия и ретинални съдови изменения
Изменения в ретиналната съдова картина
Ретинални:
- микроаневризми
- неоваскуларизация
- периваскулит
- варици
- съдови обвивки
- васкулит

Ретинопатия:
- БДУ
- фонова БДУ
- на Coats
- ексудативна
- хипертензивна

H35.1 Преретинопатия
Ретролентикуларна фиброплазия
H35.2 Друга пролиферативна ретинопатия
Пролиферативна витреоретинопатия
Не включва: пролиферативна витреоретинопатия с отлепване на ретината (H33.4)
H35.3 Дегенерация на макулата и задния полюс

Ангиоидни ивици Киста Друзи (дегенеративни) Отвор Сбръчкване	на макулата

Дегенерация на Kuhnt-Junius
Старческа дегенерация на макулата (атрофична)(ексудативна)
Токсична макулопатия
При необходимост от идентифициране на лекарственото средство, предизвикало увреждане, се използва допълнителен код на външни причини (клас XX).

H35.4 Периферни ретинални дегенерации
Дегенерация на ретината:
- БДУ
- мрежовидна
- микрокистозна
- палисадна
- паважна
- ретикуларна

Не включва: с разкъсване на ретината (H33.3)

H35.5 Наследствени ретинални дистрофии
Дистрофия:
- ретинална (пигментна)(албипунктатна)(вителиформена)
- тапеторетинална
- витреоретинална

Пигментен ретинит
Болест на Stargardt

H35.6 Ретинална хеморагия
H35.7 Отделяне, разцепване на слоевете на ретината
Централна серозна хориоретинопатия
Отлепване на ретинален пигментен епител
H35.8 Други уточнени увреждания на ретината
H35.9 Увреждане на ретината, неуточнено

Глаукома

Не включва: абсолютна глаукома (H44.5)
вродена глаукома (Q15.0)
травматична глаукома при родова травма (P15.3)

H40.3 Вторична глаукома, посттравматична
H40.4 Вторична глаукома, дължаща се на възпалително заболяване на окото
H40.5 Вторична глаукома, дължаща се на други болести на окото
H40.6 Вторична глаукома, предизвикана от лекарствени средства

Увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, некласифицирани другаде

Не включва: гастройеюнална язва (K28.—)
радиационен:
- колит (K52.0)
- гастроентерит (K52.0)
- проктит (K62.7)

K91.0 Повръщане след хирургична намеса върху стомашночревния тракт
K91.8 Други увреждания на храносмилателните органи след медицински процедури, не класифицирани другаде

Други вродени аномалии на системата на кръвообращението

Не включва: вродена аневризма:
- БДУ (Q27.8)
- коронарна (Q24.5)
- периферна (Q27.8)
- белодробна (Q25.7)
- ретинална (Q14.1)

руптурирала:
- церебрална артериовенозна аномалия (I60.8)
- аномалия на прецеребрални съдове (I72.—)

Q28.2 Артериовенозна аномалия на церебрални съдове
Артериовенозна аномалия на мозъка БДУ

Вродена артериовенозна церебрална аневризма (неруптурирала)

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1934 Други лабораторни изследвания	
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
Мегаволтова лъчетерапия	
15224-00	Високоенергийно лъчелечение, 1 поле, едномодален линеен ускорител
15239-00	Високоенергийно лъчелечение, ≥ 2 полета, едномодален линеен ускорител *Включва*: ротационно лечение (едномодален линеен ускорител)
15254-00	Високоенергийно лъчелечение с 1 поле, бимодален линеен ускорител
15269-00	Високоенергийно лъчелечение, ≥ 2 полета, бимодален линеен ускорител Екстракорпорална лъчетерапия на резециран костен сегмент *Включва*: ротационно лечение (бимодален линеен ускорител) *Кодирай също когато е направена:* • реимплантация на резециран костен сегмент (50227-01 [1570])
15600-02	Облъчване на половина от тялото
Приложение на фармакотерапия	
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Електролит
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-00	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96197-00	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96200-00	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96201-00	Интракавитарно приложение на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
93977-00	Терапия с колоностимулиращи фактори на бялата и червена кръвни редици
96203-00	Перорално прилагане на фармакологичен агент. Антинеопластичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е приложена и отчетена една основна терапевтична процедура:15224-00 или 15239-00, или 15254-00, или 15269-00, или 15600-02.

При едновременно лъче и химиолечение е задължителен и втори код – 96199-08, или 96199-02, или 96199-03, или 96197-03, или 96199-00, или 96197-00, или 96200-00,или 96201-00, или 96199-09, или 93977-00,или 96203-00.

Приложението на колонистимулиращи фактори (вкл. еритропоетин) се отчита с код на процедура 93977-00.

Терапевтични процедури 96199-08, 96199-02, 96199-03, 96197-03, 96199-00, 96197-00, 96200-00, 96201-00, 96199-09, 93977-00 и 96203-00 **не могат да се отчитат самостоятелно.**

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

В случай че на пациента са приложени до 20 фракции и продължителността на лечението е от 3 до 30 дни**, клиничната пътека се отчита като КП № 251.1**

В случай че на пациента са приложени 20 и повече фракции и продължителността на лечението е 30 и повече дни, **клиничната пътека се отчита като КП № 251.2.**

Този вид лечение се прилага на пациенти, при които се очаква дълготрайна ремисия, поради което **КП № 251 се отчита еднократно за една календарна година.** В случай че пациентът се нуждае от **повторно лъчелечение, то се отчита по КП № 249 или № 250.**

След отчитане на КП № 251.2 не се разрешава отчитане на друга КП за облъчване в същата анатомична област (облъчвана област), независимо че може да се касае за различен обем или фракциониране. **Изключение се допуска само за пациентите провеждащи брахитерапия или с други доказани злокачествени първични тумори с различна хистологична диагноза.**

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за пакети:

„Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“ чрез прилагането на амбулаторни процедури "Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания", "Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания","Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия", "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания" и клинични пътеки "Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения", "Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявяния", "Брахитерапия с ниски активности", "Конвенционална телегаматерапия", "Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания", "Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания", "Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности" и "Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания".

„Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст“, „Брахитерапия с ниски активности“, „Конвенционална телегаматерапия“, „Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“, „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“, „Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности“и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Договор за КП № 251 „Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“ от пакети за комплексно лечение на „Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“ и „Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ **могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по тези пакети.**

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, **провеждат лечение на болни с установени онкологични и онкохематологични заболявания само след заключение на клинична онкологична комисия/ клинична комисия по хематология/ клинична комисия по детска клинична хематология и онкология по АПр № 5, с изключение на случаите по спешност.** Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр № 5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр № 5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, **осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури** по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

Лъчелечение и едновременно лъчехимиолечение по клиничната пътека се предприема след решение на Обща онкологична комисия/ клинична комисия по детска клинична хематология и онкология, копие от което се прилага в ИЗ на пациента, след отчитане на АПр № 5.

Решенията на общата клинична онкологична комисия/ клинична комисия по детска клинична хематология и онкология са задължителни. Специфичното лечение на пациент със злокачествени солидни тумори не започва, ако той не е обсъден на обща клинична онкологична комисия/ клинична комисия по детска клинична хематология и онкология и не е определена цялостната комплексна лечебна тактика.

Приложението на лекарствени продукти за лечение на онкологични пациенти при едновременно лъче-химиолечение се предприема след Решение на Клинична онкологична комисия по химиотерапия (КОКХ), която се сформира, съгласно медицински стандарт „Медицинска онкология“. Решенията са задължителни за лечебното заведение, изпълняващо едновременното лъчехимиолечение и промяна на лекарствената терапия може да се извърши само след ново решение на КОКХ**.**

Решението на клиничната онкологична комисия по химиотерапия за всеки случай задължително включва:

а) окончателна диагноза, стадий на болестта, прогностична група (в зависимост от конкретната неоплазма), общо състояние (преценено като пърформанс статус по ECOG), прогностични и предиктивни маркери (серумни, имунохистохимични и генетични), придружаващи болести;

б) лечебна тактика: вид на противотуморната терапия (неоадювантна, адювантна, първа и последваща линия, поддържаща), химиотерапевтични схеми (режими) с посочване на всеки медикамент, брой курсове.

Решението на клиничната онкологична комисия по химиотерапия при пациенти, при които се налага промяна на лечебната тактика, включва становище за:

а) оценката на терапевтичния отговор;

б) промяна в лечебната тактика при показания;

в) спиране на лечението при показания;

г) насочване за палиативна терапия при показания.

Решенията на клиничната онкологична комисия по химиотерапия/клинична комисия по хематология/ клинична комисия по детска клинична хематология и онкология са съобразени с Фармакотерапевтичното ръководство по медицинска онкология, Фармакотерапевтичното ръководство по клинична хематология, Фармакотерапевтичното ръководство по детска клинична хематология и онкология, приети на заседание на НСЦРЛП и публикувани на електронната страница на НСЦРЛП, и в съответствие със Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ) и Наредба № 4 от 4.03.2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

Лекарствените продукти за системно лечение на злокачествени заболявания се приготвят в аптеката на съответното лечебно заведение във вид за директно приложение на пациента съгласно чл. 37а, ал. 1 и 2 от Наредба № 28 от 2008 г. и правилата за добра фармацевтична практика в онкологията.

Лекарствените продукти се назначават в съответните мерни единици

Лекарствените продукти, които НЗОК заплаща отделно от цената на КП, се предписват от комисиите по чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г. В протоколите от решенията на комисиите се вписват задължително всички реквизити от приложение № 8бза медицинска онкология или от приложение № 8в за клинична хематология от чл. 30г, ал. 3 от Наредба № 4 от 2009 г.

Информация за решенията се подава в електронен формат в НЗОК при започване/промяна на терапията по КП/АПр.

Приготвянето на разтвори на лекарствени продукти за приложение на пациентите се извършва ръчно, съгласно всички изисквания за стерилност, безапасност, точно дозиране, системи за контрол и валидиране или чрез използване на полуавтоматизирани или автоматизирани системи.

Приготвянето на разтворите се извършва задължително в болничните аптеки, което подлежи на контрол от страна на НЗОК.

Разтварянето и прехвърлянето на цитотоксични лекарства, моноклонални антитела и други лекарствени продукти се осъществява по утвърден „Списък на лекарствени продукти“, **чрез затворени системи**, влизащи в цената на КП.

Организацията на работата в болничната аптека, която отпуска онкологичните препарати, отговаря на изискванията на Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява от обхвата на медицинската специалност "Лъчелечение", осъществявана най-малко на второ А и трето ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Лъчелечение", с линеен ускорител.

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Лъчелечение”.

4.1. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по лъчелечение
3. Отделение по образна диагностика
4. Клинична лаборатория

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. КАТ и/или МРТ и/или PET/КТ

Осъществяването на модулирано по интензитет лъчелечение е невъзможно без наличието на лъчетерапевтичен комплекс, състоящ се от:

1. КТ виртуален симулатор и/или Рентгенов симулатор и КТ;
2. Триизмерна планираща система за модулирано по интензитет лъчелечение или триизмерна планираща система със софтуерен алгоритъм за обратно планиране, с модули за 3D планиране и модулирано по интензитет лъчелечение;
3. Терапевтична уредба за лъчелечение (Линеен Ускорител с възможности за модулирано по интензитет лъчелечение или друга специализирана апаратура за това лечение, оборудвани с многолистен колиматор или друга възможност за конформно формиране на лъчевите полета;
4. Специализирана дозиметрична апаратура за калибриране на терапевтичната уредба за лъчелечение, както и дозиметрична апаратура подходяща за анализ на лъчеви снопове за работа в условия на модулирано по интензитет лъчелечение.
5. Дозиметрична апаратура и фантом*, подходящи за верификация на плана на пациента (pre-treatment verification)

Техническите характеристики и възможности за извършване на процедури на лъчетерапевтичен комплекс се удостоверяват с документи, посочени в съответната нормативна уредба.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Имобилизационни маски (плаки) за глава, глава и шия, малък таз	НЗОК не заплаща посочените изделия

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

- двама лекари със специалност по лъчелечение /медицинска радиология/ – за **III ниво**
- един лекар със специалност по лъчелечение /медицинска радиология/ за ниво **IIA**;
- един лекар със специалност по образна диагностика;
- един лекар със специалност по клинична лаборатория.

При провеждане на едновременно лъче-химиолечение лекарите лъчетерапевти спазват решенията на клиничната онкологична комисии по химиотерапия/ клиничната комисия по хематология. В тези случаи лекарствените продукти за химиотерапия се предписват от лекар със специалност „лъчелечение" или онколог/хематолог/детски онко-хематолог, въз основа на решението на съответната клинична онкологична комисии по химиотерапия/ клинична комисия по хематология.

За дозиметрично планиране:

- двама специалисти по физика със специалност Медицинска радиологична физика/ специалисти по медицинска физика - за ниво **III**.
- един физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика за ниво **IIA**

Правоспособност за специфична работа в йонизираща среда се изисква за всички, извършващи лъчелечение. Правоспособността се придобива след специален изпит.

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА МОДУЛИРАНО ПО ИНТЕНЗИТЕТ ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Модулирано по интензитет лъчелечение при пациенти със:

1. злокачествени новообразувания, в т. ч. с неуточнена локализация в тялото, изброени като диагнози със съответните МКБ-кодове в тази КП;
2. вторични злокачествени новообразувания;
3. неходжкинови лимфоми, левкози, множествен и солитарен миелом;
4. болест на Ходжкин;
5. неонкологични заболявания на мозъка, мозъчните обвивки, хипофизната жлеза;
6. неонкологични заболявания на кръвоносната система - хемодектоми, артериовенозни аневризми;
7. доброкачествени, гранично злокачествени и псевдотумори;
8. хипертрофични заболявания на ставите, съединителната тъкан, конюнктивата, пениса, сенилна макулена дегенерация;
9. тиреоидно асоциирана офталмопатия.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Лечебен алгоритъм /изисквания/ за провеждане на модулирано по интензитет лъчелечение

- Провеждането на перкутанно високотехнологично лъчелечение - модулирано по интензитет лъчелечение изисква лъчетерапевтичен комплекс от апарати включващи:
- уредба за лъчелечение с високоенергийно фотонно лъчение с или без ускорени електрони;
- КТ-виртуален симулатор и/или рентгенов симулатор
- компютъризирани системи за триизмерно планиране на лъчелечението;
- формирането на лъчевия сноп може да се извършва с многолистен колиматор или изработване на индивидуални защитни екрани;

- визуализиращи системи за проверка точността при провеждане на лъчелечението
- комплект дозиметрична апаратура.

Използва се лъчение с високоенергийно фотонно лъчение и/или ускорени електрони в зависимост от локализацията на процеса при различни режими на фракциониране: хипер-, нормо- и хипофракциониране. **Обикновено лъчелечението се извършва по схема 5 пъти в седмицата, с почивка в събота и неделя за възстановяване на нормалните тъкани**. Възможни са и други схеми на фракциониране на дозата.

При модулирано по интензитет лъчелечение се използват схеми на фракциониране на дозата, както при стандартното лъчелечение, 5 пъти в седмицата, но поради прилагане на максимално висока доза обикновено лъчелечението продължава повече от 35 работни дни. Възможни са и други схеми на фракциониране на дозата -1,3 или 5 кратно облъчване

При модулираното по интензитет лъчелечение се цели максимално възможно повишаване на дозата за подобряване степента на туморен контрол и/или намаляване до минимум на страничните ефекти на лъчелечението в критичните органи.

При модулирано по интензитет лъчелечение е задължително използване на специализирани имобилизационни приспособления.

За оптималното изпълнение на перкутанното високотехнологично лъчелечение е необходимо провеждането на периодичен контрол на качеството на използваната апаратура (Линеен ускорител, компютърен томограф, симулатор, планираща система, дозиметрична апаратура и др.), който включва: дозиметрично калибриране на лъчетерапевтичната и дозиметричната апаратура, контрол на механичните и /или лъчевите параметри на апаратурата, осъществяван ежедневно, ежеседмично или ежемесечно от квалифициран физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика, инженер и лаборант.

При модулираното по интензитет лъчелечение е задължителен ежедневен контрол на качеството на апаратурата за получаване на образи и за лъчелечение, според изискванията на производителя. При стартиране на нова дейност, калибриране и дозиметрични измервания се правят при всеки пациент. По необходимост, частични дозиметрични измервания се правят при всяко облъчване. Извършва се и рутиннен контрол на качеството на лъчелечението по разписан алгоритъм.

Лъчелечението се извършва в няколко фази:

Всички видове перкутанно лъчелечение се извършват по сходен алгоритъм. Разликата между конвенционалното лъчелечение с модулираното по интензитет лъчелечение е в изключителната прецизност на планирането, строга имобилизация на пациента, контрол на движението на органите и контрол на качествата на апаратурата за изпълнението на лъчелечебните процедури.

При модулирано по интензитет лъчелечение усилията и времето за подготовка, планиране, калибриране на терапевтичната апаратурата и самото облъчване на един пациент (апаратно време) са 3-4 пъти повече в сравнение с 3-измерното лъчелечение, което изисква специална организация на работа в клиниката/отделението).

- - **клинико-биологично планиране –** решение за клиничния мишенен обем (КМО), лечебната доза, фракционирането и допустимите дози в критичните органи.
- - **анатомо-топографско планиране:**
  - определяне позицията на болния в координатната система на апарат-симулатор;
  - КТ, имобилизация на болния в избраната поза;
  - КТ скениране, при необходимост използване на контрастни материи;
  - транслиране на КТ срезове (в зависимост от КМО) към компютърна планираща система;
  - очертаване на контурите на тялото за областта, в която ще се провежда лъчелечението;
  - контуриране на критичните органи в тази област;
  - контуриране на КМО и ПМО;
  - определят се целите които трябва да се постигнат за КМО И ПМО
  - дефинират се строгите ограничения за дози в критичните органи
  - електронен подпис на лекаря, изготвил терапевтичния план
  - електронно транслиране на изготвения анатомотопографски план за дозиметрично планиране от медицинския физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика и лаборант.

- **дозиметрично планиране -** осъществява се с компютърна планираща система за триизмерно планиране на лъчелечението съдържаща модул за обратно планиране
  - определят се критериите за допустимост на дозиметричния план
  - обсъждане между физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика и лекар за възможните варианти на терапевтичния план и избор на най-удачното решение;
  - терапевтичния документ съдържа представителен за разпределението на дозата трансверзален срез и/или срезове, хистограми доза-обем с анализ на постигнатите цели, физични и дозиметрични характеристики на лъчевите снопове
  - изготвя се върху фантом верификационен план на пациента
  - изготвят се дигитално-реконструирани образи за верификация на позиционирането на пациента
  - към уредбата за лъчелечение се транслират дозиметричния план на пациента, верификационния план и дигитално-реконструираните образи
- **- изпълнение и контрол на лъчелечението**
- позициониране на фантома, облъчване на верификационния план и оценка на дозиметричния план
- позициониране на болния в избраната за лъчелечението поза;
- маркиране на изоцентъра
- контрол и верификация на лъчелечебния план осъществява се с рентгенов контрол, и/или КТ и/или ин виво-измервания на дозата в близост до тумора и критични органи
- подпис на лекуващия лекар за окончателно приемане на плана за лъчелечение
- осъществяване на първото облъчване на болния;
- периодична верификация на позицията на пациента: в зависимост от големината на единичната фракция.
- облъчване на болните – извършва се, отразява се и се контролира според Медицински стандарт „Лъчелечение“.

- **Наблюдение на болните при перкутанно високотехнологично лъчелечение:**
- контрол на общото състояние и общата поносимост на лъчелечението, като наблюденията се отразяват в ИЗ при промяна на състоянието му или поне един път седмично;
- проследяване на оплаквания, свързани с радиобиологичните реакции на тумора и здравите тъкани;
- контрол на пълна кръвна картина с честота в зависимост от обема на включване на обща и локална медикаментозна терапия - при необходимост;

Лечебен алгоритъм при едновременно лъчехимиолечение

При едновременното лъчехимиолечение медикаментите, определени въз основа на решение от онкологичната комисия по медицинска онкология се изписват и прилагат в различни схеми от лъчетерапевти заедно с лъчелечението. Те потенцират ефекта му или осигуряват неговото безопасно провеждане като основен лечебен метод

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

За лъчелечение болните винаги постъпват с поставена диагноза – за първичния тумор или неговите метастази.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ. Медицински критерии за дехоспитализация:

медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние

(клинични/параклинични) и:

71. при завършване на планирания лъчелечебен курс.

7.2. невъзможност за продължаване на лъчелечението поради:

изява на далечно метастазиране или локална прогресия в хода на лъчелечение;

тежки остри лъчеви реакции;

възникване на продружаващо заболяване, което налага лечение по жизнени индикации и прекъсване на лъчелечението;

необходимост от облъчване на нов, различен от облъчвания туморен обем, обектизизирано с нов лъчетерапевтичен план.

В ИЗ задължително се прилагат следните документи, описващи най-точно получената доза в планирания мишенен обем, облъчваната област и съседните органи и структури, които подлежат на контрол:

1. Документ с параметрите на оптимизацията;
2. Дозиметричен план в централна трансверзална равнина;
3. Обемно доказване на 3-измерното ЛЛ чрез хистограмата доза-обем;
4. Документ за дозиметричната верификация и допустимост на плана и резултати;
5. Документ за образно ръководене на лъчелечението – тип киловолтни и/или мегаволтни образи. В индивидуалния картон за ЛЛ на всеки пациент се отбелязва встрани с подпис на лаборант, като честотата е съгласно болничния протокол. При проверка е наличен диагитално запазен документ в локалната мрежа за обмен на лъчетерапевтична информация.

Контрол на лъчеви реакции и туморен контрол

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

Текстът: „Противотуморните лекарствени продукти, осигуряващи основното лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в съответствие с утвърдените фармако-терапевтични ръководства, необходимите еритро-, тромбо- и гранулоцитни колонистимулиращи фактори, имуноглобулините, имуносупресивната терапия и хелиращата терапия, бифосфонатите и другите лекарствени продукти, повлияващи костната структура и минерализация за състояния/усложнения, произтичащи от основното заболяване и лечение, са включени в пакета дейности по системно лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания в условията на болнична медицинска помощ.” **– позволява по тази КП да бъдат отчитани ЛП при едновременно лъче-химиолечение.**

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1.Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

8.2.Документиране на диагностично- лечебния алгоритъм – в *“История на заболяването”.*

Дейностите, свързани с лъчелечение, се вписват в документ „Лист за перкутанно лъчелечение.

3.Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

“История на заболяването”;

част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.4. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Как действа лъчелечението?

Йонизиращите лъчи проникват в тъканите и при всеки сеанс ликвидират част от заболелите клетки. В това отношение лъчелечението много прилича на безкръвна операция, ежедневно се стопяват определен брой клетки. Промените в здравите тъкани в хода на лечебния курс се изразяват като остра лъчева реакция и след шестия месец като лъчево усложнение, подобно на

кървенето след операция и оставянето на белег. Облъчването, приложено преди операция намалява обема на тумора и създава условия за по-успешна и/или по-малка оперативна интервенция. В редица случаи лъчелечението е алтернативен метод на хирургичното лечение като се запазва целия орган или се съчетава с органозапазващи операции при съвременния консервативен подход в онкологията.

Принципът на лъчевото лечение се базира от една страна върху по-голямата уязвимост на болните клетки, а от друга - на по-високата способност на здравите тъкани да се възстановяват в периода между всяко облъчване. При високотехнологичното перкутанно лъчелечение лечебната доза не се прилага наведнъж, а се разпределя в няколко седмици - един път на ден, пет пъти седмично, с почивка в събота и неделя.

При високотехнологичната интракавитарна брахитерапия с ниска мощност на дозата лечението се провежда еднократно без прекъсване в продължение от 4 до 10 дни тъй като лечебната доза се реализира непосредствено в тумора и е възможно максимално щадене на околните здрави тъкани.

При високотехнологичната интракавитарна и интерстициална брахитерапия с висока мощност на дозата лъчелечението се провежда в различни схеми на хипофракциониране на дозата (веднъж седмично, три пъти седмично, ежедневно и др).

КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО

При Вас ще се провежда перкутанно лъчелечение, което означава облъчване през кожата. То се извършва с помощта на специално конструирани апарати. Това е основен метод за лечение на онкологичните заболявания. Лечението не е свързано с болка. То не се вижда, не се усеща и много прилича на правенето на рентгенова снимка.

Как се осъществява облъчването?

Пациентът се поставя да легне върху масата, където трябва да стои неподвижно по време на сеанса, тъй като лечебните лъчи са насочени много прецизно към болната част от тялото му. Болният остава сам в процедурната зала от една до десет минути, колкото трае един сеанс. Лечението се извършва чрез най-често в един до пет ежедневни сеанса. Пациентът не е опасен за своите близки, не е източник на лъчение. Той може спокойно да контактува с децата и близките си.

Надежден метод ли е лъчелечението?

Съвременните апаратите за облъчване осигуряват голяма прецизност, точност и акуратност при извършване на лечението с йонизиращи лъчения. Пациентите и персоналът са защитени от излишно облъчване.

През какви етапи преминава лечението?

Лъчелечението се провежда по специален план. Определят се точно мястото на облъчването, положението на тялото при лечебния сеанс и най-добрият начин да се облъчи болното място, при което максимално да се щадят здравите тъкани. Математическата обработка на данните се извършва от специалист по дозиметрия (физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика) с помощта на компютър. Лекарят и физикът решават как точно да се проведе лечението, каква обща доза да се приложи и на колко облъчвания тя да бъде разпределена. Областта на лъчелечението се може да се означи върху кожата, което изисква съхраняване на знаците. Това осигурява надеждна повторяемост на всеки сеанс. При използване на имобилизационни маски това не е необходимо. Пациентът се въвежда в процедурната зала и първото облъчване (първият сеанс) започва.

Пациентът е под наблюдение от медицинския екип, грижещ се за неговото здраве. Първоначално и периодично лечението и състоянието на пациента се разглеждат и обсъждат от разширен лекарски екип. Рентгеновият лаборант и медицинската сестра, ежедневно следят за състоянието на пациента. Лекуващият лекар наблюдава възникналите лъчеви реакции, грижи се за тяхната профилактика и лечение и препоръчва специален режим на хранене и евентуална почивка по време на лъчелечението.

Оплакванията са твърде индивидуални и са в зависимост от разположението и големината на облъчваната област. В някои случаи може да причини общи оплаквания: нарушение на съня, подтискане или загуба на апетита, гадене, повръщане, неспокойствие, гняв, апатия, чувство за вина и дори мисъл за отказ от лечение. Повечето реакции са временни като се развиват по време на облъчването и понякога могат да продължат месец след лъчелечението.

Вашият основен метод на лечение е Лъчелечение. Към него понякога се налага включването на някои медикаменти по следните причини:

1.1. Световните резултати са показали, че при някои заболявания лъчелечението се извършва едновременно с по- ниски дози химиотерапия или друг вид противотуморно лечение в инжекции или таблетки, които засилват неговия ефект. Това най-често се прилага при рака на матката, ректума, главата и шията, мозъка и др.

1.2. По време на лъчелечението се наблюдават някои реакции като:
зачервяване, ранички в устата, трудно болезнено преглъщане, нарушение на храненето гадене, повръщане, което води до намаление на апетита, ослабване на тегло и затруднява лечението Ви,

За това са Ви необходими лекарства, които позволяват продължаване на лъчелечението, без вредното прекъсване, което намалява лечебния противотуморен ефект. За болката това са различни видове противоболкови лекарства във вид на таблетки, инжекции, лепенки и др.; за увеличение на хемоглобина, левкоцитите и др., които спадат по време на лечение исе прилагат т.н. растежни фактори, а против гадене и повръщане – специални лекарства, които овладяват симптомите и Ви позволяват безпрепятствено да продължите лъчелечението

ЛЪЧЕВИ РЕАКЦИИ

Облъчването на различните области на тялото е съпътствувано с различни реакции.

Тъй като лечението се провежда през кожата, при всички пациенти могат да се наблюдават кожни реакции. Кожата в полето на облъчването става чувствителна, може да се зачерви, по-късно да пигментира при излагане на слънце, да се появи сърбеж, излющване, временно потъмняване (пигментация). За облекчаване на тези нормални реакции е подходящо широко, памучно, не стягащо бельо. Желателно е напудряне на облъчваната кожа с детска или специална пудра, подсушаване на кожата преди облъчването, тъй като влажността засилва реакциите. Може да се появи временно разреждане и/или опадане на окосмяването само в облъчваната област.

При облъчване на **главния и гръбначния мозък** се получава оток на мозъка, който се коригира с прилагане на медикаменти

При облъчване на **устната кухина, гърлото и ларинкса** могат да се наблюдават реакции, които преминават след завършване на облъчването, най-често: болки при преглъщане, зачервяване на гърлото, поява на малки ранички и промени по кожата, описани по-горе.

При облъчване на **белия дроб и хранопровода** могат да се появяват следните реакции: затруднение и болки при преглъщане; кашлица.

При облъчване на **корема и таза** се наблюдават: временни реакции на червата, предизвикващи колики и диария; временни реакции на правото черво и ануса, свързано с тяжест, спазми, болка, кървене; временни реакции на пикочния мехур, водещи до парене, често уриниране, спазми, болка, кървене; временни реакции на влагалището – сърбеж, зачервяване, оскъдно кървене; временни реакции на ануса – зачервяване, дразнене, парене, болка.

Лекуващия лекар обсъжда хигиенния и диетичен режим, който следва да се спазва по време и след провеждането на лечението. Включването на медикаменти облекчава всички лъчеви реакции и прави лечението поносимо.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ), КОЙТО ЖЕЛАЕ ДА НОЩУВА ИЗВЪН СТАЦИОНАРА

Поради голямата продължителност на лъчелечението широко разпространена световна и българска практика е, пациентите да се лекуват, без да нощуват в стационара. Това се отнася за всички пациенти провеждащи лъчелечение, при които няма медицински показания за денонощно наблюдение.

Информация за пациента, желаещ да провежда лъчелечение, без да нощува в стационара:

Нощуването извън стационара на клиника/отделение по лъчелечение е само по собствено желание на пациента. Никой не може да Ви оказва натиск, да вземете решение за това.

Няма разлика в процедурите, медикаментите и схемата на лечението при пациентите, които нощуват в и извън стационара.

Вие можете да нощувате извън стационара само със съгласието на Вашия лекуващ лекар.

Съгласието да нощувате извън стационара се отразява от Вашия лекуващ лекар в ИЗ. Съгласието за това се дава еднократно в началото на лечението и е възможно да се преоцени при промяна на състоянието на пациента.

Вие подписвате съответния формуляр, че желаете да се лекувате, без да нощувате в стационара и сте информиран за условията за това.

Пациента се задължава да спазва посочения час за провеждане на лъчелечение.

При необходимост от промяна е длъжен предварително да уведоми персонала на клиника/отделение по лъчелечение.

Пациентът е информиран, че има правото и задължението да уведомява своевременно персонала на клиниката/отделение по лъчелечение за всяка промяна на състоянието си по време на лечението.

За промяната в състоянието се съобщава при посещението на пациента за провеждане на лъчелечение или при нужда по телефона на дежурната сестра на клиниката/отделението по всяко време.

При поява на други оплаквания, свързани с основното или друго заболяване, пациентът има правото да се обърне за помощ, към лекуващото го здравно заведение.

КП № 252
РАДИОХИРУРГИЯ НА ОНКОЛОГИЧНИ И НЕОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

252.1 РАДИОХИРУРГИЯ НА ОНКОЛОГИЧНИ И НЕОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

252.2 РОБОТИЗИРАНА РАДИОХИРУРГИЯ НА ОНКОЛОГИЧНИ И НЕОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

1. Минимален болничен престой - 2 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

При тези видове лъчелечение – радиохирургия, като основна диагноза се поставя код Z51.0, а като придружаващо заболяване - съответният код на злокачественото или доброкачествено новообразуване.

Други видове медицинска помощ

Не включва: последващо изследване след лечение (Z08—Z09) **Z51.0**
Курс радиотерапия (поддържащ)

Злокачествени новообразувания C00 - C 97

D14 - доброкачествено новообразуване на средното ухо и дихателната система

- **D14.0 - Средно ухо, носна кухина и синуси**
- **D14.1 - Ларинкс**
- **D14.2 - Трахея**
- **D14.3 - Бронхи и бял дроб**
- **D14.4 - Дихателна система, с неуточнена локализация**

D18.0 - Хемангиом с каквато и да е локализация

Доброкачествено новообразуване на мозъчните обвивки (менингите)

D32.0 Обвивки на главния мозък
D32.1 Обвивки на гръбначния мозък

Доброкачествено новообразуване на главния мозък и други части на централната нервна система

Не включва: ангиом (D18.0)
менинги (D32.—)
периферни нерви и вегетативна нервна система (D36.1)
ретроокуларна тъкан (D31.6)

D32.9 - Мозъчни обвивки, неуточнени

D33.0 Главен мозък, супратенториум
Мозъчно стомахче
Церебрум
Фронтален
Окципитален
Париетален лоб
Темпорален
Не включва: четвърто стомахче (D33.1)

D33.1 Главен мозък, инфратенториум
Мозъчен ствол
Малък мозък
Четвърто стомахче

D33.2 Главен мозък, неуточнена част

D33.3 Черепномозъчни нерви Обонятелна луковица

D33.4 Гръбначен мозък

D33.7 Други уточнени части на централната нервна система

D33.9 Централна нервна система, с неуточнена локализация Нервна система (централна) БДУ

D34 - доброкачествено новообразуване на щитовидната жлеза

Доброкачествено новообразуване на други и неуточнени ендокринни жлези
Не включва: ендокринна част на панкреаса (D13.7)
яйчник (D27) тестис (D29.2)
тимус (D15.0)

D35.2 Доброкачествено образуване на хипофизата
D35.3 Краниофарингеален канал
D35.4 Епифизна (пинеална) жлеза

D35.5 - Каротидно телце

G50.0 Невралгия на троичния нерв

Q28.2 Артериовенозна аномалия на церебрални съдове
Артериовенозна аномалия на мозъка БДУ
Вродена артериовенозна церебрална аневризма (неруптурирала)

Q28.3 Други вродени аномалии на церебрални съдове

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

	2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2
	2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ
Друга мегаволтова лъчетерапия	
15600-00	Стереотактично лъчелечение, една доза
15600-01	Стереотактично лъчелечение, фракционирано

Приложение на фармакотерапия	
96199-08	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Електролит
96199-02	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент
96199-03	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако е приложена и отчетена една основна терапевтична процедура - 15600-00 или 15600-01.

Терапевтични процедури 96199-08, 96199-02, 96199-03, 96197-03, 96199-09, 96200-09, 96197-09 **не могат да се отчитат самостоятелно.**

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Този вид лечение се прилага на пациенти, при които се очаква продължителна ремисия, **поради което КП се отчита еднократно за една календарна година.**

В случай че пациентът се облъчва **с линеен ускорител, клиничната пътека се отчита като КП № 252.1.**

В случай че пациентът се облъчва **с роботизирана стереотактична радиохирургия с линеен ускорител, клиничната пътека се отчита като КП №252.2.**

При условие, че пациентът се нуждае от **повторно лъчелечение, то се отчита по КП № 249 или № 250.**

Решението за извършване на роботизирана хирургия се взема след решениение на Обща онкологична комисия и от комисия по лъчелечение в лечебното заведение.

Забележка: Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за пакети:

„Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“ чрез прилагането на амбулаторни процедури "Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания", "Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания","Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия", "Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания" и клинични пътеки "Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения", "Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявяния", "Брахитерапия с ниски активности", "Конвенционална телегаматерапия",

"Триизмерна конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници",

"Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания", "Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания", "Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания", "Ортоволтно перкутанно

лъчелечение и брахитерапия с високи активности" и "Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания".

„Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“ „Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст“, „Брахитерапия с ниски активности“, „Конвенционална телегаматерапия“, „Триизмерна конвенционална телегаматерапия и брахитерапия със закрити източници“, „Високотехнологично лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“, „Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“, „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“, „Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности“и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Договор за КП № 252 „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“ от пакети за комплексно лечение на „Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“ и „Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ **могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности** или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по тези пакети.

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, **провеждат лечение на болни с установени онкологични и онкохематологични заболявания само след заключение на клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология/ клинична комисия по детска клинична хематология и онкология по АПр №5, с изключение на случаите по спешност.** Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПр №5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр №5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

Лъчелечение по клиничната пътека № 252 се предприема след Решение на Обща онкологична комисия/ клинична комисия по детска клинична хематология и онкология, в което са описани причините, налагащи принципно прилагането на радиохирургия.

Приложението на лекарствени продукти за лечение на онкологични пациенти при едновременно лъче-химиолечение се предприема след Решение на Клинична онкологична комисия по химиотерапия (КОКХ), която се сформира, съгласно медицински стандарт „Медицинска онкология“.

Решение се издава при започване на лечението и при необходимост от смяна на лечебната тактика. В решението на КОКХ е посочен алгоритъм на лечение по клинична процедура – лекарствен продукт, ритъм на приложение, продължителност. Приетите Решения се отразяват в протокол.

Заповед за състава на Клинична онкологична комисия по химиотерапия - председател и членове, се издава от Ръководителя на лечебното заведение

При провеждане на едновременно лъче-химиолечение лекарите лъчетерапевти спазват решенията на клиничната онкологична комисии по химиотерапия/ клиничната комисия по хематология. В тези случаи лекарствените продукти за химиотерапия се предписват от лекар със специалност „лъчелечение” или онколог/хематолог/детски онко-хематолог, въз основа на решението на съответната клинична онкологична комисии по химиотерапия/ клинична комисия по хематология. Решенията се съхраняват в медицинската документация на пациента.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение III ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Лъчелечение", или минимум IIA ниво с линеен ускорител, даващ възможност за радиохирургия. Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Лъчелечение".

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по лъчелечение с линеен ускорител с възможност за радиохирургия за КП № 252.1 или Клиника/отделение по лъчелечение с роботизирана система за стереотактична радиохирургия за КП № 252.2
2. Отделение по образна диагностика с възможност за КАТ и/или МРТ и/или РЕТ/КТ за КП № 252.1 или Отделение по образна диагностика с възможност за КАТ и МРТ и РЕТ/КТ за КП № 252.2
3. Клинична лаборатория

За КП № 252.1:

Осъществяването на радиохирургия изисква наличието на най-високотехнологичен лъчетерапевтичен комплекс, състоящ се от:

КТ с виртуален симулатор;

Триизмерна планираща система за радиохирургия или триизмерна планираща система със софтуерен алгоритъм за обратно планиране, с модули за радиохирургия

Терапевтична уредба за лъчелечение (Линеен ускорител с възможности за радиохирургия, томотерапия, оборудвани с многолистен колиматор или друга възможност за конформно формиране на лъчевите полета; томотерапия; гаманож или друга специализирана апаратура за това лечение, която разполага с многолистен колиматор с възможност за формиране на неправилни полета и ширина на екранираната от формиращия лист стъпка ≤5 мм или специализирани за радиохирургия тубуси

Специализирана дозиметрична апаратура за калибриране на терапевтичната уредба за лъчелечение, както и дозиметрична апаратура подходяща за анализ на лъчеви снопове с размер по-малък от 5 cm^2 за работа в условия на радиохирургия или

Дозиметрична апаратура и фантом*, подходящи за верификация на плана на пациента (pre-treatment verification)

При облъчване на подвижни органи е задължително да има система за визуализация и следене на облъчвания обем или за облъчване при апаратно контролиране на дишането.

За КП № 252.2:

Извършване на роботизирана стереотактична радиохирургия изисква наличието на най-високо технологичен лъчетерапевтичен комплекс, състоящ се от:

4D Компютър- томограф или магнитен резонанс, за нуждите на планирането в лъчелечението;

Триизмерна компютърна планираща система със софтуерен алгоритъм за обратно планиране и алгоритъм за роботизирана радиохирургия;

Лъчетерапевтична апаратура - роботизирана система за стереотактична радиохирургия – „Облъчваща апаратура и пациентска маса, които заедно могат да осигурят 6D позициониране на пациента.";

Некопланарно облъчване, без необходимост от препозициониране на пациента.

Реализиране на изоцентрично и неизоцентрично облъчване.

Способност за насочване на терапевтичния лъч в реално време, адаптирано с движението на мишенния обем (транслационно и ротационно) с точност под 1mm.

Специализирана дозиметрична апаратура за калибриране и анализ на лъчеви снопове за роботизираната система за стереотактична радиохирургия.

Фантом за определяне на геометричната точност на лъча при използване на маркерно проследяване движение на тумора.

Фантом за определяне на геометричната точност на лъча по време на адаптирано движение с мишения обем.

Фантом за определяне на геометричната точност на лъча спрямо костни структури при облъчване на глава и шия.

При облъчване на подвижни органи е задължително да има система за визуализация и следене на облъчвания обем

Изобразаваща система за проследяване на движението на тумора, предизвикано от движението на органите и дишането на пацента, в реално време по време на облъчването.

Маркерно и немаркерно проследяване движението на тумора по анатомични репери.

Система за проследяване при интракраниални лезии.

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Имобилизационни маски (плаки) за глава, глава и шия, малък таз	НЗОК не заплаща посочените изделия
Вътретуморни импланти	НЗОК не заплаща посочените изделия

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

– двама лекари със специалност по лъчелечение– за **III ниво**

Или един лекар със специалност по лъчелечение за ниво **IIA и за друга структура с легла за краткосрочно наблюдение**;

един лекар със специалност по образна диагностика;

един лекар със специалност по клинична лаборатория.

За дозиметрично планиране:

двама специалисти по–физика със специалност Медицинска радиологична физика/ специалисти по медицинска физика - за ниво III;

един физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика за ниво IIA.

Обучението за работа с апаратурата за радиохирургия за лъчетерапевти и физици се организира на място от фирмата производител, която издава на преминалите обучението съответен **сертификат.** Сертификатът се издава на български език или се прилага официално заверен превод.

Правоспособност за специфична работа в йонизираща среда се исиква за всички, извършващи лъчелечение. Правоспособността се придобива след специален изпит.

Разтварянето и прехвърлянето на цитотоксични лекарства, моноклонални антитела и други лекарствени продукти се осъществява по утвърден "Списък на лекарствени продукти", **чрез затворени системи**, влизащи в цената на КП.

Организацията на работата в болничната аптека, която отпуска онкологичните препарати, отговаря на изискванията на Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА РАДИОХИРУРГИЯ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Високотехнологично лъчелечение (радиохирургия) при пациенти с:

всички първични и метастатични злокачествени новообразувания в тялото, изброени в таблицата с кодове на болести по МКБ-10 в тази клинична пътека;

неонкологични заболявания на мозъка, мозъчните обвивки, нервите в областта на черепната основа, хипофизната жлеза, при които са изчерпани възможностите на медикаментозното лечение;

неонкологични заболявания на кръвоносната система - хемодектоми, артериовенозни аневризми - при които има общи или локални противопоказания за оперативно лечение или отказ от такова на пациента;

доброкачествени, гранично злокачествени тумори и псевдотумори, при които има общи или локални противопоказания за оперативно лечение или отказ от такова на пациента.

При извършване на лечение на метастази с радиохирургия, броят им не следва да бъде по-голям от три.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Лечебен алгоритъм /изисквания/ за провеждане радиохирургия
Провеждането на радиохирургията изисква лъчетерапевтичен комплекс - наличие на апарати, включващи:

За КП № 252.1

уредба за лъчелечение с високоенергийно фотонно лъчение;
КТ виртуален симулатор или друга система за позициониране и симулация;
компютризирани системи за триизмерно планиране на лъчелечението;
формирането на лъчевия сноп може да се извършва с многолистен колиматор и сферични конуси;
визуализиращи системи за проверка точността при провеждане на лъчелечението;
комплект дозиметрична апаратура
Дозиметрична апаратура и фантом, подходящи за допустимост на плана на пациента (pre-treatment verification)

За КП № 252.2

роботизирана система за стереотактична радиохирургия;
оборудвана с колиматор с фиксирани апертури, колиматор с вариабилни апертури и/или многолистен колиматор;
4D Компютър- томограф, за нуждите на планирането в лъчелечението;
триизмерна компютърна планираща система със софтуерен алгоритъм за обратно планиране и алгоритъм Монте Карло за роботизирана радиохирургия;
киловолтна (kV) изобразаваща система за проследяване на движението на тумора, предизвикано от движението на органите и дишането на пацента, в реално време по време на облъчването;
специализирана дозиметрична апаратура за калибриране и анализ на лъчеви снопове за роботизираната система за стереотактична радиохирургия.
дозиметрична апаратура и фантоми, необходими за верификацията на плана на пациента, преди всеки негов сеанс

Използва се лъчение с високоенергийно фотонно лъчение в зависимост от локализацията на процеса при различни режими на фракциониране: обикновено се използват 1, 3 или 5 кратно облъчване. Възможни са и други схеми на фракциониране на дозата.

При радиохирургия се цели максимално възможно повишаване на дозата за подобряване степента на туморен контрол и/или намаляване до минимум на страничните ефекти на лъчелечението в критичните органи.

Задължително е използване на специализирани имобилизационни приспособления или импланти в зоната на облъчване, за по-висока прецизност на насочване на облъчването.

Най-високата степен на прецизност и трудоемкост на радиохирургичният метод се състои в това, че туморът се облъчва с по-високи дневни дози (над 5 Gy, когато е в близост до критични точки в глава, за тяло – 10 Gy), при много близко отстояние на нормалните тъкани. Поради това, за оптималното и безопасно изпълнение на радиохирургия е необходимо **провеждането на строг периодичен контрол на качеството на използваната апаратура** (линеен ускорител с възможности за радиохирургия, томотерапия, гаманож, кибернож или друг вид апаратура, предназначена за радиохирургия; компютърен томограф за целите на планирането, планираща система, дозиметрична апаратура и др.), който включва: дозиметрично калибриране на лъчетерапевтичната и дозиметричната апаратура, контрол на механичните и /или лъчевите параметри на апаратурата, осъществяван ежедневно, ежеседмично или ежемесечно от квалифициран физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика, инженер и лаборант.

При провеждане на радиохирургия е задължителен ежедневен контрол на качеството на апаратурата за лъчелечение и за получаване на образи за лъчелечение, според

изискванията на производителя и/или действащите нормативни документи. При стартиране на нова дейност калибриране и дозиметрични измервания се правят при всеки пациент. По необходимост, частични дозиметрични измервания се правят при всяко облъчване. Извършва се рутинен контрол на качеството на лъчелечението по разписан алгоритъм, съобразно изискванията на производителя и/или действащите нормативни документи.

Лъчелечението се извършва в няколко фази:

Всички видове перкутанно лъчелечение се извършват по сходен алгоритъм. Стереотактичната радиохирургия изисква изключителната прецизност на планирането, индивидуална имобилизация на пациента, контрол на движението на органите и контрол на качествата на апаратурата за изпълнението на лъчелечебните процедури.

При провеждане на радиохирургия – усилията и времето за подготовка, планиране, калибриране на терапевтичната апаратурата и самото облъчване на един пациент (апаратно време) са 3-5 пъти повече в сравнение с 3-измерното лъчелечение, което изисква специална организация на работа в клиниката/отделението)

При провеждане на стереотактична радиохирургия – усилията и времето за подготовка, планиране, калибриране на терапевтичната апаратурата и самото облъчване на един пациент (апаратно време) са 3-5 пъти повече в сравнение с 3D конформално лъчелечение, което изисква специална организация на работа в клиниката/отделението)

- **клинико-биологично планиране –** решение за клиничния мишенен обем (КМО), лечебната доза, фракционирането и допустимите дози в критичните органи.
- **анатомо-топографско планиране:**

имобилизация на болния в избраната за лъчелечение поза;
КТ скениране, при необходимост използване на контрастни материи;
импортиране на КТ срезове към компютърна планираща система;
очертаване на ТО и ПМО, вътрешен мишенен обем / ITV;
очертаване на критичните органи в тази област;
лекарят изготвя предписание на дозата и нейното фракциониране;
дефинират се строгите ограничения за дози в критичните органи;
поставя се подпис на лекаря, изготвил анатомо-топографския план;
импортиране на изготвения анатомотопографски план за дозиметрично планиране от физика със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика и/или дозиметрист

- **дозиметрично планиране** - осъществява се с компютърна планираща система за триизмерно планиране на лъчелечението, съдържаща модул за обратно планиране за радиохирургия

определят се критериите за допустимост на дозиметричния план;

обсъждат се възможните варианти на терапевтичния план и избор на най-удачното решение с медицинския физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика и лекар-лъчетерапевт/радиолог;

в ИЗ се разпечатва терапевтичен документ съдържащ хистограма доза-обем с физични и дозиметрични характеристики на лъчевите снопове;

изготвя се верификационен план на пациента върху фантом;

поставя се подпис на лекаря и медицинския физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика, изготвил терапевтичния план;

към уредбата за лъчелечение/ системата за стереотактична радиохирургия се импортира дозиметричния план на пациента, верификационния план и дигиталнореконструираните образи;

изготвят се дигитално-реконструирани образи за верификация на позиционирането на пациента или се използва друга система за верификация, предвидена за съответната система ;

верификация на фантом на изготвения дозиметричен план за всеки отделен пациент.

- изпълнение и контрол на лъчелечението

позициониране на фантома, облъчване на верификационния план и оценка на дозиметричния план;

позициониране на пациента в избраната за лъчелечението позиция;

контрол и верификация на лъчелечебния план осъществява се с киловолтна (kV) или MV изобразаваща система, предвидена за съответната система. подпис на лекуващия лекар за окончателно приемане на плана за лъчелечение;

осъществяване на първото облъчване на болния;

периодична верификация на позицията на пациента: за радиохирургия - при всяка фракция;

облъчване на болните – извършва се, отразява се и се контролира според медицински стандарт по лъчелечение.

Наблюдение на болните

контрол на общото състояние и общата поносимост на лъчелечението, като наблюденията се отразяват в ИЗ при промяна на състоянието му

проследяване на оплаквания, свързани с радиобиологичните реакции на тумора и здравите тъкани;

контрол на пълна кръвна картина с честота в зависимост от обема на облъчване и включване на обща и локална медикаментозна терапия - при необходимост

Забележка: В ИЗ задължително се прилагат следните документи, доказващи изискванията за стереотактична радиохирургия:

Документ с параметрите на оптимизацията – брой фракции /за радиохирургия на глава до 3 / , градиент на дозата към здравите тъкани и органи, индекс на конформалност, размер на облъчвания обем;

Прилагане на хистограма доза-обем (ХДО);

Документ за дозиметрична верификация и допустимост на плана и резултати;

Документ за образно ръководене на лъчелечението в реално време – тип киловолтни и/или мегаволтни образи при радиохирургия на глава

Документ за образно ръководене на лъчелечението в реално време – при подвижни тумори в бял дроб, черен дроб, бъбреци:

система за абдоминална компресия или

задържане на дишането или

при свободно дишане - система за мониториране на дишането с цел синхронизиране с лъчевите снопове при линеен ускорител или

проследяване на движението на тумора в реално време и синхронизиране с лъчевите снопове при кибернож.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

За лъчелечение болните винаги постъпват с поставена диагноза – за първичния тумор или неговите метастази. При категорични данни от образна диагностика за онкологични и неонкологични заболявания и консенсус от специалистите по образна диагностика и патология, не се налага хистологична верификация. Решението и мотивите за него се записват подробно от комисията по лъчелечение, заедно с решението за прилагане на радиохирургия.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

завършване на планирания лъчелечебен курс.

Критерии за извънредна дехоспитализация:

изява на далечно метастазиране или установени противопоказания в хода на планиращите образнодиагностични процедури за радиохирургия.

възникване на придружаващо заболяване, което налага лечение по витални индикации и прекъсване на лъчелечението;

отказ на пациента от лечението или смърт.

Контрол на лъчеви реакции и туморен контрол

Контролиране на ранните лъчеви реакции се извършват в **два прегледа в рамките на 1 месец след лъчелечението в клиника/ отделение по лъчелечение.**

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм в Наредба № 8 от 2016 г.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1.Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

8.2.Документиране на диагностично - лечебния АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”.*

Дейностите, свързани с лъчелечение, се вписват в документ „Лист за перкутанно лъчелечение.

Прилагане на дозиметричен план, хистограма доза-обем (ХДО) и резултатите от верификацията на дозиметричния план за конкретния пациент в ИЗ.

3.Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

"История на заболяването";

част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.4. Декларация за информирано съгласие – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Как действа лъчелечението?

Йонизиращите лъчи проникват в тъканите и при всеки сеанс ликвидират част от заболелите клетки. В това отношение лъчелечението много прилича на безкръвна операция, ежедневно се стопяват определен брой клетки. Промените в здравите тъкани в хода на лечебния курс се изразяват като остра лъчева реакция и след шестия месец като лъчево усложнение, подобно на кървенето след операция и оставянето на белег. В редица случаи лъчелечението е алтернативен метод на хирургичното лечение като се запазва целия орган или се съчетава с органозапазващи операции при съвременния консервативен подход в онкологията.

Принципът на лъчевото лечение се базира от една страна върху по-голямата уязвимост на болните клетки, а от друга - на по-високата способност на здравите тъкани да се възстановяват в периода между всяко облъчване. При високотехнологичното перкутанно лъчелечение лечебната доза не се прилага наведнъж, а се разпределя в няколко седмици - един път на ден, пет пъти седмично, с почивка в събота и неделя.

Радиохирургията е вид лъчелечение при което се концентрира много висока доза, над 5 Gy (която е 2-10 пъти по-висока от стандартната) в малък обем (обикновенно с диаметър под 3 см.), при което се увреждат летално почти всички клетки в облъчваната област. Получава се ефект на „хирургично" отстраняване на доброкачественото или злокачествено заболяване, поради което методът за лечение е наречен радиохирургия. Облъчваните зони често се намират в непосредствена близост с органи или структури, които са чуствителни и могат да се увредят при провежданото лечение. Поради това за радиохирургия се използва най-прецизната апаратура за лъчелечение. Прецизността на разпределение на дозата често достига до 1 мм, като при стандартното лъчелечение, тази точност е обичайно 5 мм. За да се намалят до минимум отклоненията при повторение на процедурите, радиохирургията се извършва в 1или 3 процедури. В редки случаи се прилагат и схеми на лечение с 5 процедури.

КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВА ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО

При Вас ще се провежда перкутанно лъчелечение, което означава облъчване през кожата. То се извършва с помощта на специално конструирани апарати. Това е основен метод за лечение на онкологичните заболявания. Лечението не е свързано с болка. То не се вижда, не се усеща и много прилича на правенето на рентгенова снимка.

Как се осъществява облъчването?

Пациентът се поставя да легне върху масата, където трябва да стои неподвижно дълго време по време на сеанса, тъй като лечебните лъчи са насочени много прецизно към болната част от тялото му. При необходимост се намалява възможността за движение на пациента със специализирани имобилизационни приспособления. При пациентите при които е необходима най-висока степен на прецизност е възможно да се използват и инвазивни усттройства за имобилизация. Те се използват по изключение, само когато това е крайно наложително. Болният остава сам в процедурната зала от 10 до 60–минути, колкото трае един сеанс. Лечението се извършва чрез най-често в един до пет ежедневни сеанса. Пациентът не е опасен за своите близки, не е източник на лъчение. Той може спокойно да контактува с децата и близките си.

Надежден метод ли е лъчелечението?

Съвременните апаратите за облъчване осигуряват голяма прецизност, точност и акуратност при извършване на лечението с йонизиращи лъчения. Пациентите и персоналът са защитени от излишно облъчване.

През какви етапи преминава лечението?

Лъчелечението се провежда по специален план. Определят се точно мястото на облъчването, положението на тялото при лечебния сеанс и най-добрият начин да се облъчи болното място, при което максимално да се щадят здравите тъкани. При радиохирургията, за постигане на по-висока точност на лечението, по правило се използва сливане на образите от скенер и магнитен резонанс и/или ПЕТ/КТ и мястото за облъчване се определя на образа, на който имаме най-добър контраст и разделителна способност. Математическата обработка на данните се извършва от специалист по дозиметрия (физик със специалност Медицинска радиологична физика/ специалист по медицинска физика) с помощта на компютър. Лекарят и физикът решават как точно да се проведе лечението, каква обща доза да се приложи и на колко облъчвания тя да бъде разпределена. Областта на лъчелечението се може да се означи върху кожата, което изисква съхраняване на знаците. Тази маркировка е ненадеждна и се използва само за предварителен ориентир на екипа провеждащ радиохирургия. Използват се имобилизационни маски или други средства за обездвижване по време за облъчването. Пациентът се въвежда в процедурната зала и първото облъчване (първият сеанс) започва.

При някои пациенти (напр. при облъчване на простата) е препоръчително да се имплантират маркери в зоната на облъчване, за повишаване точността на облъчване и за да се избегне физиологичното движение на органа.

Пациентът е под наблюдение от медицинския екип, грижещ се за неговото здраве. Първоначално и периодично лечението и състоянието на пациента се разглеждат и обсъждат от разширен лекарски екип. Лекуващия екип след за състоянието на пациента. Лекуващият екип наблюдава възникналите реакции, грижи се за тяхната профилактика и лечение и при необходимост препоръчва специален режим на хранене и евентуална почивка по време и след лъчелечението.

Оплакванията са твърде индивидуални и са в зависимост от разположението и големината на облъчваната област. В някои случаи може да причини общи оплаквания: нарушение на съня, подтискане или загуба на апетита, гадене, повръщане, неспокойствие, гняв, апатия, чувство за вина и дори мисъл за отказ от лечение. Повечето реакции са временни като се развиват по време на облъчването и понякога могат да продължат месец след лъчелечението.

ЛЪЧЕВИ РЕАКЦИИ

Облъчването на различните области на тялото е съпътствувано с различни реакции.

Може да се появи временно разреждане и/или опадане на окосмяването само в облъчваната област, само ако облъчваната област е разположена в близост до кожата.

При облъчване на **главния и гръбначния мозък** се получава оток на мозъка, който се коригира с прилагане на медикаменти

При облъчване на **белия дроб** могат да се появяват следните реакции: кашлица, кръвохрак.

При облъчване на **корема и таза** се наблюдават: временни реакции на червата, предизвикващи колики и диария; временни реакции на правото черво, свързано с тяжест, спазми, болка, кървене; временни реакции на пикочния мехур, водещи до парене, често уриниране, спазми, болка, кървене.

Лекуващия лекар обсъжда хигиенния и диетичен режим, който следва да се спазва по време и след провеждането на лечението. Включването на медикаменти облекчава всички лъчеви реакции и прави лечението поносимо.

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ), КОЙТО ЖЕЛАЕ ДА НОЩУВА ИЗВЪН СТАЦИОНАРА

Поради голямата продължителност на лъчелечението широко разпространена световна и българска практика е, пациентите да се лекуват, без да нощуват в стационара. Това се отнася за всички пациенти провеждащи лъчелечение, при които няма медицински показания за денонощно наблюдение.

Информация за пациента, желаещ да провежда лъчелечение, без да нощува в стационара:

Нощуването извън стационара на клиника/отделение по лъчелечение е само по собствено желание на пациента. Никой не може да Ви оказва натиск, да вземете решение за това.

Няма разлика в процедурите, медикаментите и схемата на лечението при пациентите, които нощуват в и извън стационара.

Вие можете да нощувате извън стационара само със съгласието на Вашия лекуващ лекар.

Съгласието да нощувате извън стационара се отразява от Вашия лекуващ лекар в ИЗ. Съгласието за това се дава еднократно в началото на лечението и е възможно да се преоцени при промяна на състоянието на пациента.

Вие подписвате съответния формуляр, че желаете да се лекувате, без да нощувате в стационара и сте информиран за условията за това.

Пациента се задължава да спазва посочения час за провеждане на лъчелечение.

При необходимост от промяна е длъжен предварително да уведоми персонала на клиника/отделение по лъчелечение.

Пациентът е информиран, че има правото и задължението да уведомява своевременно персонала на клиниката/отделение по лъчелечение за всяка промяна на състоянието си по време на лечението.

За промяната в състоянието се съобщава при посещението на пациента за провеждане на лъчелечение или при нужда по телефона на дежурната сестра на клиниката/отделението по всяко време.

При поява на други оплаквания, свързани с основното или друго заболяване, пациентът има правото да се обърне за помощ, към лекуващото го здравно заведение.

КП № 253
ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ ЗА БОЛНИ С ОНКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

1. Болничен престой общо 30 дни в рамките на терминалния стадий, в рамките на 6 месеца на онкологичното заболяване

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

При кодиране код Z51.5 се използва за водеща (основна) диагноза, а злокачественото новообразувание се кодира като придружаваща диагноза

Z51.5 Палиативна помощ

В личната анамнеза има злокачествено новообразувание

Не включва: последваща медицинска помощ и състояние на оздравяване (Z42—Z51, Z54.—)

последващо изследване след лечение на злокачествено новообразувание (Z08.—)

Z85.0 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на стомашночревния тракт

Състояния, класифицирани в рубриките C15—C26

Z85.1 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на трахеята, бронхите и белия дроб

Състояния, класифицирани в рубриките C33—C34

Z85.2 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на други дихателни органи и гръдния кош

Състояния, класифицирани в рубриките C30—C32, C37—C39

Z85.3 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на млечната жлеза

Състояния, класифицирани в рубриката C50.—

Z85.4 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на половите органи

Състояния, класифицирани в рубриките C51—C63

Z85.5 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на пикочните органи

Състояния, класифицирани в рубриките C64—C68 **Z85.6 В личната анамнеза има левкемия**

Състояния, класифицирани в рубриките C91—C95

Z85.7 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на лимфоидната, кръвотворната и сродните им тъкани

Състояния, класифицирани в рубриките C81—C90, C96.—

Z85.8 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на други органи и системи

Състояния, класифицирани в рубриките C00—C14, C40—C49, C69—C79, C97 **Z85.9 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание, неуточнено** Състояния, класифицирани в рубриката C80

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19 92191-01

Тест за откриване антиген на SARS-CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Спинално инжектиране

90020-00 Спинално инжектиране на друго или комбинирано терапевтично вещество(а)

Включва: интратекално тестване

Спинална инфузия

18216-24 Спинална инфузия на друго или комбинирано терапевтично вещество

Поставяне на спинален катетър, инфузионно устройство или помпа

Забележка: извършва се управление на:
хроничен спазъм
болка

39125-00 Поставяне или подмяна на спинален катетър Поставяне или подмяна на спинален катетър:
каудален
епидурален
интратекален
субарахноидален

Не включва: такъв с:
инфузия на терапевтичен агент (виж Индекс: Инфузия, спинална)
инжектиране на терапевтичен агент (виж Индекс: Инжекция, спинална)
поставяне на имплантируемо спинално инфузионно устройство или помпа (39127-00 [39])

Спинално инжектиране на локален анестетик

Включва: интратекално тестване

Спинално инжектиране на опиоид

Включва: интратекално тестване

Прилагане на невролитик в друг периферен нерв

Блокада на друг периферен нерв с невролитик

Включва: прилагане в спинални нерви:
клон
плексус
корен

Не включва: това в:
краниален нерв (виж блок [61])
заден първичен клон на спинален нерв (39013-02 [62])
симпатиков нерв (виж блок [66])

18292-00 Прилагане на невролитик в друг периферен нерв Прилагане на невролитик в:
дорзален коренов ганглий
интервертебрален отвор

Прилагане на невролитик в краниален нерв

Блокада на краниален нерв с невролитик

Забележка: извършвана за управление на болката

39100-00 Приложение на невролитик в първичен клон на тригеминалния нерв Инжекция на:

алкохол

фенол

Прилагане на агент в задни първични клончета на спинален нерв

Забележка: Извършвано за управление на болката

39013-02 Приложение на анестетик около задни първични клончета на спинален нерв
Инжектиране на анестетик около медиалния отдел на задни първични клончета на спинален нерв

90022-00 Прилагане на анестетик около друг периферен нерв

Хирургична симпатектомия

Разделяне }

Невректомия } на симпатиков нерв

Не включва: реоперация при предишна хирургическа симпатектомия (35006-00, 35009-00, 90015-00 [85])

90014-00 Друга хирургична симпатектомия
Периатериална хирургична симпатектомия
Хирургична ганглионектомия:

сфенопалатинен възел

симпатиков БДУ

35003-00 Цервикална хирургична симпатектомия

35000-00 Лумбална хирургична симпатектомия

35012-00 Сакрална хирургична симпатектомия

Пресакрална хирургична симпатектомия

Прилагане на терапевтичен агент около симпатиковата нервна система

18286-02 Прилагане на анестетик около друг симпатикусов нерв

Прилагане на невролитик в симпатиковата нервна система

18292-02 Прилагане на невролитик в друг симпатикусов нерв

Прилагане на терапевтичен агент около симпатиковата нервна система

90029-00 Приложение на симпатолитик

, прилагане или отстраняване върху гръдна стена, медиастинум или диафрагма

38803-00 Терапевтична торакоцентеза

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху стомах

30481-00 Първоначално вкарване на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба

Гастростомия или гастроентеростомия

Не включва: стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])

30375-07 Гастростомия

Процедури за приложение, поставяне или премахване върху корем, перитонеум или оментум

30406-00 Абдоминална парацентеза

Други процедури за приложение, поставяне или премахване върху пикочен мехур

37041-00 Перкутанна (иглена) аспирация на пикочен мехур

Манипулации на дихателни пътища

90179-02 Назофарингеална интубация

92035-00 Друга интубация на дихателни пътища

22007-00 Ендотрахеална интубация, единичен лумен

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

92036-00 Поставяне на назогастрална сонда

Сондиране за декомпресия

Не включва: Sengstaken тръба (13506-00 [1899])

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92066-00 Поставяне на ректална тръба

Смяна на ректална тръба

Терапевтични интервенции на очи, уши, нос, уста и гърло

92028-00 Дилатация на фронто назален канал

Други възстановителни процедури на ректум или анус

32153-00 Дилатация на ануса

Неинцизионно поставяне и интервенции за дилатация на храносмилателна система

92067-00 Дилатация на ентеростомия

Други възстановителни процедури на ректум или анус	
90313-01	Мануално наместване на ректален пролапс
Други терапевтични интервенции на храносмилателна система	
92071-00	Мануално репониране на херния
92070-00	Мануално наместване на ентеростомен пролапс
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92037-00	Промивка на назогастрална сонда
Приложение на фармакотерапия	
96202-07	Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество
Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92073-00	Промивка на гастростомия или ентеростомия
92077-00	Друга ректална промивка
92076-00	Премахване на фекална задръжка

Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система	
92096-00	Промивка на холецистостомия или друга жлъчна тръба
92074-00	Промивка на панкреасна тръба
92075-00	Гастроинтестинално вливане, изключващо хранене през стомашна сонда
Неинцизионна промивка, почистване и локално инстилиране, пикочо-полова система	
92099-00	Промивка на нефростомия или пиелостомия
92100-00	Промивка на уретростомия или уретерален катетър
92102-00	Промивка на цистостомия
92101-00	Промивка на друг постоянен уринарен катетър
Други терапевтични интервенции на дихателна система	

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)
Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT] техника на форсирана експирация [FET] с използване на техники/устройства като:
перкусия
разклащане
вибратор
Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията
Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

Други терапевтични интервенции

92195-00 Промивка на катетър, некласифицирана другаде

Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

90686-01 Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан
Неексцизионен дебридман на:
инфекция
язва
рана
Отстраняване на девитализирана тъкан, некроза и есхари чрез методи като:
четкане
иригация (под налягане)
триене
миене
Аспирационна вакумираща превръзка

Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-02 Приложение на опаковани клетки
Трансфузия на:
еритроцити
опаковани клетки
червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити
Трансфузия на:

тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори
Трансфузия на:
антихемофилен фактор
коагулационни фактори НКД
криопреципитати
фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум
Трансфузия на:
албумин
плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер
Разреждане на кръвта
Трансфузия на:
кръвозаместители
Dextran
Rheomacrodex

Приложение на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Хранително вещество
96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Електролит

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент
96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Стероид
96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Стероид

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент. Друг и неспецифичен фармакологичен агент

Терапевтични интервенции на сърдечно-съдовата система

92052-00 Кардиопулмонална ресуситация
92055-00 Друга конверсия на сърдечен ритъм
92053-00 Затворен гръден сърдечен масаж
Сърдечен масаж БДУ
Външен ръчен сърдечен масаж
92054-00 Стимулация на каротиден синус

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни терапевтични процедури.

Основна процедура **92191-00/ 92191-01** се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични

процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

4.а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение, изпълнител за болнична помощ, може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
Отделение по палиативни грижи /отделение по медицинска онкология (съгласно стандарта по медицинска онкология) или Структура към лечебно заведение за болнична помощ с разкрити легла за палиативни грижи

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК, с изключение на т.1.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Хоспис – в случай, че лечебното заведение, изпълнител на болнична помощ, няма структура за палиативни грижи на територията си
2. Клинична лаборатория
3. Отделение по образна диагностика
4. Лицензирана аптека за работа с наркотични вещества

При осигуряване на комплексното лечение по договор с хоспис, дейността на последния подлежи на проверка по отношение на пациентите, които се приемат в хосписа по договора.

4.б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ

Основен екип:

лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение;

лекар със специалност по вътрешни болести или педиатрия (за лица под 18 години), или медицинска онкология, или хирургия.

Сертификат за квалификационен курс в областта на палиативната медицина на всеки член от основния екип.

Допълнителен екип (препоръчителен) - разкрива се поотделно на функционален или на договорен принцип от ръководителя на лечебното заведение:

лекар със специалност по психиатрия;
специалист по клинична психология;
лекар със специалност по неврология
социален работник;
лекар със специалност по физикална и рехабилитационна медицина;
медицински специалист по диетично хранене;
лекар със специалност по лъчелечение.

Съгласно Приложение към Наредба № 9 от 10.12.2019 г. за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на Национална здравноосигурителна каса, се осигурява **комплексно лечение** (осигурява се всяка една отделна част от цялостния процес на лечение) за пакети:

„Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ - отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст“, „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“ „Брахитерапия с ниски активности“, „Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“, „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“, „Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности“ и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години (отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“,„Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Продължително системно парентерално лекарствено лечение на злокачествени солидни тумори и свързаните с него усложнения “, „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Брахитерапия с ниски активности“, „Конвенционална телегаматерапия“, „Модулирано по интензитет лъчелечение на онкологични и неонкологични заболявания“, „Радиохирургия на онкологични и неонкологични заболявания“, „Ортоволтно перкутанно лъчелечение и брахитерапия с високи активности“ и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години (отделните части от цялостния процес на лечение се осигуряват чрез прилагането на амбулаторни процедури „Определяне на план за лечение на болни със злокачествени заболявания“, „Системно лекарствено лечение при злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания“, „Проследяване на терапевтичния отговор при пациенти на домашно лечение с прицелна перорална противотуморна терапия и перорална химиотерапия“, „Амбулаторно наблюдение/диспансеризация при злокачествени заболявания и при вродени хематологични заболявания“, „Специфични изследвания при хематологични заболявания“ и клинични пътеки „Диагностични процедури за стадиране и оценка на терапевтичния отговор при пациенти със злокачествени солидни тумори и хематологични заболявания, „Диагностика и лечение на левкемии“, „Диагностика и лечение на лимфоми“ и „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“.

Договор за КП № 253 „Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания“, от пакети за комплексно лечение на „Злокачествени солидни тумори при лица над 18 години“, „Злокачествени заболявания при лица до 18 години“ и „Злокачествени хематологични заболявания при лица над 18 години“ **могат да сключат лечебни заведения, които могат да извършват пълния обем дейности** или представят договор/договори с лечебни заведения или техни обединения, чрез които се реализират в пълен обем дейностите по тези пакети.

Всички лечебни заведения, които по договор с НЗОК изпълняват дейности, включващи диагностика и лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, провеждат лечение на болни с установени онкологични и онкохематологични заболявания **само след заключение на клинична онкологична комисия/клинична комисия по хематология по АПр № 5, с изключение на случаите по спешност.** Ако лечебно заведение няма сключен договор с НЗОК за изпълнение на АПr № 5, сключва договор с друго лечебно заведение, изпълнител на АПр № 5.

Лечебните заведения, сключили договор за изпълнение на дейностите по пакета, осигуряват на пациентите пълния обем диагностични и лечебни процедури по

определения план на лечение по време и място на провеждане, като координират и контролират неговото изпълнение.

5.ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

5.а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания

Болничен престой общо 30 дни в рамките на терминалния стадий, в рамките на 6 месеца на онкологичното заболяване.

Палиативни грижи за болни с онкологични заболявания с **експертно решение за палиативни грижи в терминален стадий, издаден от Клинична онкологична комисия**:

Оценка на физическото, емоционалното, духовното и социалното състояние на болния и неговото семейство и изграждане на план за терапевтично поведение - лечение, грижи и подкрепа.

Разяснение на пациента и семейството му на целите на лечението и ограниченията, които го съпътстват.

Дейности, насочени към облекчаване на физическите симптоми и страдания на болния:

контрол и лечение на болката и други физически симптоми;

терминални палиативни грижи (състрадателни грижи).

Дейности, насочени към осигуряване на психологическа подкрепа на болния и семейството в контекста на болестта и потенциалната загуба.

Обучение на близките за осигуряване на грижи в домашна среда.

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Тази клинична пътека се явява **“краен път”,** в който завършват всички останали клинични пътеки за онкологични заболявания. Унитарният характер на клиничната пътека за болнични палиативни грижи определя някои съществени особености при определянето на понятията терминално болен, терминалното състояние и неговата продължителност:

Терминален стадий – периодът, в който независимо от известните и приложени терапевтични действия състоянието на болния се влошава, прогресиращия ход на болестта не може да бъде преустановен и ще доведе до смъртта на болния по-скоро или по-късно, но в рамките на един ограничен период от време. Това е периодът, в който прилаганото активно лечение няма за цел излекуването на болния, а само контрол на болката и другите симптоми, изпитвани от пациента, с цел повишаване на качеството на живот.

Терминално болен - личност, за която има медицинска прогноза, че животът се очаква да е с продължителност до 6 месеца.

Времетраене на палиативни грижи в терминален стадий – условията, при които всяка личност с терминално заболяване може да избира и получава палиативни грижи с покритие от здравноосигурителни фондове за период **шест месеца**.

Тази клинична пътека изпълнява **решение на** организационна структура от предхождащи клинични пътеки – това е **онкологичният комитет**.

За реално осъществяване на прехода от противотуморно лечение към палиативни грижи е необходимо **експертно решение**, което олицетворява високата отговорност на онкологичния комитет при оценка на пациента като терминално болен.

Експертното решение – експертно решение за палиативни грижи в терминален стадий се издава **от онкологичен комитет** на базата на строги морфологични и клинични индикатори, специфични за конкретното онкологично заболяване. Ако специфичните индикатори за конкретното онкологично заболяване не са залегнали в предходни клинични пътеки в сферата на онкологията, както и във всички случаи, когато няма предходна клинична пътека, тези индикатори се описват кратко в свободен текст от онкологичния комитет.

Болният има право да определи приоритетите в своето лечение и да откаже провеждането на активно противотуморно лечение. Независимо от направения избор пациентът има право на облекчаване на болката и страданията. **Палиативни грижи се прилагат и в случаите, когато болния отказва провеждането на активно лечение.**

На базата на "Експертно решение за палиативни грижи в терминален стадий" екипите за болнични палиативни грижи попълват **индивидуален план за палиативни грижи – *Документ № 1б.***

Долечебното състояние и изпълнението на клиничната пътека се дефинира на базата на следните документи:

експертно решение за палиативни грижи в терминален стадий ***Документ № 1а*** (издаден от онкологичния комитет);

индивидуален план за палиативни грижи - ***Документ № 1б***;

декларация за информирано съгласие.

5.б. ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Правила на СЗО за приложение на аналгетично лечение при хронична онкологично болка

Изборът на аналгетична терапия се подчинява на следните основни правила:

избор на аналгетик в зависимост от силата на болката по тристепенния модел на СЗО, представена на схема № 1

Схема № 1 Тристепенния модел на СЗО

предписва се редовен прием на медикамента ("по часовник") съобразно продължителността на аналгетичния ефект;

предписването на аналгетици „при нужда" е неправилно и води до влошаване качеството на живот на пациента;

да се предпочитат медикаменти за перорално приложение; при повечето пациенти това е възможно;

медикаментозната терапия да се съобразява с индивидуалните особености на всеки пациент.

А. Правила за приложение на неопиоидни аналгетици:

използват се три групи неопиоидни аналгетици:

салицилати;

нестероидни противовъзпалителни медикаменти - НСПВС;

- Paracetamol;

ефективни са на първо ниво от аналгетичната стълбица;

могат да се използват като коаналгетици на второ и трето ниво;

нестероидните противовъзпалителни средства включват няколко различни групи медикаменти. Съществува индивидуално повлияване от един или друг медикамент. Възможна е смяната на няколко медикамента за откриване на най-ефективния;

НСПВС и салицилати проявяват сериозни странични ефекти: съществува разлика в степента на проява на страничните ефекти между отделните групи НСПВС, което се дължи в известна степен на тяхната релативна COX –2 селективност;

гастропатии, бъбречно увреждане, потисната тромбоцитна агрегация и други отклонения в хемопоезата са най - честите странични ефекти, независимо от начина на приложение; при рискови пациенти се предписват гастропротективни медикаменти;

осигуряването на адекватна хидратация и добра диуреза намалява риска от бъбречно увреждане;

НСПВС са противопоказани при данни за кървене, нарушения в коагулацията или тромбоцитната функция;

Paracetamol:

не притежава страничните ефекти на НСПВС;

не притежава противовъзпалителен ефект;

има централен механизъм на действие;

във високи дози има хепатотоксичен ефект.

Лечението с неопиоидни аналгетици се започва с високи или максимални дози, за да се постигне бързо оптимален ефект.

Б. Правила за приложение на опиоидни аналгетици

В България са достъпни за употреба и подходящи за приложение при хронична онкологична болка следните опиоиди:

Слаби опиоиди: Codein, Dihydrocodein, Tramadol, Tillidine; Силни опиоиди: Morphin, Fentanyl, Oxycodone и др.

Опиоидите имат сходна фармакологична характеристика. Те достигат пикова плазмена концентрация 60-90 мин. след перорално или ректално приложение, 30 мин. след подкожна или мускулна инжекция и 6 мин. след интравенозно приложение.

В 90 до 95% се екскретират през бъбреците след процес на конюгация в черния дроб.

Плазменият живот на опиоидните метаболити (някои от които активни) зависи от скоростта на бъбречния клирънс - 3-4 часа, ако той е нормален.

M6G има аналгетичен ефект. M3G притежава известна невротоксичност.

Фармацевтичните форми на Morphin с удължено действие или контролирано освобождаване могат да имат 8, 12, или 24-часов ефект. Таблетките се приемат цели, без да се чупят.

Фармакологично не е издържано да се предписват едновременно два слаби или два силни опиата.

Начални дози на силни опиоиди при пациенти, които никога не са приемали опиоиди:

Morphine - 10-20 mg/4h;

Трансдермален Fentanyl – 25 μgr/h;

Oxycodone - 5-10 mg/4h

При пробивна болка се препоръчва приемане на извънредна доза от бързодействащ Морфин или Фентанил;

Да се избягват медикаменти с кратко действие. Pethidin не се прилага при лечение на хронична онкологична болка поради натрупването на токсични метаболити.

Да не се предписват смесени агонист-антагонисти заедно със силен агонист. Излишно е и може да доведе до антагонизиране на аналгетичния ефект, който целим.

В палиативната медицина Фентанил се използва като мощен опиоид за трансдермално приложение:

при пациенти, неупотребявали наркотични аналгетици, лечението започва с пластир, освобождаващ 25 μgr/h фентанил;

пластирът трябва да бъде подменян на 72 часа; коригирането на дозите се извършва с увеличаване от 25 μgr/h на интервали от 3 дни до пълно овладяване на болката;

след отстраняване на пластира на 17-ия час плазмените концентрации намаляват с 50%.;

при „пробив на болката" се използва орален морфин с бързо действие или фентанил;

трасдермалният Фентанил е особено подходящ при пациенти с локализация на тумора – глава, шия, метастази в стомашно-чревния тракт, пациенти с гадене, и упорито повръщане.

Oxycodone има различна аналгетична сила в зависимост от начина на приложение: при интрамускулно приложение 2/3-3/4 M, при интравенозно приложение - по-силен от M и при перорално приложение - 4/3 M. Тази различна еквианалгетичност го прави приложим на второ и трето стъпало от аналгетичната стълбица:

съществуват перорални форми с контролирано освобождаване;

удобен при пациенти с негативизъм към морфина - отпада психологичната бариера.

В. Правила за избор на алтернативни начини за приложение на опиоиди

- **Парентерално приложение – индикации:**

затруднено или невъзможно гълтане;

екстремно ескалираща болка;

трудно овладяеми и силно изразени странични ефекти - гадене, повръщане;

нарушения на съзнанието;

тежък стоматит (за периода на лечението му);

чревна обструкция;

парентерално приложение на опиоиди в палиативната медицина се препоръчва за определен (кратък) период от време;

предпочитан е методът на подкожна апликация – по-малко болезнен и със същата ефективност като мускулния;

ако се налага парентерално приложение за кратък период от време, се предпочита продължителната инфузия пред болусните апликации. Осигурява се по-постоянна плазмена концентрация, толерира се по-добре от пациента.

- **Ректално приложение:**

използват се супозитории, като дозата е еквивалентна на перорална;

понякога трудно се толерира от пациента.

Ентерално приложение

През ентерална сонда могат да се поставят бързодействащите форми или тези с удължено действие, изработени под формата на гранули.

Епидурално или интратекално приложение на опиоиди:

този метод е приложим при малък брой от пациентите – 5-10%;

индикациите включват силни болки, нечувствителни на опиоиди при стандартно приложение, локализирани под средните торакални сегменти;

необходими са скъпи консумативи;

опасност от сериозни инфекции или дислокация на катетъра.

Г. Странични ефекти на опиоидите

Видове странични ефекти на опиоидите

ЧЕСТО	ПО-РЯДКО	МНОГО РЯДКО
Запек	Ретенция на урина	Алергия
Гадене и/ли повръщане	Сърбеж	Дихателна депресия
Седация	Объркаост	
Сухота в устата	Халюцинации	
	Постурална хипотензия	
	Световъртеж	

- Описание и оценка:

психическа, физическа зависимост от и привикване към опиоидите не са обект на разискване в палиативната медицина;

запекът, резултат от употреба на на опиоиди, се среща при всички пациенти; рутинно се предписват лаксативни средства;

между 15 и 30 % от пациентите изпитват гадене в началото на опиоидната терапия; овладява се с антиеметици и обикновено изчезва след около една седмица; при необходимост се преминава към обезболяване с друг опиоид;

предизвиканата от опиоидите седация е временен страничен ефект; изчезва няколко дни след началото на лечението;

при появата на объркаост, халюцинации, миоклонични мускулни спазми или промяна в нивото на съзнание трябва да се предполага развитие на синдром на опиоидна токсичност;

сърбежът е резултат на хистаминолиберация и рутинно се овладява с Н1-хистаминови антагонисти;

дихателна депресия се среща изключително рядко при тези пациенти.

Д. Правила за приложение на адювантни аналгетици

Адювантните аналгетици са медикаменти от различни лекарствени групи, **използвани основно за лечение на други заболявания, но при определени болкови състояния имат аналгетичен ефект.**

Преди да се използват адюванти е необходимо:

да се оптимизира опиоидната терапия;

да се прецени съотношението риск/полза;

да се знае, че при внимателно титриране на дозата са необходими 7-10 дни за постигане на ефект;

да се избягва употребата на два или повече адюванта едновременно;

да се знае, че основна цел е адекватната аналгезия и симптом контрол при липса на сериозни странични ефекти.

Най-често използваните адювантни медикаменти /ко-аналгетици/ са:

кортикостероиди;

трицикличини антидепресанти;

антиконвулсанти;

орални (парентерални) локални анестестетици;

кетамин;

бисфосфонати.

Правила за поведение при диспнея

А. Лечение на причината за диспнея, ако това е възможно:

при плеврален излив да се извърши дрениране на плевралната кухина;

при анемия да се извърши кръвопреливане;

при белодробен емболизъм да се действа съобразно правилата за добра медицинска практика;

при пневмония да се приложи адекватно антибактериално лечение.

В. Общи симптоматични мерки - кислородолечение.

Степента на задух, изпитван от пациента, може да корелира или не с нивото на кислородната сатурация.

Прилагане на опиоиди:

намаляват субективното усещане за задух;

намаляват напрежението и тревогата;

намаляват болката, свързана с дишане.

Ако пациентът не е приемал опиоиди - Morphin 5-10mg/p.o. (2,5-5mg/s.c)./4h с междинни дози от 3-5mg/p.o. или1,5-3mg/s.c при засилване на диспнеята.

Ако пациентът вече е на опиоидно лечение - приема допълнителна доза бързодействащ Morphin при засилване на диспнеята (10-15% от общата дневна доза:

бронходилататори – при изразени признаци обструкция;

дихателни упражнения за контрол на дишането (полезни за овладяване на усещането за страх и безпомощност);

интубация и апаратна вентилация не са подходящи при пациенти в терминален стадий.

С. Синдром на обструкция на vena cava superior

Появата на диспнея е един от водещите симптоми:

провеждане на палиативна лъчетерапия или лекарствено лечение;

високи дози Dexamethazone - 24mg/i.v.

продължаване на лечението с кортикостероиди.

Правила за поведение при безапетитие и кахексия

Анорексия и кахексия се срещат при 80%-90% от пациентите в терминален стадий. Основните причини са:

променен вкус;

гадене;

дисфагия;

намален прием на храна;

метаболитни нарушения, свързани с онкологичния процес;

забавено изпразване на стомаха.

А. Медикаментозно повлияване на анорексията:

- стимулиране на апетита:

Dexamethazone –2 x 4-10 mg p.o/s.c./24h;

Megestrol acetate - 160mg/24h;

Medroxyprogesterone acetate(MPA) - 500-1000 mg/24h.

- овладяване симптомите на гадене и повръщане и стимулиране изпразването на стомаха (вж. т.9):

Metoclopramide;

Domperidone; - Cisapride.

- повлияване на дисфагията (вж. т.10).

В. Общи мерки:

подобряване хигиената на устната кухина;

лечение при кандидоза на устната кухина;

промяна на хранителния режим;

мерки за регулярно овлажняване при силно изразена сухота в устата.

С. Ентерално и парентерално хранене

Агресивно ентерално и парентерално хранене не се прилага в терминалния стадий, защото е доказано, че не повлиява на преживяемостта и често е съпроводено от неприятни за пациента усещания. Парентералната рехидратация се прилага с цел облекчаване на симптомите.

Д. Разяснение на пациента и семейството му на целите на лечението и ограниченията, които го съпътстват.

Правила за поведение при гадене и повръщане

Хронично гадене и повръщане се срещат при около 40% от пациентите в терминален стадий (20-70%) и често са резултат на повече от една причина.

А. Да се изключи (или потвърди) наличие на илеус (вж. т.22).

В. Да се определи интензитета като се използва вербална или визуална аналогова скала.

С. Да се прецени дали причина са медикаменти, използвани за лечение на други симптоми. Най-често това са опиоиди и НСПВС:

опиоиди – ако независимо от приложеното медикаментозно лечение симптомите персистират, се преминава към алтернативен начин на обезболяване. Винаги се предпочитат неинвазивните методи – трансдермален, ректален. Парентерално приложение се налага при ограничен брой пациенти;

НСПВС- преминава се към лечение с Paracetamol или селективни Cox-2 инхибитори.

Д. Медикаментозно лечение

Основно средства на избор за медикаментозно лечение - Metoclopramide – 10 mg/6h p.o/s.c.

При наличие на уремия, хиперкалцемия или други химически причини - Haloperidol – 1.5 –3mg/p.o./s.c./вечер

При наличие на вагусова стимулация – фарингеално дразнене, хепатомегалия, преразтягане на уретерите - антиеметици с централно и периферно действие.

При наличие на повишено вътречерепно налягане - Dexamethazone - 8-16mg; антиеметици с централно и периферно действие.

При повръщане в резултат на стомашна атония - Metoclopramide +/- Cisapride 10mg/8h

При наличие на констипация (вж. т.11)

При състояние на тревожност, страх и депресия (вж. т. 14)

Е. Разясняване на пациента и семейството му целите и ограниченията на лечението

Правила за поведение при дисфагия

А. При наличие на пълна обструкция:

гастростомия, - ако позволява състоянието на пациента и съществува по-дълга прогноза;

перкутанна гастростома – ефективен метод с ниска честота на усложнения и неоспорими предимства пред другите оперативни техники;

интравенозни инфузии- преди започване на инфузионната терапия е необходимо разясняване на пациента и семейството му целите и ограниченията на лечението и съобразяване с желанието му документирано в "Предварително решение" (прил.7).

В. Дисфагия, резултат от лечение с медикаменти:

Metoclopramide, Domperidone - поради повишаване тонуса на гастро-езофагеалния сфинктер;

Haloperidol - поради поява на екстрапирамидни нарушения;

НСПВС - поради увреждане лигавицата на хранопровода.

Препоръчва се редуциране на дозата, спиране на медикамента или прилагане на медикамент със сходно действие, но по-слабо изразени странични ефекти.

С. При наличие на кандидоза:

Ketoconazol;

Fluconazol

Д. При наличие на рефлукс, който причинява дисфагия - Н2- блокери

Е. При наличие на тумори в областта на главата и шията, причина за дисфагия - Dexamethazone - редуцира отока и повлиява функцията на нервите притиснати или ангажирани от тумора

Правила за поведение при констипация

Ако не се третира профилактично, констипация се наблюдава при 95% от пациентите, приемащи опиоиди. Други причини, водещи до констипация, са:

намален прием на храна и течности;

намалена подвижност и залежаване;

абдоминални тумори;

електролитен дисбаланс.

А. Извършване на ректално туширане

Видът на съдържимото в ampulla recti е определящо при избора на лаксативно средство.

В. Общи мерки за профилактика:

повишен прием на течности (1500 мл/дневно);

повишена двигателна активност; предписване на лаксативни средства при започване на опиоидното лечение и последващото им постоянно приемане.

С. Медикаментозно лечение:

Стимуланти на дебелочревната перисталтика:

Senna – 1-2т./дн.; дозата се титрира до ефект; най-често ефективна доза – 2-4 т./12ч.

Bisacodyl supp;

омекотители;

Paraffin;

Glycerin.

- Осмотични лаксативни средства - Lactulose

Не се препоръчва за продължителна употреба поради опасност от поява на водноелектролитен дисбаланс.

Д. Поведение при изразена констипация - прилагат се очистителни клизми и/или супозитории до овладяване на състоянието.

Правила за поведение при промени в съзнанието

Развитието на делир е сред най-честите невропсихични нарушения, причина за нарушение на съзнанието при терминално болни. До 85% от тези пациенти развиват делир през последните седмици от живота си.

От една страна делирът е очакван симптом в края на живота, но от друга до 45% от епизодите са обратими с прилагане на подходящо лечение и на тези пациенти може да се осигурят последващи седмици и месеци с добро качество на живот.

Изисква се строго индивидуален подход при оценка на състоянието.

А. Основни критерии:

нарушение на вниманието;
нарушение на познавателната способност;
нарушение на психомоторните реакции;
остро или подостро начало;
флуктуиращо протичане;
обратимост на състоянието.

В. Клинични подвидове:

хиперактивен - объркаост, възбуда, халюцинации, миоклонуси;
хипоактивен - объркаост, сомнолетност, необщителност и затваряне в себе си.

Важно в палиативната медицина е разграничаване на делир от деменция - бавно и прогресиращо начало, без промяна в нивото на съзнание, хронично протичане.

С. Лечение - откриване и конвенционално лечение на причините: опиоидно токсичност, дехидратация, инфекция, хиперкалциемия, уремия и пр.; най-често причините за развитие на делир са няколко.

Основни средства за овладяване на делир:

Haloperidol – 1-2mg/8-12h/p.o./s.c, максимална дневна доза 20-30 mg;
Promethazin – 25-50mg/8-12h/p.o/s.c.

Ако симптомите персистират се преминава към алтернативен медикамент с по-изразен седативен ефект - много рядко за седация се използва Midazolam

Д. Оказване психологическа подкрепа на семейството

Правила за поведение при тревожни състояния и депресия

Повече от 50% от пациентите в терминален стадий са в състояние на емоционален дистрес, проявяващ се като тревожност и страх или потиснатост, отпадналост и безсилие.

А. Поведение при тревожни състояния:

изключване състояние на делир, хронична злоупотреба с медикаменти и алкохол и данни за предишни епизоди на психиатрично заболяване;

немедикаментозни методи за повлияване на състоянието.

Всички достъпни методи и техники за осъществяване на психологическа подкрепа на пациента - медикаментозно лечение:

Lorazepam – 0,5-1mg;
Alprazolam 0,25-1mg/2хдн.

Предпочитат се бензодиазепини с кратко действие

В. Поведение при депресия:

основни клинични белези на депресия:
силно чувство на вина;
силно чувства на безпомощност;
силно чувство на безполезност;
липса на желание за живот;
наличие на мисъл за самоубийство;

откриване и лечение на състояния, които могат да наподобят депресия. Състояния на делир се срещат по-често от депресия:

метаболитни (хиперкалцемия);
ендокринни (хипотиреоидизъм);
медикаменти (антиконвулсанти, бета-блокери, КС, Tamoxifen);
неовладян болков синдром;
немедикаментозно лечение чрез психологически методи и техники
лечение с антидепресанти
трициклични антидепресанти:

Amitriptylin –25-125mg/дн.;

Desipramin –10-25mg/дн.;

селективни инхибитори на серотонина (SSRI):

Fluoxetine – 10-20mg/дн.;

Paroxetine ;

Sertraline - 50-100mg/дн.

Терминални пациенти с депресия се повлияват от по-ниски дози в сравниние с физически здрави лица.

Правила за поведение при нарушения в уринирането

А. Наличие на болка:

от

туморен процес –

- по правилата на СЗО;

палиативна лъчетерапия;

инстилация в пикочния мехур на 20ml/0,25% Bupivacain за 20 мин.;

откриване и лечение на инфекция;

отбременяване на пикочния мехур при данни за ретенция;

отбременяване балона на катетъра при болки в областта на тригонума с ирадиация към дисталната част на уретрата.

В. Инконтиненция на урината:

катетеризация на пикочния мехур:

при тотална инконтиненция поради локално авансирал тумор;

поради увреждане на pl. sacralis или компресия на гр. мозък; - променено ниво на съзнание.

грижи за кожата чрез добра хигиена и използване на кремове, съдържащи Dimethicon;

Imipramin –10-20mg при пациенти след простатектомия.

С. Олигурия:

корекция на приема на течности при данни за дехидратация;

при обструкция на уретерите:

поставяне на уретерален stent;

перкутанна нефростома, след консултация с уролог и преценка на общото състояние;

Dexamethazone;

обструкция на уретрата:

често от фекални маси при констипация- лаксативни средства;

От туморен процес- катетеризация;

повишен тонус на сфинктерите- често медикаментозно предизвикан (антимускаринови медикаменти, трициклични антидепресанти).

Препоръчва се намаляване на дозата или спиране на медикамента, ако е възможно.

Д. Хематурия:

от авансирал тумор на пикочния мехур:

- палиативна лъчетерапия с кръвоспираща цел;

- Ethamsylate.

в резултат на инфекция – антибактериално лечение

Правила за поведение при астения - най-често срещания симптом в терминалния стадий на онкологично заболяване. Представлява комбинация от физически усещания(умора, изтощение, слабост), афективни усещания (раздразнителност, загуба на интерес) и когнитивни усещания (намалена способност за концентрация).

А. Подобряване на физическото състояние:

лечение на съпътстващите заболявания - диабет, сърдечна недостатъчност, анемия, инфекции;

индивидуализиране на медикаментозното лечение за предотвратяване предозиране с:

Бензодиазепини;

Антидепресанти;

Опиоиди.

В. Лечение на тревожни състояния, депресия и делир (вж. т13 и т.14)

С. *Нарастващи туморни маси* – най-честа причина за прогресираща астения Dexamethazone – 2-4mg/дн:

подтиска се отделянето от тумора на хуморално активни вещества (TNF);

подобрява се апетита;

субективно усещане за подобряване на състоянието.

Д. Разясняване на пациента и семейството му целите и ограниченията на лечението

Правила за поведение при декубитус

А. Определяне на риска от развитие на декубитус (скала на Waterlow) и мерки за профилактика:

антидекубитален дюшек и/или превръзки;

честа промяна позицията на тялото;

добра хигиена на кожата;

използване на овлажняващи кремове;

при малнутриция и дехидратация- хидратиране и добавяне на VitC и Zinc.

Таблица за поведение при декубитус

Стадий	**Цел**	**Вид превръзка**	**Механизъм на действие**	**Начин на работа**
I-стадий (интактна кожа) + *II-стадий* (повърхностно увредена кожа)	Предотвратяване на преминаване в III-ст. и предпазване от контаминация	Полиуретанов филм	Не позволява преминаване на бактериите, молекулите на H2O и O2 преминават свободно	Поставя се плътно върху декубитуса Оставя се за 3-4 дни При необходимост се подменя
III-стадий (повърхностна улцерация, охлузване, плитък кратер, липсва инфекция	Мерки за предпазване от инфекция и за реепителиза-ция	Хидроколо-идни превръзки Превръзки с Calcium alginate	При контакт с раневия ексудат образуват гел Абсорбират ексудата чрез образуване на хидрофилен гел Осигуряват контрол на раневата секреция и предпазват от бактериална контаминация	Почистване с физ. разтвор Превръзката обхваща и 3 см около външния ръб Почистване с физ. разтвор Поставяне на алгината и покриване с превръзка, която не се сменя ако е суха

IV-стадий Дълбок кратер с тъканен детрит +/- инфекция	Отстраняване на некротичните материи <

При част от случаите това е достатъчно

С. Умерена и тежка хиперкалцемия:

рехидратация

прилагане на бисфосфонати:

Pamidronate- 60-90 mg/500-1000ml 0,9%NaCl/до 2h/i.v.

Clodronate – 1500mg/500ml 0.9%NaCl/за 4h/i.v., p.os.1500-2000 mg.ежедневно

Zoledronate – 4mg / 500 ml 0,9% NaCl

изследване на бъбречната функция (Crea, Urea);

изследване на Ca++, електролити и Crea на третия ден;

ако лечението е ефективно нивото на серумния Ca++се нормализира до третия ден;

тежка хиперкалцемия обикновено се съпровожда от изразена дехидратация и множество клинични симптоми. За бързо повлияване нивото на Ca++, докато се извършва рехидратацията, се използва Calcitonin 100-200U/s.c.-3-6 дози. Калцитонинът повлиява бързо нивото на Ca++, но ефектът е краткотраен. Продължава се с лечение с бисфосфонати при контрол на параклиничните показатели;

основната цел при лечението на хиперкалцемия е овладяване на симптомите.

Мозъчни метастази

Срещат се при 25-35% от болните в терминалния стадий на болестта, като в 60% от случаите са множествени.

Поведение: зависи от общото състояние на пациента. Без лечение средната продължителност на живота на болните е около 1-2 месеца. Палиативното лечение – кортикостероиди, лъчева терапия и хирургично лечение може да увеличи преживяемостта на болните средно с 2 до 6 месеца.

Лечение: има за цел намаляване на мозъчния оток и вътречерпното налягане.

Кортикостероиди - Dexamethazone от 16мг до 32мг /24 ч за 5-7 дни, след което дозите се намаляват до подържащи дози от 4-8мг/24ч. Високите дози Dexamethazone до 100мг дневно не са с доказано предимство , но се асоциират с повишен риск от усложнения. Профилактично се назначават гастропротектори – H2 блокатори или PPI блокатори.

Осмотична терапия – Mannitol венозно в доза 1-1,5г /кг /24ч в случаите, когато лечението с дексаметазон не е достатъчно ефективно.

Противогърчово лечение – при поява на гърчова симптоматика – carbamazepine 2 x 200мг /24h през устата.

Лъчева терапия – съгласно стандартите по лъчелечение.

Палиативна химиотерапия – съгласно стандарта по лекарствено лечение.

Неврохирургическо лечение – показано е при единични метастази и при добро общо състояние на болния.

Гърчове

При около 1% от болните в терминален стадий могат да се развие симптоматична епилепсия, която да протича с гърчове.

Предпочитат се пероралните противоепилептични средства като Carbamazepine в доза 200 - 800мг/24ч.

При епилептичен статус – Lorazepam 4мг, венозно за 2-5 мин, Diazepam 10-20мг венозно бавно 15-20 мин. Midazolam 2 х по-мощна противогърчова активност от диазепам , като за

разлика от него може да се прилага като продължителна подкожна инфузия. Доза от 5 - 30мг /24ч.

Компресия на гръбначния мозък

При 70% от онкологично болните в терминален стадий се срещат метастази в прешлените, а при около 5% от тях настъпва компресия на гръбначния мозък. В 70% от случаите се засяга дорзалната повръхност на прешлените.

Бързо развилата се компресия на гръбначния мозък (в рамките на часове), която протича със задълбочаваща се неврологична симптоматика (парализа), е с лоша прогноза и почти винаги е необратима, независимо от вида на онкологичното заболяване довело до нейното развитие. Усилията са насочени към контрол над оплакванията и симптомите на болния.

Лечение

Кортикостероиди – намаляват локалния оток и болката. Имат противотуморен ефект при някои злокачествени заболявания. Предпочитан корктекостероид е Dexamethasone във високи дози 16-100мг венозно за първите 24-48 часа и постепенно намаляване на дозата.

Осмотични диуретици – намаляват локалния оток. Mannitol в доза 1-1,5г/кг/24ч венозно.

Лъчелечение – ефективно при лъчечувствителни тумори. Намалява оплакванията и в частност болката. Дозата е съгласно стандартите за лъчелечение.

Неврохирургическа интервенция. Показана е при болни с очаквана продължителност на живот над 3 месеца.

Химиотерапия – при тумори чувствителни на лекарствено лечение. Основна цел е да се намали общото туморно натоварване. Прилага се съгласно стандартите за лекарствено лечение на туморите.

Контрол на болката с опиоидни аналгетици – най-често парентерално, под формата на продължителна подкожна инфузия.

Контрол на дефекацията с лаксативи и клизми.

Поведение при предстояща смърт на болния

Клинични белези:

Загуба на интерес към заобикалящата действителност.

Нараства и се задълбочава изпитваната от болния умора.

Болният може да бъде летаргичен или обратно - неспокоен и възбуден. Наблюдават се делириум и халюцинации.

Интензивността на изпитваната болка в повечето случаи нараства и често е трудна за контролиране.

Появява се шумно клокочещо дишане,често с прояви на диспнея.

Настъпват проблеми с отделянето на урина. Могат да се появят както ретенция на урината, така и инконтиненция.

Намалява приема на храна и течности.

Наблюдава се невровегетативна симптоматика , която протича с гадене и повръщане и/или с профузно изпотяване.

Появяват се количествени нарушения на съзнанието – болните стават сомнолентносопорозни или изпадат в кома.

Златно правило при предстояща смърт на болния е да се редуцира текущата терапия като се запазва прилагането на следните медикаменти:

Morphin – основно обезболяващо средство. Аналгетичното лечение продължава до настъпването на смъртта на болния. Прилага се под формата на подкожна инфузия.

Midazolam – основен транквилизиращ и седиращ медикамент. Може да се прилага и като подкожна инфузия.

Furosemide – диуретик. При шумно и клокочещо дишане в последните часове на болния. Може да се прилага венозно или като подкожна инфузия.

Atropin – намалява секрецията. Прилага се венозно или като подкожна инфузия.

Храненето на болния и приема на течности се запазва, докато болния може да гълта или показва признаци на глад и жажда.

Лекарствена група	**Медикамент**	**Продължава или се спира**	**Алтернатива или друг път на прилагане**
Аналгетици	НСПВС, парацетамол	Спират се	При нужда, температура и при костна болка – супозитории с подходящи НСПВС
Аналгетици	Опиоиди - орално	Спират се	Преминава се към парентерален път – 1/3 от оралната доза като **CSCI** (продължителна подкожна инфузия)
	Метоклопрамид, халоперидол, левомепромазин,	Продължа-ват при нужда	Преминава се към парентерален път на прилагане на метоклопрамид, халоперидол, левомепромазин като **CSCI** (продължителна подкожна нфузия)
Антиеметици – сетрони	Сетрони - ондансетрон	Спират се	Не се заместват
Лаксативи	Всички медикаменти	Спират се	
Седативи	Бензодиазепини - орално	Спират се	Мидазолам – при нужда парентерално приложение като **CSCI** (продължителна подкожна нфузия)
Антиконвулсанти	Орално	Спират се	Мидазолам – при нужда парентерално приложение като **CSCI** (продължителна подкожна нфузия)
Кортикостероиди	Орално	Спират се	Парентерално прилагане при необходимост
Диуретици	Орално - Спиронолактон	Спират се	Фуроземид - парентерално при необходимост
Гастропротектори	Антиациди и Н2 блокери	Спират се	Подходящи за парентерално приложение Н2 блокери при кървене от пептична, стомашна язва
Бронходилататори	Теофилин и други	Спират се	При нужда – инхалиране на смес от морфин и атропин във физ.серум
Спазми на пикочния мехур	Оксибутин	Спира се	При нужда – промивка на катетъра с лидокаин 0,5% или морфин 1мг/мл

Антидепресанти	Всички медикаменти	Спират се	Не се заместват
Антикоагуланти	Ацетил салицилова киселина	Спира се	Не се замества
Сърдечно- съдови	Всички медикаменти	Спират се	Не се заместват
Антибиотици, хормони, антидиабетни, витамини	Всички медикаменти	Спират се	Не се заместват

Midazolam – прилага се като болус в доза 5мг или като подкожна инфузия в доза 30мг/24ч при тревожност, възбуда или безпокойство, характерни за последните часове на болния. При необходимост може да се приложи Chlorpromazine в доза 12,5-25мг венозно.

Комбинирането на Furosemide 20-40мг венозно и Atropin 1-2мг мускулно или подкожно се препоръчват при лечението на предсмъртното хъркане (death rattle)- шумното и клокочещо дишане характерно за последните часове на болния.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

На базата на експертното решение на онкологичния комитет пациентът има окончателна диагноза и дефинирано терминално състояние.

ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Тази клинична пътека дефинира здравноосигурително покритие за **6 месечен период** в края на онкологичното заболяване, в който се предвиждат няколко хоспитализации с обща продължителност **до 30 дни**. В тази клинична пътека не се предвиждат други срокове.

В случаите на преживяемост на пациента над 6 месеца, той се включва в нова клинична пътека "Палиативни грижи при онкологично болни", което не се счита за нарушение на постановките на НРД.

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

8.1.Хоспитализацията на пациента се документира в „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).

8.2. Документиране на диагностично - лечебния алгоритъм – в *"История на заболяването*.

„**Документ №1а „Експертно решение" и „Документ №1б „Индивидуален план"**, които са неразделна част от ИЗ при започване на палиативното лечение на болния. При последващи пролежавания в рамките на отчетния период задължително се попълва „**Документ №1б „Актуализация",** който е неразделна част от ИЗ. **„Документ №1в – „Предварително решение"** е задължителна част от ИЗ при първото хоспитализиране на болния в отчетния период по настоящата кл. пътека.

Състоянието на болния, промените в хода на болестта и приложените лечебнодиагностични и рехабилитационни процедури се отразяват в история на заболяването ежедневно.

8.3.Изписването/превеждането към друго лечебно заведение се документира в:

"История на заболяването";

част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

8.4. Декларация за информирано съгласие (Документ №.....) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

Допълнителен лист към ИЗ № .....

ДОКУМЕНТ №1а

ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ ЗА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ В ТЕРМИНАЛЕН СТАДИЙ

ЕКСПЕРТНО РЕШЕНИЕ	
Име.....год. ..... Адрес ..... ЕГН.....тел ..... професия ..... Здравно осигурен: □ да □ не	Общо практикуващ лекар: Трите имена: .... Тел: .....

ОНКОЛОГИЧЕН КОМИТЕТ

РЕШЕНИЕ ЗА ПРОВЕЖДАНЕ НА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ

ДИАГНОЗА:
.....

Код на заболяването по МКБ-10 .....

Хистологичен резултат..... .....

ЛОКАЛИЗАЦИЯ НА МЕТА .....**СТАДИЙ**
.....

Клинични индикации за спиране на активно (противотуморно)лечение
.....

.....

.....

КОМИСИЯ /СЪСТАВ/: ТРИТЕ ИМЕНА **ПОДПИС** **ПЕЧАТ**

1..... .....
.....

2..... .....
.....

3..... .....

.....

Дата:.....

ПРОВЕДЕНО ЛЕЧЕНИЕ

Изследвания и операция(и): Дата Лечебно заведение

....
.....

....
.....

....
.....

....
.....

Лъчетерапия (вид, място):

.....

.....

.....

Химиотерапия (вид в т.ч. хормонотерапия и имунотерапия)

.....

.....

.....

Предоставена Декларация за информирано съгласие - **Предварително решение**

Получих декларацията :…….

Дата: ..... **Подпис:**.....

Допълнителен лист към ИЗ №
.....

ИНДИВИДУАЛЕН ПЛАН ЗА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ

Трите имена:
.....

АДРЕС: ..... ТЕЛ:
.....

Решение на онколог. комитет гр ..... лечебно заведение или ДОЗ.....

БОЛНИЧЕН ЕКИП ЗА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ

На базата на решението на онкологичния комитет, данните от проведеното лечение и сегашното състояние се състави следната индивидуална програма за палиативни грижи:

Вид и място на болката:
.....

.....

.....

Контрол на симптомите:

Дихателни:
.....

Стомашно-чревни
.....

Урологични
.....

Кожни
.....

Психическо състояние
.....

Неврологичен дефицит
.....

Двигателна активност
.....

Други:
.....

МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ

1. ..... 5. .....

2. ..... 6. .....

3. ..... 7. .....

4. ..... 8. .....

decursus morbi.....

.....

.....

КОМИСИЯ /СЪСТАВ/: ТРИТЕ ИМЕНА **ПОДПИС** **ПЕЧАТ**

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

град ..... лечебно заведение: .....

Дата:.....

Допълнителен лист към ИЗ №.....

ДОКУМЕНТ №1б-2

ИНДИВИДУАЛЕН ПЛАН ЗА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ

АКТУАЛИЗАЦИЯ

Трите имена:
.....

АДРЕС: ..... ТЕЛ:
.....

Решение на онколог. комитет гр .....лечебно заведение
.....

КОНТРОЛ НА СИМПТОМИТЕ	**Посещения при/от екипа**	**Консултации по телефона**
1. болка .... 2. ..... 3. ..... 4.	.....дата .....дата .....дата .....дата .....дата	..... дата ..... дата ..... дата ..... дата ..... дата

МЕДИКАМЕНТОЗНО ЛЕЧЕНИЕ

Доза дата

1.....
.....

2.....
.....

3.....
.....

4.....
.....

5.....
.....

Други неописани по горе:.....

.....

.....

.....

Посетен от ОПЛ ..... дата

.....

Нанесени корекции в терапия ..... ☐ да ☐ не

Спешност **(ЦСМП)**

.....

Решение за хоспитализация:

.....

.....

дата: .....

ИНСТРУКЦИИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Въведение:

Тази бланка представлява комбинация от:

- дълготрайно пълномощно за здравни грижи;
- воля за живот.

С тази бланка Вие можете:

да определите някого, който да взема вместо Вас решения за здравни грижи, ако Вие не сте в състояние да вземате тези решения за себе си; и/или:

да посочите какви видове здравни грижи и лечение бихте или не бихте желали, ако не сте в състояние да кажете какви са Вашите решения.

Насоки:

прочетете внимателно всички части;

поговорете с лицето, което смятате да определите, за да сте сигурни, че той/тя разбира Вашите желания и има желание да поеме отговорността да следва Вашите желания;

поставете инициалите на името си на празните места пред онези избори, които желаете да направите;

попълнете само онези избори, които желаете в части 1, 2 и 3; Вашето предварително решение ще бъде валидно за всяка част, която попълните, стига да е правилно подписана;

прибавете всякакви специални инструкции в предвидените празни места; можете да напишете допълнителни коментари на отделен лист хартия; ако добавяте страници, Вие трябва да отбележите върху бланката, че има допълнителни страници към Вашата предварителна директива;

подпишете бланката и я дайте за подпис на свидетели;

дайте копие от Вашата предварителна директива на Вашия лекар, Вашата медицинска сестра, на лицето, което сте определили да взема вместо Вас решения за здравни грижи, на Вашето семейство, Вашия свещеник, Вашия адвокат и на всеки друг, който може да бъде ангажиран с грижите за Вас;

разберете - Вие можете да промените или да отмените този документ по всяко време.

Думи, които трябва да знаете:

Предварително решение - писмен документ, който показва какво желае или не желае лицето, ако в бъдеще той/тя не може да изразява своите желания относно здравните грижи и лечението.

Изкуствено хранене и хидратиране - когато храната и водата се дават на лицето чрез сонда.

Грижа за комфорта: грижа, която помага да се поддържа комфорта на човека. Облекчаване на болката, къпане, обръщане и поддържане на устните влажни.

Сърдечно-белодробно съживяване (СБС) - опит да се поднови дишането или биенето на сърцето на човек. СБС може да включва масаж на гръдния кош, поставяне на сонда в гърлото и/или друго лечение.

Дълготрайно пълномощно за здравни грижи: - предварително решение, което посочва човек, който ще взима решения за здравето на лицето, ако той/тя не може да ги вземе или да съобщи своите собствени желания. Този човек може да е член от семейството или приятел, не е нужно да е адвокат. Определеният човек трябва да следва Вашите желания, ако те са известни. Ако те не са известни, този човек трябва да взима решения, основаващи се на това какво мисли, че бихте желали Вие.

Състояние в последния етап от развитието на заболяването или нараняването (за краткост – състояние в последен етап) - хронично, необратимо състояние, причинено от нараняване или болест, довело до сериозно, трайно увреждане на тялото; едно лице в състояние в последния етап изисква околните да вършат повечето от неговите/нейните дейности.

Животоподдържащо лечение: - всяка форма на здравни грижи и лечение, която се използва, за да предпази човека от смърт; апаратът за изкуствено дишане, СБС, диализата, изкуственото хранене и оводняване (хидратиране) са примери за животоподдържащо лечение.

Воля за живот - предварително решение, което казва какви здравни грижи и лечение желае или не желае лицето, ако той/тя не е в състояние да съобщава своите желания.

Даряване на органи и тъкани - когато едно лице се съгласи неговите/нейните органи (като очи или бъбреци) или други части - от тялото (като кожа) да бъдат взети след смъртта му/й и да бъдат трансплантирани за употреба от друго лице.

Постоянна кома - когато лицето е в безсъзнание и няма никаква надежда да дойде в съзнание, дори с медицински грижи. Когато е в кома, човек не е буден или не съзнава заобикалящия го/я свят.

Непроменливо вегетативно състояние - когато лицето има мозъчно увреждане, което го/я прави нечувствително към болка или към околния свят и няма никаква надежда за подобрение дори с максимално лекарствено лечение. Очите могат да са отворени, а тялото може да се движи.

Терминално състояние - напреднало, необратимо състояние, причинено от нараняване или болест, която не се лекува и от която лекарите очакват човека да умре дори с максимално лекарствено лечение; животоподдържащото лечение няма да подобри състоянието на човека, а само ще удължи умирането му.

ДОКУМЕНТ №1в

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

ПРЕДВАРИТЕЛНО РЕШЕНИЕ

Моето дълготрайно пълномощно за здравни грижи, воля за живот и други желания

Аз, ... ,

пиша този документ като решение, касаещо моите здравни грижи.

Поставете инициалите на Вашето име до изборите, които желаете:

Част 1. Моето дълготрайно пълномощно за здравни грижи

Докато аз мога да съобщавам желанията си, моите лекари ще говорят с мен и аз ще взимам решенията за моите здравни грижи.

.....Ако дойде време, когато аз не мога да взимам решения за здравни грижи за мен самия/самата, аз определям това пълнолетно лице да взима тези решения вместо мен:

....
.....
трите имена домашен телефон служебен телефон

.....
.....
адрес
e-mail .....

Ако горепосоченото лице не може или няма право да взима решения вместо мен, аз определям второ лице:

....
..... …….
трите имена домашен телефон служебен телефон

.....

.....

адрес
e-mail .....

.....Разбирам, че ако аз не направя дълготрайно пълномощно за здравни грижи, някой може да бъде определен да взима решения за моите здравни грижи чрез закона или чрез съда.

Аз желая лицето, което съм определил/а, моите лекари, моето семейство и околните да бъдат ръководени от моите желания, описани на следващите страници.

Част 2. Моята воля за живот

А. Използвайте тази страница, за да помогнете на човека, когото сте назовали в Част 1, да взима решения вместо Вас, според това какви са Вашите разбирания по отношение на определени медицински състояния. Тази информация може да бъде полезна и на Вашия лекар и околните, които ще се грижат за Вас.

Като цяло, това трябва да бъдат целите на грижите за мен, ако аз съм в състояние в последния етап на заболяването, в терминално състояние, или ако съм в непроменливо вегетативно състояние, без никаква надежда за подобрение:

Ако аз **не съм в състояние да разпознавам и говоря с моето семейство/приятели, това са моите желания:**

.....

.....

Ако аз **не съм в състояние да живея самостоятелно и трябва да живея в институция (лечебно заведение), това са моите желания:**

.....

.....

Ако аз **трябва да прекарам на легло остатъка от живота си, това са моите желания:**

.....

.....

Ако аз **не съм в състояние да се грижа за себе си (обличане, къпане и т.н.), това са моите желания:**

.....

.....

Ако аз **не мога да ям през устата, и храната и водата трябва да ми бъдат давани чрез сонда, това са моите желания:**

.....

.....

Б. Използвайте тази страница, за да опишете видовете лечения, които могат да бъдат предложени, ако сте в състояние в последния етап на заболяването, в терминално състояние, или в непроменливо вегетативно състояние, за да помогнете на човека, когото сте назовали в Част 1 и който ще взима решения вместо Вас. Тази информация може да бъде полезна и на Вашия лекар и околните, които ще се грижат за Вас.

(Поставете инициалите на Вашето име до Вашите избори)
Избори за лечение:

.....Не желая да започва животоподдържащо лечение. Ако е започнат някакъв вид такова лечение, желая то да бъде спряно.

(Специални бележки):
.....

.....

.....Желая да бъде започнато временно животоподдържащо лечение; ако не покажа признаци за възстановяване, искам то да бъде спряно.

(Специални бележки):
.....

.....

.....Други желания относно животоподдържащите видове лечение, включващи диализа или други основни медицински лечения:

.....

.....

Изкуствено хранене и хидратиране (като хранене със сонда):

.....Аз не желая да бъда хранен/а със сонда, ако това ще бъде основното лечение, което ме поддържа жив/а. Ако ми бъде сложена сонда за хранене, искам тя да бъде махната.

(Специални бележки):

.....

.....

.....Искам да ми бъде поставена сонда за хранене временно; ако не покажа признаци на възстановяване, тогава искам тя да бъде махната.

(Специални бележки):

.....

.....

.....Искам изкуствено хранене и хидратиране, дори ако то е основното лечение, което ме поддържа жив/а.

(Специални бележки):

.....

.....

Други желания, отнасящи се до изкуственото хранене и хидратиране:

.....

В. Други насоки

Вие имате правото да участвате във всички решения относно Вашите здравни грижи, дори и относно тези, които не са свързани със състоянието в последния етап, терминалното състояние или непроменливото вегетативно състояние. Ако Вие имате желания, които не са посочени в другите части на този документ, моля, посочете ги тук:

Част 3. Други желания

Други желания:

.....

Част 4. Подписи

Вие трябва да подпишете този документ. Желателно е двама души, които не са Ваши роднини, да се подпишат като свидетели. Този документ не е необходимо да бъде заверен от нотариус. Дори ако не можете да намерите свидетели, Вие трябва да подпишете това и да го дадете на Вашия лекар като посочване на Вашите желания.

А. Вашият подпис

С долупоставения подпис показвам, че разбирам целта и последствията от този документ.

Подпис: .....Дата:
.....

Адрес:
.....

Аз,..... с долупоставения подпис показвам, че разбирам целта и последствията от този документ, но отказвам да попълня предоставения ми формуляр „Документ №1в – „Декларация за информирано съгласие – предварително решение".

Подпис: .....Дата:
.....

Адрес:
.....

Б. Подписите на Вашите свидетели

Вярвам, че лицето, което е подписало това предварително решение, е със здрав разум, че е подписало или удостоверило това предварително решение в мое присъствие и че той/тя не го прави под натиск, под принуда, под заплаха или незаконно въздействие. Аз не съм свързан/а с лицето, което прави това предварително решение чрез кръвна връзка, брак или осиновяване и, доколкото знам, не съм споменат/а в неговото/нейното завещание. Аз не съм лицето, посочено в това предварително решение. Аз не съм лице, предлагащо здравни грижи или пък служител на лице, предлагащо здравни грижи, което сега или в миналото е било отговорно за грижите за лицето, правещо това предварително решение. Аз съм на възраст над 18 г.

Свидетел 1:

Подпис: .....Дата:
.....

Адрес:
.....

Свидетел 2:

Подпис: .....Дата:
.....

Адрес:
.....

МЕТОДИЧНИ УКАЗАНИЯ ЗА СЪЗДАВАНЕ НА ИНДИВИДУАЛЕН ПЛАН ЗА ПАЛИАТИВНИ ГРИЖИ

А. Анамнеза

Запознаване с историята на онкологичното заболяване и придружаващите заболявания в т. ч. алергия и експертното решение на онкологичния комитет.

Задължително се отбелязва от кого е снета анамнезата. **Състоянието на болния и настъпилите промени в следствие на проведените терапевтични действия се отразяват в историята на заболяване ежедневно.**

В. Физикален преглед

Общото състояние на болния (performance status) се измерва посредством скалата на СЗО (ECOG) от 1 до 5 или посредством скалата на Карнофски (Karnofski scale)

СКАЛА НА ECOG ЗА PERFORMANCE STATUS:

ECOG - PERFORMANCE STATUS*	
Степен	**ECOG – Болният е**
0	Напълно активен способен да извършва всички нормални дейности, които е извършвал преди появата на заболяването без ограничения.
1	Изпитва симптоми, които го ограничават при извършване на дейности изискващи физически усилия, но е амбулаторен и може да извършва лека работа без физическо натоварване – домакинска дейност или работа в офис.
2	Амбулаторен и способен да се грижи за себе си, но не е в състояние да извършва каквато и да е трудова дейност. Прекарва на легло по-малко от 50% от часовете, когато е буден.
3	Много ограничен в грижите за себе си. Прекарва на легло повече от 50% от времето, когато е буден.
4	Тежко болен. Напълно зависим от околните. Прекарва на легло 100% от времето.
5	Умрял.

Скала за общото състояние на Карнофски

Критерии за оценка на KARNOFSKY PERFORMANCE STATUS в (%)

Способен да извършва обичайната си активност и да се труди; не се нуждае от специални грижи.	100	Нормално състояние, няма оплаквания и симптоми; няма доказателства за болест.

		Здрав.
	90	Способен да извършва нормалната за него активност; наличие на малки оплаквания и симптоми на съществуващото заболяване.
	80	Трудно извършва нормалната за него активност; на лице са симптоми и оплаквания предизвикани от заболяването.
Не е в състояние да се труди. Може да живее в домашни условия и да удовлетворява повечето от персоналните си нужди; количеството на необходимата помощ варира.	70	Може да се грижи за себе си. Не е в състояние да извършва характерите за него дейности, а също и да се труди активно.
	60	В някои случаи се нуждае от помощ и подкрепа, но като цяло е в състояние да се грижи сам за себе си и да удовлетворява повечето от своите потребности.
	50	Нуждае се от значителна помощ и подкрепа и от чести медицински грижи.
Не е в състояние да се грижи за себе си. Нуждае се от специализирани болнични или еквивалентни на тях грижи. Болестта може бързо да прогресира.	40	Инвалидизиран болен. Нуждае се от специални грижи, помощ и подкрепа.
	30	Тежко болен и тежко инвалидизиран болен. Желателно е хоспитализирането на болния , независимо че смъртта не е непосредствена.
	20	Много тежко болен. Болният се нуждае от провеждането на активно поддържащо лечение. Фаталния край е много вероятен.
	10	Терминален болен. Фаталния край бързо приближава. Смъртта е предстояща и неизбежна.
	0	Смърт

С. Запознаване с настоящите оплаквания на пациента

1. Болка

Пациентът прави детайлно описание на болковия синдром .

Анамнезата на болковия синдром е ключът към правилната оценка на болката на пациента и избора на правилна терапевтична схема.

Трябва да се зададат стандартни въпроси за локализацията, продължителността, ирадиацията на болката и факторите, които я засилват или облекчават.

Трябва да се отговори на редица важни допълнителни въпроси:

Характер на болката, описан от пациента

Има ли типични белези на ноцицептивна или невропатична болка?

Какъв е резултатът от прилаганата досега аналгетична терапия?

Какви са били страничните ефекти и как са овладяни?

Воден ли е дневник или записки за историята на болковия синдром?

Съществува ли у пациента страх или предубеждение от употребата на аналтетици?

Как разбира и приема заболяването си?

Съществуват ли социални, фамилни или културни особености, които имат връзка с болката и нейното лечение?

2. Критерии за оценка на болката

Етиологични:

от тумора;

от противотуморното лечение;

от други причини.

Патофизиологични:

ноцицептивна соматична;

ноцицептивна висцерална;

невропатична; - идиопатична.

Болкови синдроми

Лезии на соматични и висцерални структури:

на кости и стави;

на коремни органи;

На меки тъкани

Лезии на нервна тъкан:

периферни нерви;

радикулопатия или синдром на кауда еквина;

плексопатия;

краниална невропатия;

интракраниална хипертенсия (главоболие).

3.Обективизиране интензитета на болката.

За обективизиране интензитета на болката могат да се използват:

Вербални аналогови скали - ефективен и лесен метод

NRS – цифрова скала пациентът определя силата на своята болка като използва цифрите от 1 до 10, като 1 (едно) означава липса на болка, а 10 (десет) – най- силна болка;

може да се използва и петстепенна описателна скала: 1- слаба, 2- умерена, 3- силна, 4- много силна и 5 -възможно най - силна болка;.

Визулни аналогови скали - Цифрово, цветово или картинно изображение на аналогова скала за оценка на болката.

VAS = |----------|

0 10

Между различните системи за оценка има добра корелация:

VAS = |---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|

NRS = 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Описат. скала = няма болка силна болка възможно най-силната болка

Изборът на аналогова скала зависи от възрастта, интелектуалните особености или психоемоционалното състояние на пациента

Определя се вида на болката, като се използва описанието на болния. По възможност схематично се отбелязва мястото на болката.

В индивидуалния план се описват болката съобразно механизма на възникване (ноцицептивна, невропатична) и нейния интензитет. Целта е да бъде максимално ясна аргументацията за предпочетения начин на обезболяване.

Мнемонична схема за оценка на болката:

O	**Onset**	**Начало**	Кога е започнала болката? Колко време е продължила? Колко често се появява?
P	**Provoking and Palliating factors**	**Провокиращи и облекчаващи фактори**	Кое предизвиква болката? Кое облекчава и кое влошава болката?
Q	**Quality**	**Качество**	Как болния чувства болката? Може ли да опише, какво усеща?
R	**Region, radiating**	**Регион на болката и излъчване (ирадиация)**	Къде боли? Излъчва ли се и накъде?
S	**Severity**	**Интензивност**	Колко силно боли от 0 до 10, където 0 означава липса на болка, а 10 означава непоносима болка? Сега в момента? Колко е била най-силната болка през изминалото денонощие, а най-слабата? Обичайно, колко силна е била болката през изминалото денонощие? Притеснен ли е пациента от болката? Има ли други симптоми или оплаквания?
T	**Treatment**	**Лечение**	Какви медикаменти и методи на лечение използва в момента за контрол и лечение на болката? Ефективно ли е приложеното лечение? Изпитва ли някакви странични ефекти при провежданото лечение? Какви други лекарства и методи на лечение са прилагани в миналото?
U	**Understanding**	**Разбирания и заблуди, влияние на болката**	Какво, според болния, е предизвикало болката? Как болката влияе върху живота на болния? А върху семейството му? Склонен ли болният да приема опиоидни аналгетици?
V	**Values**	**Ценности**	Каква е целта на болния при лечението на болката? Какво е приемливото ниво на облекчаване на болката като използва скалата където 0 означава липса на болка, а 10 непоносима болка? Има ли други възгледи и чувства , които са предизвикани или са свързани с болката и които са важни за болния и неговото семейство?

4. Оценка на симптомите

В терминалния стадий на онкологичното заболяване е възможна поява на редица симптоми, резултат от авансиране на туморния процес или от проведеното лечение. За да се постигне по-високо качество на живот на пациента е необходимо максимално повлияване на симптомите. Използват се вербални или визуални аналогови скали за оценка на интензитета на симптомите.

Мнемонична схема за оценка на симптомите:

O	**Onset**	**Начало**	Кога се е появил симптома? Колко време е продължил? Колко често се появява?
P	**Provoking and Palliating factors**	**Провокиращи и облекчаващи фактори**	Какво го предизвиква? Какво го облекчава и какво влошава неговото протичане?
Q	**Quality**	**Качество**	Какво чувства болния ? Може ли да опише, какво усеща?
R	**Region, radiating**	**Регион на болката и излъчване (ирадиация)**	Къде се усеща? Излъчва ли се (разпространява ли се) и накъде?
S	**Severity**	**Интензивност**	Каква е силата (интензивността) на симптома от 0 до 10, където 0 означава липса на симптома, а 10 означава възможно най-интензивен симптом? Сега в момента? Каква е била най-голямата интензивност на симптома през изминалото денонощие, а най-слабата? Притеснен ли е пациента от симптома? Има ли други симптоми или оплаквания?
T	**Treatment**	**Лечение**	Какви медикаменти и методи на лечение на симптома използва в момента за лечението на симптома? Ефективно ли е приложеното лечение? Изпитва ли някакви странични ефекти при провежданото лечение? Какви други лекарства и методи на лечение са прилагани в миналото?
U	**Understanding**	**Разбирания и заблуди, влияние на болката**	Каква, според болния, е причината за симптома? Как симптома влияе върху живота на болния? А върху семейството му?
V	**Values**	**Ценности**	Каква е целта на болния при лечението на този симптом? Какво е приемливото ниво на облекчаване като използва скалата където 0 означава липса на симптома, а 10 възможно най-голямата интензивност? Има ли други възгледи и чувства , които са предизвикани или са свързани със симптома и които са важни за болния и неговото семейство?

В индивидуалния план се отбелязват както симптомите и техния интензитет, така и тяхното повлияване.

Особено внимание се обръща на двигателната активност на пациента, необходимостта от третиране на декубитални рани, психическото състояние и социалния статус. При необходимост се осъществява връзка с регионалния център за социални грижи.

5. *Разяснение на индивидуалния план на пациента и семейството му.*

За да бъде ефективно обучението на пациента и семейството, е необходимо:

да се разговаря на достъпен език, съобразен с нивото на образование и култура на пациента;

да се осигури достатъчно време за разговор в спокойна за пациента обстановка;

да се опишат причините за болката и/ или симптомите и възможните методи и степен на повлияване;

да се изяснят очакванията на пациента и семейството, като целта на обучението е те да бъдат съобразени и съпоставими с реалността при спазване на основните ценности на палиативните грижи.

КП № 254 ПРОДЪЛЖИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ И РАННА РЕХАБИЛИТАЦИЯ СЛЕД ОСТРИЯ СТАДИЙ НА ИСХЕМИЧЕН И ХЕМОРАГИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ С ОСТАТЪЧНИ ПРОБЛЕМИ ЗА ЗДРАВЕТО

1.БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ ДО 20 ДЕНА ГОДИШНО

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури

Забележка: Рубриките Z40—Z54 са предназначени за кодиране на причините, даващи основание за получаване на медицинска помощ. Те могат до бъдат използвани в случаите, когато болните, лекували са по-рано по повод на някакво заболяване или травма, получават последваща или профилактична помощ или помощ, необходима за оздравяване или стабилизиране на резултатите от лечението, за лечение на остатъчни явления или предотвратяване на рецидиви.

Не включва: консултации (Z70—Z71)

Z50.1 Друг вид физиотерапия
Лечебна и коригираща гимнастика

Реконвалесценция

Забележка: Рубриките Z40—Z54 са предназначени за кодиране на причините, даващи основание за получаване на медицинска помощ. Те могат до бъдат използвани в случаите, когато болните, лекували са по-рано по повод на някакво заболяване или травма, получават последваща или профилактична помощ или помощ, необходима за оздравяване или стабилизиране на резултатите от лечението, за лечение на остатъчни явления или предотвратяване на рецидиви.

Не включва: последващо изследване при медицинско наблюдение след лечение (Z08—Z09)

Z54.8 Реконвалесценция след друго лечение

Субарахноидален кръвоизлив

Включва: руптура на мозъчна аневризма

Не включва:последици от субарахноидален кръвоизлив (I69.0)

I60.0 Субарахноидален кръвоизлив от сифона и бифуркацията на каротидната артерия

I60.1 Субарахноидален кръвоизлив от средната мозъчна артерия

I60.2 Субарахноидален кръвоизлив от предната свързваща артерия

I60.3 Субарахноидален кръвоизлив от задната свързваща артерия

I60.4 Субарахноидален кръвоизлив от базиларната артерия

I60.5 Субарахноидален кръвоизлив от вертебралната артерия

I60.6 Субарахноидален кръвоизлив от други интракраниални артерии
Множествено засягане на интракраниални артерии

I60.7 Субарахноидален кръвоизлив от интракраниална артерия, неуточнен
Руптура на (вродена) гроздовидна аневризма БДУ
Субарахноидален кръвоизлив от:
- мозъчна
- свързваща артерия БДУ

I60.8 Друг субарахноидален кръвоизлив
Менингеален кръвоизлив
Руптура на мозъчен артериовенозен дефект

Вътремозъчен кръвоизлив

Не включва: последици от вътремозъчен кръвоизлив (I69.1)

I61.0 Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, субкортикален
Дълбок вътремозъчен кръвоизлив

I61.1 Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, кортикален
Кръвоизлив в мозъчен дял
Повърхностен вътремозъчен кръвоизлив

I61.2 Вътремозъчен кръвоизлив в хемисфера, неуточнен

I61.3 Вътремозъчен кръвоизлив в мозъчния ствол

I61.4 Вътремозъчен кръвоизлив в малкия мозък

I61.5 Вътремозъчен кръвоизлив в мозъчно стомахче
I61.6 Вътремозъчен кръвоизлив с множествена локализация
I61.8 Друг вътремозъчен кръвоизлив

Мозъчен инфаркт
Включва: оклузия и стеноза на церебрални и прецеребрални артерии, предизвикващи мозъчен инфаркт
Не включва: последици от мозъчен инфаркт (I69.3)

I63.0 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на прецеребрални артерии
I63.1 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на прецеребрални артерии
I63.2 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на прецеребрални артерии
I63.3 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на церебрални артерии
I63.4 Мозъчен инфаркт, причинен от емболия на церебрални артерии
I63.5 Мозъчен инфаркт, причинен от неуточнена оклузия или стеноза на церебрални артерии
I63.6 Мозъчен инфаркт, причинен от тромбоза на мозъчна вена — непиогенна
I63.8 Друг мозъчен инфаркт

Код Z54.8 се използва задължително като водеща диагноза за да покаже, че пациентът е приет за продължаващо лечение след мозъчен инсулт. Като втора диагноза **задължително** се поставя съответната диагноза (код) от рубрика I 60, I 61, I 63.

Пакет дейности, които лечебното заведение осигурява на пациентите
Организиране и контрол на диагностично-лечебния процес
Снемане на анамнеза, общ и локален статус
Определяне на кръвна група
Назначаване на кръв и биопродукти
Извършване на кръвопреливане
Запознаване с медицинската документация на пациента
Преценка на клиничното поведение при всеки конкретен пациент и разработване на лечебно-диагностичен план
Провеждане на диагностично-лечебни процедури, които се осъществяват от лекар с налична медицинска апаратура и оборудване
Назначаване на контролни медико-диагностични изследвания и оценка на техните резултати
Назначаване на лекарствена терапия и диета
Извършване на контролни прегледи по време на болничния престой
Преценка на състоянието и вземане на решение за изписване
Медицинска експертиза на работоспособността
Осигуряване на необходимите документи при изписване – епикриза, рецепта и болничен лист; направление №7 (бл.обр. МЗ-НЗОК) за насочване към лечебно заведение за рехабилитация
Ежедневни грижи за болния
Следи спазването на режим, диета, лекарства,хигиена
Рутинни наблюдения (температура, пулс, диуреза, АН)
Изпълнение на назначенията и организиране на изследванията
Подготовка на болния за вземане на биологичен материал, вземане и организиране на транспорта му
Осигуряване на траен периферен венозен път
Поставяне на инжекции
Венозни инфузии
Извършване на тоалет, дезинфекция, клизма на пациента
Планиране на кръв и кръвни продукти
Инфузия на кръв и кръвни продукти
Контрол на отделянията – дренажи, сонди, катетър
Асистиране на лекаря при извършвани от него диагностично-лечебни процедури

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1820 Физиологична оценка

Забележка: Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други физикални тестове

Не включва: такава, които са част от:
- оценка на стареене (96023-00 [1824])
- тестване на развитие (96184-00 [1824])
- генетична оценка (96035-00 [1824])
- психическа или поведенческа оценка (96175-00 [1823])

92001-00 Друга физиологична оценка
Общ физикален преглед
Преглед на новородено

Включва: базови физикални измервания:
- кръвно налягане
- височина/дължина
- температура
- тегло

Не включва: тестване за развитие (96184-00 [1824])
физикален преглед като част от генетична оценка (96035-00 [1824])

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

96037-00 Друга оценка, консултация или оценяване

Оценка }
Консултация }
Оценяване } БДУ
Интервю }

1867 Консултация или обучение свързани с лична грижа и други ежедневни дейности/независим живот

96067-00 Хранителни/диетични консултации или образование

Не включва: превантивна консултация или обучение (96066-00 [1867])

96072-00 Предписани/самостоятелно избрани медикаменти, консултиране или обучение

Забележка: Медикаментозни консултация или обучение включва съвет за действие/ефект (странични или други) на лекарствата, върху управлението на лекарствения режим и върху изписването на медикаменти. Включва също съвет за предпазване от странични лекарствени ефекти и осигуряване на обучителни материали относно медикаментозното лечение. Този съвет може да бъде даден на клиентите или на други доставчици на услуги.

Не включва: консултация или обучение за системите за доставка на медикаменти (96071-00 [1867])
съвети или обучение при привикване към субстанции (96073-00 [1867])

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма
сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

1932 Изследвания на урината

91920-12 Химично изследване на урина
pH
Белтък
Билирубин
Уробилиноген
Глюкоза
Кетони
Относително тегло– по преценка на лекуващия лекар
Нитрити– по преценка на лекуващия лекар
Левкоцити
Кръв

91920-03 Изследване за албумин в урината
Микроалбуминурия– по преценка на лекуващия лекар

91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

1926 Микробиологични изследвания

91920-02 Микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителност

91937-01 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

91908-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/или повърнати материи за култура и чувствителност

91919-05 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура и чувствителност

91919-04 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и/или изпражнения за култура

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: амбулаторно ECG (11708-00, 11709-00 [1853], 11710-00, 11711-00 [1854])
тази при кардиоваскуларен стрес тест (11712-00 [1857])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода ЕКГ (с 12 и повече отвеждания)

1850 Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1929 Вирусологични изследвания

91911-29 Други серологични изследвания

1927 Морфологични изследвания

91914-11 Хистобиопсично изследване на две или повече проби от кожа и /или кожни лезии

1923 Хематологични изследвания

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-06	Морфология на еритроцити – визуално микроскопско изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите– по преценка на лекуващия лекар
91910-08	Изследване на време на кървене– по преценка на лекуващия лекар
91913-04	Изследване на време на съсирване
91910-09	Изследване на протромбиново време
91910-10	Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)
91910-11	Изследване на фибриноген
91910-40	Изследване за серумна електрофореза и лекарствено мониториране
91910-42	Електрофореза на хемоглобина– по преценка на лекуващия лекар
91913-01	Изследване на тромбоцити
91910-43	Определяне на антитромбоцитни антитела– по преценка на лекуващия лекар

1924 Биохимични изследвания

91910-47	Изследване на еритропоетин

1820 Физиологична оценка

96192-00	Функционална оценка
96019-00	Биомеханична оценка Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване) Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност) Мобилност/анализ на походка Мускулоскелетна оценка Оценка на стоежа *Не включва*: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822]) обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96159-00	Обем на движение/тестване на мускул със специализирана техника Изокинетично тестване

1866 Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91906-00	Измерване дължина на крайник

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

92210-00	Антропометрия (мензурация)

1822 Оценка на лична грижа и други дейности на ежедневен\независим живот

96021-00	Оценка на грижите за себе си Оценка на ежедневни умения и дейности Оценка на: • къпане/душ • миене на зъби • обличане [дрехи]

• хранене
• изхранване
• функционална комуникация
• чистене
• мобилност в средата
• тоалет
• измиване на косата
Не включва: оценка на:
• стареене (96023-00 [1824])
• хранителен прием (диетичен) (калоричен) (96026-00 [1822])
• поддържане на здравето и възстановяване (96022-00 [1822])
• поддържане на дома (96028-00 [1822])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук
Не включва: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения

1876 Умения, придобити по време на движение

Двигателна терапия
Работа с нарастваща натовареност/трудни условия
Включва: оценка на прогреса
Забележка: Тренинг, включващ умения, изискващи асистиране или наблюдение на клиента при изпълнение на упражнения, с цел подобряване кондицията на тялото, подобряване на здравето или поддържане на форма или като средство за корекция на деформитет или възстановяване на органни и телесни функции до състояние на здраве.
96115-00 Терапия с упражнение на лицеви мускули/темпоромандибуларни стави
96116-00 Терапия с упражнение, очни мускули
96117-00 Терапия с упражнение, езофагеални мускули
Тренинг на гълтателни умения
96118-00 Терапия с упражнение, раменна става
96119-00 Терапия с упражнение, гръден кош или коремни мускули
96120-00 Терапия с упражнение, гръбни или шийни мускули
Двигателна терапия на мускули, поддържащи гръбнака [шиен] [лумбален] [гръден]
96121-00 Терапия с упражнение, мускули на ръцете
Възстановително обучение на горен крайник
96122-00 Терапия с упражнение, лакътна става
96123-00 Терапия с упражнение, мускули на ръце, китка или стави на пръсти
96124-00 Терапия с упражнение, тазобедрена става
96125-00 Терапия с упражнение, мускули на тазовото дъно
96126-00 Терапия с упражнение, мускули на долен крайник
96127-00 Терапия с упражнение, колянна става
96128-00 Терапия с упражнение, мускули на стъпало, глезен или стави на пръсти на крак
96129-00 Терапия с упражнение, цяло тяло
Двигателна терапия БДУ
Обща двигателна терапия като гимнастически групи, плуване

1908 Други терапевтични интервенции

96193-00 Упражнения срещу съпротива
96162-00 Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде

Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, прониквaне или седираща терапия
Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:
• акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката
• разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани
Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905])
масаж:
• сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
• простата (92131-00 [1904])
• ректум (92094-00 [1899])

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

90531-00 Тракция, некласифицирана другаде
Ръчна или механична тракция БДУ

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване
Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Не включва: поставяне на превръзка на:
• изгаряне (виж блок [1600])
• рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

1876 Умения, придобити по време на движение

96130-00 Умения за обучение в дейности, свързани с положение на тялото\мобилност\движение
Разходка и тренинг на походка
Тренинг на движение и позициониране на тялото като:
• движения в леглото
• извиване
• обръщане
• лягане до сядане
• седнал до изправяне
• баланс при седнало положение
• сядане извън леглото
• клякане
• баланс при изправено положение
• изправяне
Поддържане на стойка
Трениране умения в методи за подобряване осъзнаване на интегрирано движение напр.метод на Feldenkrais, Tai Chi, Yoga
Не включва: двигателна терапия (96115 to 96129 [1876])
тези, където главната цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

96131-00 Умения за обучение в дейности,свързани с придвижване
Трениране на умения за придвижване до/от:
• банята
• леглото
• стол
• пода
• душ

• тоалет
• количка
Не включва: такова при влизане и излизане от басейн за хидротерапия (96150-00 [1879])
такова, където главна цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

1878 Умения за лична хигиена и други ежедневни дейности / независим живот

96142-00 Обучение на умения в използване на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Разходка и тренинг на походка във връзка с употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Рехабилитационен тренинг при употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Двигателен тренинг с помощни средства
Тренинг на умения в:
• поставяне на превръзки и бандажи
• системи за поставяне на медикаменти
Забележка: За списък на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване виж[1878])
Обучение за системи за поставяне на медикаменти включва умения и управление в употреба на системи за поставяне на медикаменти като инхалатори с мерителна доза, стимулиращи дишането устройства, небулайзери, трансдермални лекарствени системи и продължителни парентерални инфузии. Също включва подпомагащи помощни средства.
Не включва: имплантиране на кохлеарно протезно устройство (41617-00 [329])
изваждане на кохлеарно протезно устройство (41617-01 [329])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ
Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

96174-01 Стречинг на мускул или сухожилие

96174-02 Стречинг на фасция

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96153-00 Хидротерапия
Забележка: Външната употреба на вода, топла и/или студена, в терапевтично поведение на болест или травма. Използване на влажна топлина и гореща вода помага за успокояване на болката и подобрява циркулацията, подпомага релаксацията и намалява мускулния спазъм и включва мерки като топли вани, топли превръзки и компреси. Използване на студена вода помага за намаляване на телесната температура, намалява отока и свива кръвоносните съдове и включва мерки като студени превръзки, ледени компреси, студени вани и душ. Специално оборудване като резевоар на Hubbard или вани с джа-кузи са снабдени с устройства,които механично разклащат водата, осигурявайки по този начин фин масаж в допълнение към терапевтичните ефекти на топлината.
Не включва: хидродилатация на пикочен мехур (36827-00 [1108])
хидротубация на фалопиеви тръби (35703-01 [1248], 35703-00 [1258])
тези, които индуцират:
• хипертермия (92178-00 [1880])
• хипотермия (22065-00 [1880])

1908 Други терапевтични интервенции

96194-01 Подводно струев масаж

96194-00 Подводна гимнастика

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96211-00 Прилагане на диатермични токове

92178-00 Топлинна терапия

96149-00 Лечение с нискочестотни токове

96149-01 Лечение със средночестотни токове

96149-02 Лечение с високочестотни токове

96149-03 Лечение с нискочестотно магнитно поле

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

Включва:
адхезивни подложки
изкуствен [протезен] крайник(ци)
подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване за:
• игра/свободно време
• продуктивност
• грижи за себе си/поддържане
слухова помощ [кохлеарен имплант] [слухова помощ]
превръзки
подпори
скоби
гипсови шини (фибростъкло) (гипс) (пластмаса)
комуникационни системи (спешен отговор, системи за повикване, телефони)
корсет
патерици
превръзки (Velpeau)
еластичен чорап(и)
електронен уред за походка
електротактилна/вибротактилна помощ
обувки, произведени за специални нужди, напр. подпомагане на походка, адаптация на стойка или да се подпомогне употребата на протеза
устройство за променливо налягане
системи за поставяне на медикаменти
шийни укрепващи средства [шийна яка]
ортеза БДУ
успоредни пръчки
пресиращи превръзки [Gibney бандаж] [Robert Jones бандаж] [Shanz превръзка]
пресиращи панталони [анти-шокови] [MAST панталони] [съдовопневматично устройство]
ортези БДУ
релси
ребрен колан
седалка
гръбначно подпомагане
шина (акрилна) (корона) (метална шина) (филцова) (силиконова) (термопластична)
бинтов бандаж
поддържаща рамка
термопластична шина (динамична) (статична)
зрителна помощ [контактни лещи] [очила] [призми] [очила]
бастун

подвижен стол

Забележка: Този блок класифицира външни фиксиращи средства, които са най-общо неинвазивни по същност. Външни фиксиращи устройства, които са инвазивни (т.е. прикрепени към костта) са класифицирани другаде. виж Азбучния индекс за упътване.

Не включва: поставяне на:
• имобилизиращи устройства при фрактура и луксация (виж Индекс: Имобилизация, фрактура или имобилизация, луксация)
• опъващи устройства класифицирани другаде (виж Индекс: Опъване)
имплантация на протезни устройства на крайник (виж Индекс: Имплантация, протеза)
поставяне на протезни устройства (виж Индекс: Поставяне, протеза)
интервенции, включващи подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване, класифицирани другаде:
• оценка нужда от устройство (96024-00 [1822])
• подпомагане поставяне на устройство (96165-00 [1914])
• консултиране или обучение свързано с устройство (96071-00 [1867])
• измерване на устройство (96024-00 [1822])
• предписване на устройство (96024-00 [1822])
• само разглеждане на устройство (96025-00 [1822])
• трениране на умения за използване на устройство (96142-00 [1878])

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Не включва: поставяне на превръзка на:
• изгаряне (виж блок [1600])
• рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

47708-00 Прилагане на гипсов корсет

Не включва: такава със:
• затворено наместване на фрактура/луксация на гръбнак (47690-00, 47693-00 [1387])
• имобилизация на фрактура/луксация на гръбнак (виж блок [1381])

1601 Превръзка на друга рана

30055-00 Превръзка на рана
Смяна на превръзка
Подмяна тампонада на рана или дрен

Включва: отстраняване на конци

Не включва: повторно въвеждане на дренажна тръба при абсцес на мека тъкан (30225-00 [1554])
такава при изгаряне (30010-00, 30014-00 [1600])

1908 Други терапевтични интервенции

96194-03 Рекреационна (възстановителна) терапия
Занимателна терапия
Игрова терапия

1878 Умения за лична хигиена и други ежедневни дейности / независим живот

Включва: оценка на прогреса

96146-00 Професионални умения и професионално обучение
Тренинг на умения в:
• намиране на работа
• изпълнение на работни задължения

• планиране на пенсиониране
• професионално проучване
• доброволно участие
Не включва: утежняване на работата/условията (виж Азбучен индекс: Обучение, умения, движение)

1879 Тренинг на други умения

Включва: оценка на прогреса
96151-00 Тренинг на други умения
Тренинг за шофьор
Тренинг за умения БДУ

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

1888 Хипербарна кислородна терапия

Хипербарна оксигенация
Включва: 100% оксигенация
тази при рана
13020-00 Хипербарна кислородна терапия, > 90 минути и ≤ 3 часа

1895 Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

14200-00 Стомашна промивка
92037-00 Промивка на назогастрална сонда
92073-00 Промивка на гастростомия или ентеростомия
92077-00 Друга ректална промивка
92074-00 Промивка на панкреасна тръба
92075-00 Гастроинтестинално вливане, изключващо хранене през стомашна сонда
92096-00 Промивка на холецистостомия или друга жлъчна тръба

1901 Неинцизионна промивка, почистване и локално инстилиране, пикочо-полова система

92099-00 Промивка на нефростомия или пиелостомия
92100-00 Промивка на уретростомия или уретерален катетър
92102-00 Промивка на цистостомия
92101-00 Промивка на друг постоянен уринарен катетър

1887 Терапевтични интервенции на очи, уши, нос, уста и гърло

92029-00 Промивка на носни пътища

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

96157-00 Неинцизионен дренаж на дихателни пътища
Ръчно изчистване на респираторна секреция (изсмукване)
Постурален дренаж
Изчистване на храчки/раздвижване (чрез мануална хипервентилация)
Включва: активен цикъл от дихателни техники [ACBT]
техника на форсирана експирация [FET]
с използване на техники/устройства като:
• перкусия
• разклащане
• вибратор
Забележка: Постурален дренаж – позициониране, позволяващо гравитацията да подпомогне екскреция на секрети от белите дробове и да увеличи вентилацията
Не включва: такава, включваща интубация (виж блок [568])

1908 Други терапевтични интервенции

92195-00 Промивка на катетър, некласифицирана другаде

1628 Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

90686-01 Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан
Неексцизионен дебридман на:
• инфекция
• язва
• рана
Отстраняване на девитализирана тъкан, некроза и есхари чрез методи като:
• четкане
• иригация (под налягане)
• триене
• миене
Аспирационна вакумираща превръзка

1920 Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

1896 Неинцизионна замяна или отстраняване на терапевтично устройство, храносмилателна система

92078-00 Подмяна на (назо-)гастрална или езофагостомна тръба
92079-00 Подмяна на тръба или ентеростомно устройство на тънки черва
92080-00 Подмяна на тръба или ентеростомно устройство на дебело черво
92083-00 Премахване на тръба от тънки черва
92084-00 Премахване на тръба от дебело черво или апендикс
92098-00 Премахване на холецистостомна тръба
92085-00 Премахване на панкреасна тръба или дрен
92086-00 Премахване на друго устройство от стомашно-чревния тракт
Изваждане на ректална тампонада

870 Процедури за приложение, поставяне или премахване върху стомах

30482-00 Повторно вкарване на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
Подмяна на перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
30478-08 Изваждане на гастростомна тръба
Изваждане на:
• неендоскопски гастростомен бутон
• перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба
Не включва: тези с подмяна на:
• неендоскопски гастростомен бутон (30483-00 [870])
• перкутанна ендоскопска гастростомна тръба (30482-00 [870])

960 Отстраняване и подмяна на жлъчен стент

30451-01 Друг вид премахване на жлъчен стент

1902 Неинцизионно отстраняване на терапевтично устройство от пикочни пътища

36650-00 Отстраняване на пиелостомна или нефростомна тръба
Не включва: такава с подмяна (36649-00 [1042])
92118-00 Премахване на уретеростомна тръба или уретерен катетър
Не включва: ендоскопски:
• изваждане на уретерен стент (36833-01 [1067])
• подмяна на:
• уретерен стент (36821-03 [1067])
• уретеростомна тръба (90367-00 [1069])
92121-00 Премахване на цистостома
Не включва: такава с ендоскопска подмяна (36800-02 [1092])
92119-00 Премахване на друго уринарно дренажно устройство
Изваждане на постоянен уринарен катетър
Не включва: ендоскопски:
• изваждане на постоянен уринарен катетър (36800-03 [1090])

• изваждане на уретерен катетър (92118-00 [1902])
• подмяна на постоянен уринарен катетър (36800-01 [1090])

92120-00 Премахване на уретрален стент

92122-00 Премахване на друго устройство от уринарна система

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-01 Приложение на цяла кръв

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:
• еритроцити
• опаковани клетки
• червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити

Трансфузия на:
• тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори

Трансфузия на:
• антихемофилен фактор
• коагулационни фактори НКД
• криопреципитати
• фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на:
• албумин
• плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер

Разреждане на кръвта

Трансфузия на:
• кръвозаместители
• Dextran
• Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт

Трансфузия на:
• кръвни заместители
• гранулоцити

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])
хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт

• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-11 Мускулно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

96200-10 Подкожно приложение на фармакологичен агент, тромбоцитен инхибитор

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-10 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-10 Мускулно приложение на фармакологичен агент, тромбоцитен инхибитор

Дейностите по тези кодове са обхванате в следващите 3

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)

• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент, стероид
Кортикостероиди

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Приложение на фармакологичен агент през отвор
Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент
Йонофореза
Топично }
Трансдермално } приложение на фармакологичен агент
Не включва: приложение на фармакологичен агент през устата (96203 [1920])

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

22065-00 Студотерапия
Хипотермична терапия
Хипотермия на цяло тяло
Забележка: Използване на студ в терапевтично поведение при болест или травма. Хипотермия може да бъде индуцирана с ледени превръзки или компреси, охлаждащи чаршафи, поставяне в студена вода (вана или ведро) или чрез екстракорпорално охлаждане на кръвта. Хипотермия може да бъде също индуцирана като предпазна мярка при някои сърдечно-съдови или неврологични хирургични процедури или като допълнение към анестезията при хирургични процедури на крайници.
Не включва: криотерапевтична деструкция на тъкани (виж Индекс: Криотерапия, по локализация)
дълбока хипотермия (22075-00 [642])
стомашна хипотермия (13500-00 [1899])
хипотермична терапия заедно със сърдечен и циркулаторен арест (22075-00 [642])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96160-00 Фототерапия, става
Ултравиолетова терапия на става

96161-00 Фототерапия, мека тъкан
Ултравиолетова терапия на меки тъкани

96155-00	Стимулираща терапия, некласифицирана другаде Лечение с терапевтичен лазер БДУ *Включва*: електрическа невромускулна нервна стимулация [EMS] функционална електростимулация [FES] интерферентна терапия [IFT] транскутанна електрическа нервна стимулация [TENS] *Забележка*: Терапевтичното приложение на устройство (електрическо, лазер или ултразвук), който засилва или индуцира функционална активност в телесна част с цел подпомагане оздравяването и намаляване на болката
1908	**Други терапевтични интервенции**
93173-00	Акупунктура

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум четири диагностични процедури за оценка на здравното състояние и минимум четири основни процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Z50.1 и Z54.8 се използва задължително като водеща диагноза, за да покаже, че пациентът е приет за продължаващо лечение след мозъчен инсулт. Като втора диагноза **задължително** се поставя съответната диагноза (код) от рубрика I60, I61, I63.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1923 се извършват и кодират необходимите кодове от блока, с изключение на тези по преценка на лекуващия лекар, като всички кодове на изследвания от блока се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блок 1932, се извършват и кодират необходимите кодове от блока, с изключение на тези по преценка на лекуващия лекар, като всички кодове на изследвания от блока се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностично лечебни методики и процедури задължително се отразяват в ИЗ, а физиотерапевтичните и ЛФК процедури във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Нервни болести“, от обхвата на медицинската специалност „Физикална и рехабилитационна медицина“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина”

Клиничната пътека се изпълнява в лечебни заведения с разкрити легла за продължително лечение към клиника/отделение по нервни болести или отделение за продължително лечение с терапевтична насоченост и лекари със специалност по нервни болести и клиника/отделение по Физикална и рехабилитационна медицина с най-малко първо ниво на компетентност.

Допуска се клиничната пътека да се изпълнява в лечебни заведения с разкрити легла за рехабилитация в клиника/отделение по „Физикална и рехабилитационна медицина с III ниво на компетентност, в случай, че съответстват на изискванията за задължителни звена по т.2 на лечебното заведение, с изключение на означените с „*“ и необходими специалисти за изпълнение на пътеката по т.3

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури и чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК, с изключение на т. 1.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по нервни болести с разкрити легла за продължително лечение или Отделение за продължително лечение с терапевтична насоченост
2. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ е длъжно да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, с изключение на означените с „*“, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Лаборатория за медико-диагностични изследвания по клинична лаборатория
2. Отделение по образна диагностика
3.* Лаборатория за медико-диагностични изследвания по микробиология
4.* Център/клиника/отделение/лаборатория по трансфузионна хематология

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

- лекар със специалност по нервни болести на не повече от 30 разкрити легла за продължително лечение, при наличие на по-голям брой легла се осигурява по 1 лекар със специалност по нервни болести на 30 разкрити легла за продължително лечение

или

- лекар със специалност по физикална и рехабилитационна медицина на не повече от 30 разкрити легла за продължително лечение, при наличие на по-голям брой легла се осигурява по 1 лекар със специалност по физикална и рехабилитационна медицинана 30 разкрити легла за продължително лечение.

В случай, че в лечебното заведение са разкрити над 30 легла за продължително лечение, както и легла за рехабилитация, специалистите, отговорни за грижите за пациентите на продължително лечение са различни от специалистите, които осигуряват леглата за рехабилитация.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Медицинска помощ по тази клинична пътека се предоставя на лежащо болни пациенти **непосредствено** след активно лечение по повод исхемичен или хеморагичен мозъчен инсулт с цел стабилизиране на постигнатия ефект от активното лечение.

Клиничната пътека са изпълнява еднократно на пациент, веднага след остър инцидент, по посочените неврологични диагнози.

Пациентът се хоспитализира с Направление бл.МЗ-НЗОК № 7 и епикриза, в която изрично е посочена клиничната пътека, по която е проведено активното лечение.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Продължително лечение и проследяване на състоянието на пациенти непосредствено след активно лечение по повод исхемичен или хеморагичен мозъчен инсулт, при които:

- има остатъчни обратими явления, представляващи проблеми за здравето и чието разрешаване не може да се осъществи в домашни условия;
- процесът на лечение не е приключил, но заболяването е след острата си фаза;
- състоянието на пациента не е застрашено с морфологични и функционални увреждания на жизненоважни органи и системи;
- жизнените параметри и лабораторните показатели показват тенденция към подобряване.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Клиничното поведение за лечението е съобразено с конкретното състояние на всеки пациент.

Диагностично-лечебният алгоритъм е съобразен със състоянието на пациента и приложените до този момент диагностично-лечебни процедури.

В рамките на дейността по КП се извършват и необходимите процедури по физиотерапия и рехабилитация.

7.ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

- Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични).

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

2.ЕПИКРИЗАТА ОТ ИЗПРАЩАЩОТО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ИЗ.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА - НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение – исхемични мозъчни инсулти; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболеваемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение продължително лечение и ранна рехабилитация след острия стадий на исхемичен и хеморагичен мозъчен инсулт с остатъчни проблеми за здравето крие риск от недостатъчно и ефективно продължително медикаментозно лечение и своевременна и адекватна рехабилитация с оглед по-доброто ранно възстановяване на двигателните нарушения след прекарания остър мозъчен инсулт. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание или речеви нарушения), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 255 ПРОДЪЛЖИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ И РАННА РЕХАБИЛИТАЦИЯ СЛЕД ИНФАРКТ НА МИОКАРДА И СЛЕД СЪРДЕЧНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

1.БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ ДО 20 ДНИ ГОДИШНО

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Остър инфаркт на миокарда

Включва: инфаркт на миокарда уточнен като остър или с установена продължителност до 4 седмици (28 дена) или по- малко от началото му

Не включва: някои текущи усложнения след остър инфаркт на миокарда(I23.-)

- Инфаркт на миокарда:
- Стар (I25.2)
- Уточнен като хроничен или с установена продължителност над 4 седмици (над 28 дена) от началото му (I25.8)
- Повторен(I22.-)
- Постинфарктен миокарден синдром (I24.1)

I21.0 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на предната стена

Трансмурален инфаркт (остър)(на):

- преден (предната стена) БДУ
- предно-върхов
- предно-латерален
- предно-септален

I21.1 Остър трансмурален инфаркт на миокарда на долната стена

Трансмурален инфаркт (остър)(на):

- диафрагмалната стена
- долен (долната стена) БДУ
- долно-латерален
- долно-заден

I21.2 Остър трансмурален инфаркт на миокарда с други уточнени локализации

Трансмурален инфаркт (остър):

- върхово-латерален
- базално-латерален
- висок латерален
- латерален (латералната стена) БДУ
- заден (истински)
- задно-базален
- задно-латерален
- задно-септален
- септален БДУ

I21.4 Остър субендокарден инфаркт на миокарда

Нетрансмурален инфаркт на миокарда БДУ

Постпроцедурни болести на органите на кръвообращението, некласифицираниндругаде

Не включва: следоперативен шок (T81.1)

I97.0 Посткардиотомен синдром

I97.1 Други функционални нарушения след сърдечна операция

Сърдечна инсуфициенция след сърдечна операция
или сърдечна недостатъчноств резултат на наличието насърдечна протеза

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури

Не включва: консултации (Z70—Z71)

Z50.0 Рехабилитация при болест на сърцето

Реконвалесценция

Z54.8 Реконвалесценция след друго лечение

Наличие на сърдечни и съдови имплантати и трансплантати

Z95.0Наличие на кардиостимулатор

Не включва: поставяне и регулиране на кардиостимулатор(Z45.0)

Z95.1 Наличие на аортнокоронарен шънтов трансплантат

Z95.2 Наличие на протеза на сърдечна клапа

Z95.3 Наличие на ксеногенна сърдечна клапа

Z95.4Наличие на друг заместител на сърдечна клапа

Z95.5 Наличие на коронарен ангиопластичен имплантат и трансплантат
Наличие на протеза на коронарната артерия
Състояние след коронарна ангиопластика БДУ

Z95.8 Наличие на други сърдечни и съдови имплантати и трансплантати
Наличие на интраваскуларна протеза, НКД Състояние след периферна ангиопластика БДУ

Други след хирургични състояния
Не включва: последваща медицинска помощ и състояние на оздравяване (Z42-Z51, Z54.-) следоперативни и следпроцедурни усложнения - виж Азбучния указател
Z98.8 Други уточнени след хирургични състояния

Кодове Z50.0;Z54.8; Z95.0; Z95.1; Z95.2; Z95.3;Z95.4;Z95.5;Z95.8 и Z98.8 се използват задължително като водеща диагноза за да се покаже, че пациентът е приет за продължаване на постоперативно лечение или сред остър миокарден инфаркт, и/или за извършване на рехабилитационни процедури, за състояние обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва задължително да бъдат посочени тези от **рубруките I21 и I97**.

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

1942 Ултразвук на сърце

Ехокардиография
Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
- мапиране с цветен поток
- Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
- механично секторно сканиране
- трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време
55118-00 Двуизмерентрансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

1857 Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

11712-00 Кардиоваскуларен стрес тест

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1853 Амбулаторна непрекъсната електрокардиография [ЕКГ]

Включва: интерпретация и доклад за записите
анализ, базиран на микропроцесор
Не включва: такава с < 12 часа – пропусни кода
11708-00 Амбулаторен непрекъснат електрокардиографски запис

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-00 Интраартериална канюлизация за кръвно-газов анализ

1850 Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане
11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите- по преценка на лекуващия лекар

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

91910-11 Изследване на фибриноген

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

1820 Физиологична оценка

96192-00 Функционална оценка
Забележка: Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други физикални тестове
Не включва: такава, които са част от:
- оценка на стареене (96023-00 [1824])
- тестване на развитие (96184-00 [1824])
- генетична оценка (96035-00 [1824])
- психическа или поведенческа оценка (96175-00 [1823])

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

96037-00 Друга оценка, консултация или оценяване
Оценка }
Консултация }
Оценяване } БДУ
Интервю }

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

647 Поставяне на временен трансвенозен електрод за сърдечен пейсмейкърили дефибрилатор

Поставяне на временен ендокарденпейсмейкър
Не включва: изпълнена във връзка със сърдечна хирургия – пропусни кода
38256-00 Поставяне на временен трансвенозен електрод в предсърдие
38256-01 Поставяне на временен трансвенозен електрод в камера

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения
96162-00 Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани

другаде
Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, проникване или седираща терапия

Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:

• акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката
• разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани

Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905])
масаж:
• сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
• простата (92131-00 [1904])
• ректум (92094-00 [1899])

1876 Умения, придобити по време на движение

Двигателна терапия
Работа с нарастваща натовареност/трудни условия

Включва: оценка на прогреса

Забележка: Тренинг, включващ умения, изискващи асистиране или наблюдение на клиента при изпълнение на упражнения, с цел подобряване кондицията на тялото, подобряване на здравето или поддържане на форма или като средство за корекция на деформитет или възстановяване на органни и телесни функции до състояние на здраве.

96115-00 Терапия с упражнение на лицеви мускули/темпоромандибуларни стави
96116-00 Терапия с упражнение, очни мускули
96117-00 Терапия с упражнение, езофагеални мускули
Тренинг на гълтателни умения
96118-00 Терапия с упражнение, раменна става
96119-00 Терапия с упражнение, гръден кош или коремни мускули
96120-00 Терапия с упражнение, гръбни или шийни мускули
Двигателна терапия на мускули, поддържащи гръбнака [шиен] [лумбален] [гръден]
96121-00 Терапия с упражнение, мускули на ръцете
Възстановително обучение на горен крайник
96122-00 Терапия с упражнение, лакътна става
96123-00 Терапия с упражнение, мускули на ръце, китка или стави на пръсти
96124-00 Терапия с упражнение, тазобедрена става
96125-00 Терапия с упражнение, мускули на тазовото дъно
96126-00 Терапия с упражнение, мускули на долен крайник
96127-00 Терапия с упражнение, колянна става
96128-00 Терапия с упражнение, мускули на стъпало, глезен или стави на пръсти на крак
96129-00 Терапия с упражнение, цяло тяло
Двигателна терапия БДУ
Обща двигателна терапия като гимнастически групи, плуване

1908 Други терапевтични интервенции

96193-00 Упражнения срещу съпротива
96162-00 Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде
Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, проникване или седираща терапия

Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:

• акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката
• разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани

Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905])

масаж:
- сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
- простата (92131-00 [1904])
- ректум (92094-00 [1899])

96061-02 Механотерапия

96061-03 Аналитична лечебна физкултура

1877 Обучение на умения за функции на телесната система

Включва: оценка на прогреса

96138-00 Двигателна терапия, дихателна система [дишане]
Възстановяване на белодробен обем (чрез ръчна хипервентилация)

Забележка: Упражнения за увеличаване на белодробен обем и гръдните движения и подпомагане изхвърлянето на секрети и/или да подобряване параметрите на дишането

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

Включва: адхезивни подложки
изкуствен [протезен] крайник(ци) подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване за:
- игра/свободно време
- продуктивност
- грижи за себе си/поддържане

слухова помощ [кохлеарен имплант] [слухова помощ]
превръзки
подпори
скоби
гипсови шини (фибростъкло) (гипс) (пластмаса)
комуникационни системи (спешен отговор, системи за повикване, телефони)
корсет
патерици
превръзки (Velpeau)
еластичен чорап(и)
електронен уред за походка
електротактилна/вибротактилна помощ
обувки, произведени за специални нужди, напр. подпомагане на походка, адаптация на стойка или да се подпомогне употребата на протеза
устройство за променливо налягане
системи за поставяне на медикаменти
шийни укрепващи средства [шийна яка]
ортеза БДУ
успоредни пръчки
пресиращи превръзки [Gibney бандаж] [Robert Jones бандаж] [Shanz превръзка]
пресиращи панталони [анти-шокови] [MAST панталони] [съдовопневматично устройство]
ортези БДУ
релси
ребрен колан
седалка
гръбначно подпомагане
шина (акрилна) (корона) (метална шина) (филцова) (силиконова) (термопластична)
бинтов бандаж
поддържаща рамка
термопластична шина (динамична) (статична)
зрителна помощ [контактни лещи] [очила] [призми] [очила]
бастун
подвижен стол

Забележка: Този блок класифицира външни фиксиращи средства, които са най-общо неинвазивни по същност. Външни фиксиращи устройства, които са инвазивни (т.е. прикрепени към костта) са класифицирани другаде. виж Азбучния индекс за упътване.

Не включва: поставяне на:

• имобилизиращи устройства при фрактура и луксация (виж Индекс: Имобилизация, фрактура или имобилизация, луксация)
• опъващи устройства класифицирани другаде (виж Индекс: Опъване)

имплантация на протезни устройства на крайник (виж Индекс: Имплантация, протеза)
поставяне на протезни устройства (виж Индекс: Поставяне, протеза), интервенции, включващи подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване, класифицирани другаде:
• оценка нужда от устройство (96024-00 [1822])
• подпомагане поставяне на устройство (96165-00 [1914])
• консултиране или обучение свързано с устройство (96071-00 [1867])
• измерване на устройство (96024-00 [1822])
• предписване на устройство (96024-00 [1822])
• само разглеждане на устройство (96025-00 [1822])
• трениране на умения за използване на устройство (96142-00 [1878])

90531-00 Тракция, некласифицирана другаде

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване
Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Не включва: поставяне на превръзка на:
• изгаряне (виж блок [1600])
• рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601

1877 Обучение на умения за функции на телесната система

Включва: оценка на прогреса
96139-00 Двигателна терапия, кардиореспираторна/сърдечно-съдова система
Програма за сърдечна рехабилитация
Забележка: Двигателна програма, насочена към достигане на максимална сърдечна и белодробна функция

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96152-00 Биофиидбек
96155-00 Стимулираща терапия, некласифицирана другаде
Лечение с терапевтичен лазер БДУ
Включва: електрическа невромускулна нервна стимулация [EMS]
функционална електростимулация [FES]
интерферентна терапия [IFT]
транскутанна електрическа нервна стимулация [TENS]
Забележка: Терапевтичното приложение на устройство (електрическо, лазер или ултразвук), който засилва или индуцира функционална активност в телесна част с цел подпомагане оздравяването и намаляване на болката

1867 Консултация или обучение свързани с лична грижа и други ежедневни дейности/независим живот

96071-00 Консултация или обучение за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или екипировка
Забележка: За списък на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване виж блок [1870]
Не включва: тези с поставяне, изпробване, пригаждане или подмяна на други подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96092-00 [1870])
96076-00 Консултация или обучение за поддъжане или възстановяване на здравето
Съвет за поддържане на здравословни дейности като:
• диагностично тестване/мониторинг (за състояния като ампутационен чукан, астма, диабет)

• грижи за стъпало/крак (включва съвет за халукс валгус, язви или рани, основна хигиена на стъпало)
• управление на болест или състояние (напр. след придобито увреждане на мозъка)
• устна хигиена
• самоизследване (гърди) (гениталии)
• грижи за стома
Консултиране или обучение при възстановяване след болест БДУ
Не включва: консултиране, обучение при:
• помощни или адаптиращи устройства, помощно средство или оборудване (96071-00 [1867])
• пристрастяване към комар /залагания (96074-00 [1867])
• скръбни/загуба при смърт (96085-00 [1868])
• загуба на слуха или слухово разстройство (96068-00 [1867])
• управление на медикаментозно лечение (96072-00 [1867])
• привикване към субстанции (96073-00 [1867])
• загуба на зрение или очни нарушения (96069-00 [1867])
• гласови, речеви, лекота на говора или езика (96070-00 [1867])
хранително/диетично консултиране, обучение (96067-00 [1867])
превантивно консултиране, обучение (96066-00 [1867])

1920 Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96203-02 Перорално прилагане на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath

• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни различни терапевтични процедури дневно, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 – Хематологични изследвания и 1924 – Биохимични изследвания, се извършват и кодират необходимите кодове от блока, с изключение на тези по преценка на лекуващия лекар, като всички кодове на изследвания от блока се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП. Това включва задължително извършване на целия комплекс от медико-диагностични изследвания: Хематологични изследвания – СУЕ, по преценка на лекуващия лекар, хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, тромбоцити, аРТТ; Биохимични изследвания – чернодробни ензими, креатинин, кръвна захар, фибриноген.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностично лечебни методики и процедури задължително се отразяват в ИЗ, а физиотерапевтичните и ЛФК процедури във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение от обхвата на медицинската специалност "Кардиология", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиология", от обхвата на медицинската специалност "Кардиохирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Кардиохирургия", от обхвата на медицинската специалност "Физикална и рехабилитационна медицина", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина".

Изискванията за наличие на задължителните звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебно заведение за болнична медицинска помощ, разкрило в структурате си легла за продължително лечение, обособени в самостоятелна структура или като част от стуктура за активно лечение.

Допуска се клиничната пътека да се изпълнява в лечебни заведения с разкрити легла за рехабилитация в клиника/отделение по „Физикална и рехабилитационна медицина с III ниво на компетентност, в случай, че съответстват на изискванията за задължителни звена по т.1 и т.2. и необходими специалисти за изпълнение на пътеката по т.3

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположени на територията му и имащи договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по кардиология с работещи двама лекари по ФТР в лечебното заведение или Кардиохирургия с работещи двама лекари по физикална и рехабилитационна медицина в лечебното заведение, или Клиника/отделение по вътрешни болести със структура по кардиология с работещи двама лекари по физикална и рехабилитационна медицина в лечебното заведение, или Клиника /отделение по физикална и рехабилитационна медицина с работещи трима лекари със специалност кардиология в лечебното заведение
2. Легла за активно кардиологично наблюдение и лечение и/или Интензивнокардиологично отделение, и/или КАИЛ/ОАИЛ.
4. Клинична лаборатория с възможност за изследване на коагулация
5. Образна диагностика
6. Звено/Структура за неинвазивна диагностика с възможност за ЕхоКГ, Холтер, мониториране на сърдеченритъм и АН, провеждане на сърдечносъдовстрес тест и др.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място или на територия на друго населено място, отстоящо на не повече от 90 минути транспортно време в условията на спешност. Лечебното заведение трябва да отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и да има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Лаборатория за инвазивна диагностика и лечение на сърдечно съдови заболявания и клиника/отделение по сърдечна хирургия
2. КАТ и/или ЯМР
3. Микробиологична лаборатория

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

трима лекари със специалност по кардиология и/или ревмокардиология, или

един лекар със специалност по физикална и рехабилитационна медицина; или

един лекар със специалност по кардиохирургия;

един лекар със специалност по клинична лаборатория;

един лекар със специалност по образна диагностика;

За извършване на ехокардиография на базово ниво: лекар със специалност по кардиология/ревмокардиология.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

двама лекари със специалност по педиатрия единият от които задължително със специалност по детска кардиология/ревмокардиология- или

един лекар със специалност по физикална и рехабилитационна медицина; или

един лекар със специалност по детска хирургия/кардиохирургия;

един лекар със специалност по клинична лаборатория;

един лекар със специалност по образна диагностика;

За извършване на ехокардиографията е необходим лекар със специалност по кардиология, детска кардилология и/или ревмокардиология, притежаващ сертификат за минимум базово ниво по ехокардиография.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За договориране на клиничната пътека, е необходимо лечебното заведение да разполага на територията си с лекар с опит и квалификация в областта на доплеровата сонография и съответната апаратура.

С оглед на потенциалните възможности за възникване на остри непредвидени усложнения трябва да се осигурат непрекъснати 24 часови връзки с останалите звена на лечебното заведение и специално с отделението за интензивно лечение и реанимация, както и с болничните структури или структури извън болницата по образна диагностика, звено за интервенционална диагностика и лечение, сърдечна и/или съдова хирургия с цел осъществяване намаксимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в лечебното заведение последното задължително осигурява достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа актуален. Договорът трябва да осигурява достъп на пациентите до описаните специализирани звена най – много до 120 минути след началото на острото състояние.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

За договориране на клиничната пътека, е необходимо лечебното заведение да разполага на територията си с **лекар с опит и квалификация в областта на доплеровата сонография и съответната апаратура**.

С оглед на потенциалните възможности за възникване на остри непредвидени усложнения трябва да се осигурат непрекъснати 24 часови връзки с останалите звена на лечебното заведение и специално с отделението за интензивно лечение и реанимация, както и с болничните структури или структури извън болницата по образна диагностика, звено за интервенционална диагностика и лечение, сърдечна и/или съдова хирургия с цел осъществяване намаксимално ефективно и непрекъснато лечение на пациентите. При липса на такива звена в лечебното заведение последното задължително осигурява достъпа на пациентите си до такива звена на други лечебни заведения чрез договор, който поддържа актуален. Договорът трябва да осигурява достъп на пациентите до описаните специализирани звена най – много до 120 минути след началото на острото състояние.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

До 1 месец след проведено активно болнично лечение по повод:

- След сърдечна операция;
- След хирургично лечение на усложнения свързани със сърдечна хирургия;
- След преживян остър миокарден инфаркт със или без инвазивна процедура.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Начало на лечението- на постоперативно и лечение след остър миокарден инфаркт (МИ), и рехабилитация подлежат всички пациенти, след извършени сърдечни опреции и/или преживели МИ, по програми, съобразени със сърдечно – съдовия риск.

Целта е- подобряване на клиничното състояние и на физическия работен капацитет, отстраняване или снижаване на сърдечно – съдовия риск, риска от инвалидност и риска от влошено качество на живот.

Определянето на сърдечно – съдовия риск и **рехабилитационния потенциал**се извършва, от тим клинични специалисти по кардиология, рехабилитационна медицина и кардиохирургия и съдова хирургия, на базата на приети в практиката ръководни линии, правила и таблици за оценка на риска. Водещ е клиничният физикален преглед със снемане на анамнеза, физикален и хирургичен статус, и измерване на хемодинамични параметри- АН, Сч и дихателна честота. Базира се на клинико - функционалния подход, който отчита клиничната тежест според данни от предхождаща клинична епикриза от лабораторни резултати: ензимни критерииза миокардна деструкция, хемоглобиново съдържание, електролитна, бъбречна, чернодробна и коагулационна функция. ЕхоКг оценка за степента на левокамерна дисфункция, клапна и клапнопротезна функция, Доплер оценка на скорости и налягания на кръвотока, състояние на перикарда и плевралните кухини. При клинични показания и необходимост се използват и други познати и достъпни образно-диягностични методи. Електрокардиографска оценка на биоелектрична стабилност на сърцето, при необходимост със серийно проследяване. Контрол на артериалното налягане чрез серийно манометриране и при клинични показания Холтер манометриране на АН. Определяне и проследяване психофизичен тонус и актуално клинично състояние на съпътстващите заболявания. Изясняване на актуалния хирургичен статус. Този клиничен подход определя болните, като такива с **“нисък**”,“ **умерен**” и “**висок**”риск. Градирането се извършва според широкозастъпения и валиден Грейс скор и ръководните указания на Европейското кардиологично дружество и Американската сърдечна асоциация, както и общоприети указания за кардиопулмонална рехабилитация. В зависимост от стратификацията на сърдечно съдовия риск се поределя терапевтичния и рехабилитационно терапевтичен подход. Определянето на функционалния капацитет се извършва в рамките на първите 24 часа на базата на амнестичните данни за достигнато ниво на двигателна активност по време на свръх ранния постоперативен период, провеждане на пешеходен тест /при физическа възможност от страна на пациента/ и общото клинично състояние. Лекарят тим определя рехабилитационния потенциал и структурира индивидуалната програма за рехабилитация. Кинезитерапевтичният комплекс трябва да включва активни гимнастически упражнения с повишаване интензивността и натовареността както и специализирани упражнения за дихателната система и такива с уреди и теренно лечение.

Възстановяването на болните след сърдечна операция и/или преживели МИ се провежда по определената индивидуална програма, както и двигателният режим и останалите терапевтични процедури трябва да бъдат непосредствено продължение на достигналие етап на рехабилитация.

Показания за физическо активиране: пациенти от I и II функционален клас по NYHA след сърдечна операция и/или преживели МИ. Относително показани са пациентите в III ФК по NYHA, както и такива с нормофреквентно предсърдно мъждене, единични, чески камерни екстарсистоли, ако не са от едно огнище, AV блок I степен, аневризма на сърцето без сърдечна недостатъчност, умерена към високостепенна артериална хипертония до II- IIIст. с кризисно протичане и,хипертонична реакция при минимално усилие, не добре компенсиран захарен диабет, без прояви на кетоацедоза и хипогликемия при физическо усилие.

Противопоказания за физическо активиране: кардиогенен шок, остра или изострена тежка сърдечна слабост, тежки неконтролирани ритъмни и проводни нарушения, инфекции, изразена левкоцитоза и фебрилитет над 37.5, значими плеврални и перикардни изливи, тежка ангина пекторис или нововъзникнали значими ST- депресия > от 2 мм, неконтролирана резистентна хипертония и хитопотия, изразени ХБН и/или чернодробна недостатъчност, неконтролиран захарен диабет, некомпенсирана тиреотоксикоза или хипотиреоидизъм, прояви на тежка ДН с декомпенсация на КГА и други състояния криещи клиничен риск за здравето и живота на пациента.

Постигната **добра адаптация**към натоварване се приема при: пакачване на пулса с до 50% в мин. от изходните при началото на натоварването и покачване на кръвното налягане(систолно и/или диастолно) с не повече от 15-20 mmHg.

Критерии за непоносимост: тахикардия (над горепосочените стойности), хипертония (над горепосочените стойности), брадикардия (респ. забавяне на сърдечната честота под изходните стойности), хипотония (респ. понижаване на АН под изходните стойности),субективни оплаквания:бърза периферна умора, задух, изпотяване, прималяване, кратковременна загуба на съзнание.

Биологичен материал за медико-диагностични изследвания се взема до 24 час от началото на хоспитализацията. При пациенти стратифизирани с **висок** риск биологичен материал се взема до втория час от началото на хоспитализацията.Резултатите се контролират и проследяват периодично до изписването. ЕКГ се извършва до 2 час от началото на хоспитализацията, а при болни с **висок риск**до 10-тата минута от началото **на** хоспитализацията**.**Контролни ЕКГ се извършват по време на престоя и при необходимост при рецидив на гръдна болка, хемодинамична нестабилност, ритъмни и проводни нарушения, както и при изписване.

Ехокардиографията се извършва в рамките до 24 часа от постъпването, при дехоспитализацията и с периодични контроли по време на пролежаването**, а при** хемодинамично нестабилни болни- с хипотония, остра сърдечна недостатъчност(хиподебитна или застойна), неврологична симптоматика (общомозъчна или огнищна)- до 1 час от началото нахоспитализацията или във лсеки един момент на възникване на спешна ситуация с клиничен риск за пациента.

Други диагностични и образни изследвания се извършват при възникнала клинична необходимост с обем и честота определени според състоянието на пациента.

Функционална оценка за определяне на рехабилитационния потенциал сеизвършва до 24 часа от постъпването, а при пациенти с **умерен** и **висок** риск до 12-яот началото на хоспитализацията. Изготвя се индивидуална програма.

Пациентите с висок или умерен риск се настаняват в структурите за интензивно наблюдение и лечение, където продължава по нататъшното им лечение и рехабилитация по програма според конкретното състояние.

Прилагане на алгоритъм за медикаментозно и/или инструментално лечение според клиничното състояние

Основни групи медикаменти:

- Диуретици.
- АСЕ инхибитори.
- АТ 2 блокери (сартани).
- Бета – блокери.
- Дигиталис.
- Антиаритмици (при ФИ под 40 %- антиаритмици III).
- Антикоагуланти.
- Катехоламини.
- Извънбъбречни методи за очистване на кръвта – хемодиализа с инфилтрация и/или спонтанна артериовенозна хемофилтрация.
- Корекция на анемии – железни препарати, кръвопреливане, еритропоетинови препарати.
- Други медикаменти и продукти приложими според конкретното състояние на пациента, разрешени от медицинските стандарти.

Имплатнация на кардиостимулатор временен или постоянен

Интервенционално и/или хирургично лечение

Продължителността на пероралната и/или парентерална терапия следва да бъде съобразена със тежестта на клиничното състояние (след кардиохирургичната интервенция и преживения остър МИ) на болния и възникналите усложнения наложили хоспитализацията. Интервенционалните процедури се определят от клиничното състояние на пациента в срок и обем според рисковия скор.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Пациентът се хоспитализира за провеждане на постоперативно кардиохирургично лечение и лечение след преживян остър МИ и рехабилитация, диагностично уточнени в кардиологичната и/или кардиорехабилитационната структура, кардиохирургичната клиника/отделение.

Съвкупността от получените и документирани клинични, физикални и рехабилитационни резултати представляват **окончателната диагноза**и определятпо нататъшната прогноза при пациента.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Пациентът се дехоспитализира с медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за подобряване на функционалните възможности в зависимост от тежестта на прекарания остър инцидент.

ФИШ ЗА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дишане: ☐ **чисто ВД** ☐ **друго (опиши)**

Ритъм: ☐ **синусов** ☐ **друг (опиши)**
СЧ: ☐☐☐**/мин** **АН:** ☐☐☐/☐☐☐

Локален съдов/оперативен статус (при сърдечна катететеризация /РМ):
☐ **нормален** ☐ **друго (опиши)**

Дадена епикриза на пациента:

Дата на изписване:

Назначена дата за контролен преглед:

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1.ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2.ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"* и Документи по утвърдения ред и образец от МЗ и НЗОК, които са неразделна част от ИЗ.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:
- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.2) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

Към ИЗ се прикрепят и следните документи, ставащи неразделна част от същата:

ФОРМУЛЯР ЗА ВЛОЖЕНИ МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ (МИ), СТОЙНОСТТА НА КОИТО СЕ ЗАПЛАЩА ОТ НЗОК ИЗВЪН ЦЕНАТА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА / АМБУЛАТОРНА ПРОЦЕДУРА

ПАЦИЕНТ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐
РЗОК №. здравен район ЕГН (ЛНЧ) на пациента Пол

м/ж

Идентификационен номер
☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ ☐☐ код на държава
☐ ССН ☐ гражданин на ЕС
(или по двустранни спогодби)

.....
име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр.(с) .....
ул.....№.....
ж.к.
....бл.....вх.....тел.....
.....

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ:

☐ договор с НЗОК ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
РЗОК №. здравен район регистрационен номер на лечебното заведение
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
УИН на лекаря/ЛПК на лекаря, вложил МИ

....
име на лечебното заведение
.....
.....
име и фамилия на лекаря

Клинична пътека ..... **№.** ☐☐☐.☐
Амбулаторна процедура ..... **№.** ☐☐

Диагноза: ..... МКБ ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐

дата на приемане: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ ИЗ: ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година номер година

дата на операцията: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Пациент: .....
ден месец година (подпис)

КОД НЗОК	Код проце-дура/Код австралийска спецификация	Място за прилагане на стикер с фабрични номера	Търговец на едро с МИ	№ на фактурата за закупуване на МИ; № и дата на заприходяването в склада на болничната аптека; Сигнатура на болнична аптека	Стойност за заплащане от НЗОК	Стойност доплата от пациента	Цена на МИ по фактура на закупуване от ЛЗ
				Обща стойност:			

дата на изписване: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
ден месец година

Директор на лечебното заведение: .....
подпис и печат на лечебното заведение

Лекар, вложил МИ: .....
фамилия, подпис

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Сърдечните операции и медикаментозното и/или интервенционално лечение на МИ са вече част от рутинните интервенции, извършвани в специализирани клиники с модерна апаратура по най – съвременни методи за лечение.Най- честите интервенции са бай- пас на коронарни артерии, сърдечноклапнопротезиране и пластики на различнидефекти, фибринолитично лечение и/иликоронарностентиране и другипроцедури при МИ.

Целта на лечението е подобряване на клиничното състояние(в много случаи спасяване на живота на пациента) и функционалните възможности на сърцето и организма катоцяло. Това води до подобряване качеството и продължителността на живота на пациента.

Кардиологичната рехабилитация е неразделна и много важна част от цялостния комплекс на лечение след сърдечна операция и/или преживян остър МИ.Тя започва още първите часове, след началото на острия стадий, когато болния е в реанимационна структура. Рехабилитационната програма се съставя от лекари- тим от специалисти по Кардиология,кардиохирургия, съдова хирургия, и Физикална и рехабилитационна медицина. При необходимост се ползват консултациите на други клинични специалисти. Те контролират и променят периодично степента на физическото натоварване на пациента съобразно клиничното състояние и показатели. Ежедневните процедури се провеждат от рехабилитатор, който спазва лекарските предписания. Целта на болничната Кардиологична рехабилитация е да подобри функцията на сърцето и да възвърне двигателната активност на пациента, за да може да се самообслужва след изписването от болницата. Кардиологичната рехабилитация се извършва с активното съдействие на балния е спазвани на всички инструкции, дадени от лекаря, специалиста по здравни грижи и рехабилитатора.

При постъпване на пациенти със значителни усложнения в постоперативния период или след началото на ОМИ и нововъзникнали в хода на Кардиологичната рехабилитация се осъществява консултация с необходимия специалист с оглед уточняване и корекция на медикаментозната терапия и назначаване на необходимите диагностични и лечебни процедури.

След преживяната сърдечна операция и/или остър МИ, трябва стриктно да се приемат назначените медикаменти, които намаляват вероятността от усложнения. Много важна и спазването на диетичния и хигиенно двигателен режим препоръчван от лекаря. Кардиологичната рехабилитацияе препоръчително да продължи в специализирани извънболнични рехабилитационни структури и/или кардиорехабилитационни болници, отделения или структури с възможности да организират и реализират дейности по кардиорехабилитация.

КП № 256 ПРОДЪЛЖИТЕЛНО ЛЕЧЕНИЕ И РАННА РЕХАБИЛИТАЦИЯ СЛЕД ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ С ГОЛЯМ И МНОГО ГОЛЯМ ОБЕМ И СЛОЖНОСТ С ОСТАТЪЧНИ ПРОБЛЕМИ ЗА ЗДРАВЕТО

1.Болничен престой до 20 дни годишно

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ЗА ОЦЕНКА НА ЗДРАВНОТО СЪСТОЯНИЕ, ИЗВЪРШВАНИ ОТ ЛЕКАР

1820 Физиологична оценка

Забележка: Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други физикални тестове

Не включва: такава, които са част от:
- оценка на стареене (96023-00 [1824])
- тестване на развитие (96184-00 [1824])
- генетична оценка (96035-00 [1824])
- психическа или поведенческа оценка (96175-00 [1823])

96020-00 Оценка на кожна цялост

Оценка на:
- белег
- кожна лезия
- язва
- рана

92001-00 Друга физиологична оценка

Общ физикален преглед

Преглед на новородено

Включва: базови физикални измервания:
- кръвно налягане
- височина/дължина
- температура
- тегло

Не включва: тестване за развитие (96184-00 [1824])
физикален преглед като част от генетична оценка (96035-00 [1824])

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

96037-00 Друга оценка, консултация или оценяване

Оценка }
Консултация }
Оценяване } БДУ
Интервю }

1867 Консултация или обучение свързани с лична грижа и други ежедневни дейности/независим живот

96072-00 Предписани/самостоятелно избрани медикаменти, консултиране или обучение

Забележка: Медикаментозни консултация или обучение включва съвет за действие/ефект (странични или други) на лекарствата, върху управлението на лекарствения режим и върху изписването на медикаменти. Включва също съвет за предпазване от странични лекарствени ефекти и осигуряване на обучителни материали относно медикаментозното лечение. Този съвет може да бъде даден на клиентите или на други доставчици на услуги.

Не включва: консултация или обучение за системите за доставка на медикаменти (96071-00 [1867]) съвети или обучение при привикване към субстанции (96073-00 [1867])

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафрагма

сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

1932 Изследвания на урината

91920-12 Химично изследване на урина
pH
Белтък
Билирубин
Уробилиноген
Глюкоза
Кетони
Относително тегло
Нитрити
Левкоцити
Кръв

91920-03 Изследване за албумин в урината
Микроалбуминурия

91920-11 Измерване на бъбречен клирънс в урината

1926 Микробиологични изследвания

91920-02 Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност

Включва: урокултура
Антибиограма

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителностМикроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност

91937-01 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

91908-02 Микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/ или повърнати материи за култура и чувствителност

91919-05 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура и чувствителност

91913-10 Други микробиологични/микроскопски изследвания

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1850 Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане
11600-02 Мониториране на централно венозно налягане

1858 Диагностични тестове, измервания или изследвания, кръв и кръвотворни органи

13842-01 Измерване на артериални кръвни газове

13311-00 Измерване на газове на смесена венозна кръв

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Изследване за различни инфекциозни причинители

1822 Оценка на лична грижа и други дейности на ежедневен\независим живот

96021-00 Оценка на грижите за себе си
Оценка на ежедневни умения и дейности
Оценка на:
- къпане/душ
- миене на зъби
- обличане [дрехи]
- хранене
- изхранване
- функционална комуникация
- чистене
- мобилност в средата
- тоалет
- измиване на косата

Не включва: оценка на:
- стареене (96023-00 [1824])
- хранителен прием (диетичен) (калоричен) (96026-00 [1822])
- поддържане на здравето и възстановяване (96022-00 [1822])
- поддържане на дома (96028-00 [1822])

96022-00 Оценка на грижите за собственото здраве или възстановяване
Оценка на справяне/умения при:
- приспособяване към болест или състояние и неговите клинични и функционални последствия
- употреба на бандажи и превръзки
- диагностично тестване/мониторинг (при състояния като ампутационен чукан, астма, диабет)
- грижи или хигиена за ходило/крак (халукс валгус) (нокти на крак) (язви) (включително оценка на налични обувки)
- устна хигиена
- самостоятелен преглед (гърди) (гениталии)
- самостоятелно инжектиране
- грижи за стома

Забележка: Оценка възможностите на клиента да изпълнява дейности отнасящи се до порддържане на здравето си; превантивни мерки като самооценка (преглед) или изпълнение на действия като превръзки на язви на крак/стъпало, мониториране на кръвно-захарни нива при диабет или витален белодробен капацитет при астма

Не включва: тези при оценка на лекарствения режим/управление (96027-00 [1822])
96024-00 Оценка на нужда от помощно или адаптиращо средство, грижа или оборудване
Преценка за подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Предписание за подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Забележка: За списък на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване виж блок [1870]
96025-00 Преглед на помощно или адаптиращо средство, грижа и оборудване
Оценка на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Забележка: За списък на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване виж блок [1870]
Не включва: такава при напасване, пригаждане или ремонт (96092-00 [1870])
96026-00 Оценка на хранене/диетичен режим
Забележка: Оценка хранителния статус на клиента, за да се определи дали приема на храна задоволява метаболитните нужди на клиента или да се определи качеството на храната, състава J и влиянието J върху здравето
96027-00 Оценка на предписано/самостоятелно избрано лечение
Проследяване на лекарствения прием
Оценка управлението на лекарствения прием
Преглед на медикаментозно лечение
Включва: история на медикаментозното лечение
Забележка: Оценка на медикаментозно лечение включва настоящия лекарствен режим на

клиента, за да се определи дали е подходящ и оценка възможността на клиента да приема сигурно медикаменти. Това включва събиране на точна история на медикацията (предписвани медикаменти, медикаменти без рецепта и допълнителни медикаменти като билки, хомеопатични или витаминозни продукти, т.е самоволно избрани медикаменти). Това също включва консултация с или осигуряване извлечение на медикаментите и пла-ниране на друг доставчик на услуги.

Медикаментозно мониториране включва запис/повторен преглед и интерпретация на резултатите, долавяне и управление на страничните лекарствени реакции. То не включва съвет, обучение или препоръки за превенция и други аспекти на управление на странични реакциии на лекарствата или препоръки за друг лекарствен режим – виж Съвети и Обучение (96072-00 [1867]).

Не включва: оценка на незаконна лекарствена употреба (96034-00 [1823])

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

91910-06 Морфология на еритроцити – визуално микроскопско изследване

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите- по преценка на лекуващия лекар

91910-08 Изследване на време на кървене - по преценка на лекуващия лекар

91904-04 Изследване на фактори на коагулация
фактор II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII

91904-05 Изследване на фактор на Вилебранд (von Willebrand)

91910-09 Изследване на протромбиново време

91904-02 Изследване на тромбиново време (TT)

91910-10 Изследване на активирано парциално тромбопластиново време (APTT)

91913-04 Изследване на време на съсирване

91910-40 Изследване за серумна електрофореза и лекарствено мониториране - по преценка на лекуващия лекар

91910-42 Електрофореза на хемоглобина - по преценка на лекуващия лекар

91913-01 Изследване на тромбоцити

91910-43 Определяне на антитромбоцитни антитела

91904-01 Изследване на Ретикулоцити (RET)

91904-08 Изследване на Протеин С (PrC)

91904-09 Изследване на Протеин S (Prs)

91904-03 Изследване на инхибитори на хемостаза

91904-10 Осмотична резистентност на еритроцити

91910-49 Други хематологични изследвания

1924 Биохимични изследвания

91910-03 Кръвно-захарен профил

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин

91910-16 Клинично-химични изследвания за директен билирубин

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин

91910-45 Клинично-химични изследвания за глобулин

91910-19 Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

91910-20 Клинично-химични изследвания за холестерол

91910-21 Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол

91910-22 Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол

91910-23 Клинично-химични изследвания за триглицериди

91910-24 Клинично-химични изследвания за гликиран хемоглобин

91910-25 Клинично-химични изследвания за пикочна киселина

91910-26 Клинично-химични изследвания за АСАТ

91910-27 Клинично-химични изследвания за АЛАТ

91910-28 Клинично-химични изследвания за Креатинкиназа (КК)

91910-29 Клинично-химични изследвания за ГГТ

91910-30 Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)

91910-31 Клинично-химични изследвания за алфа-амилаза

91910-32 Клинично-химични изследвания за липаза

91910-33 Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

91910-34 Клинично-химични изследвания за Калций - по преценка на лекуващия лекар

91910-35 Клинично-химични изследвания за Фосфати - по преценка на лекуващия лекар

91910-36 Клинично-химични изследвания за Желязо

91910-37 Клинично-химични изследвания за ЖСК

91910-38 Клинично-химични изследвания за Хлориди - по преценка на лекуващия лекар

91910-39 Клинично-химични изследвания за Магнезий - по преценка на лекуващия лекар

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

91910-44 Определяне на Феритин - по преценка на лекуващия лекар

91905-02 Определяне на Beta2 микроглобулин - по преценка на лекуващия лекар

91910-46 Определяне на витамин В12 и фолиева киселина - по преценка на лекуващия лекар

91910-47 Изследване на еритропоетин - по преценка на лекуващия лекар

91904-00 Изследване на Лактатдехидрогеназа (LDH) - по преценка на лекуващия лекар

91904-13 Протеинограма (електрофореза на серумни белтъци)

91904-14 Орален глюкозотолерантен тест

91904-19 Други биохимични изследвания

1929 Вирусологични изследвания

91911-29 Други серологични изследвания

1927 Хистологични изследвания

91914-11 Хистобиопсично изследване на две или повече проби от кожа и/или кожни лезии

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ЗА МЕДИЦИНСКИ ГРИЖИ И МОНИТОРИНГ, ИЗВЪРШВАНИ ОТ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТ И/ИЛИ ЛЕКАР

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

Включва: адхезивни подложки
изкуствен [протезен] крайник(ци)
подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване за:
- игра/свободно време
- продуктивност
- грижи за себе си/поддържане

слухова помощ [кохлеарен имплант] [слухова помощ]
превръзки
подпори
скоби
гипсови шини (фибростъкло) (гипс) (пластмаса)
комуникационни системи (спешен отговор, системи за повикване, телефони)
корсет
патерици
превръзки (Velpeau)
еластичен чорап(и)
електронен уред за походка
електротактилна/вибротактилна помощ
обувки, произведени за специални нужди, напр. подпомагане на походка, адаптация на стойка или да се подпомогне употребата на протеза
устройство за променливо налягане
системи за поставяне на медикаменти
шийни укрепващи средства [шийна яка]
ортеза БДУ
успоредни пръчки
пресиращи превръзки [Gibney бандаж] [Robert Jones бандаж] [Shanz превръзка]
пресиращи панталони [анти-шокови] [MAST панталони] [съдовопневматично устройство]
ортези БДУ
релси
ребрен колан
седалка
гръбначно подпомагане
шина (акрилна) (корона) (метална шина) (филцова) (силиконова) (термопластична)
бинтов бандаж
поддържаща рамка
термопластична шина (динамична) (статична)
зрителна помощ [контактни лещи] [очила] [призми] [очила]
бастун
подвижен стол

Забележка: Този блок класифицира външни фиксиращи средства, които са най-общо неинвазивни по същност. Външни фиксиращи устройства, които са инвазивни (т.е. прикрепени към костта) са класифицирани другаде. виж Азбучния индекс за упътване.

Не включва: поставяне на:
- имобилизиращи устройства при фрактура и луксация (виж Индекс: Имобилизация, фрактура или имобилизация, луксация)
- опъващи устройства класифицирани другаде (виж Индекс: Опъване)

имплантация на протезни устройства на крайник (виж Индекс: Имплантация, протеза)
поставяне на протезни устройства (виж Индекс: Поставяне, протеза)
интервенции, включващи подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване, класифицирани другаде:
- оценка нужда от устройство (96024-00 [1822])
- подпомагане поставяне на устройство (96165-00 [1914])
- консултиране или обучение свързано с устройство (96071-00 [1867])
- измерване на устройство (96024-00 [1822])
- предписване на устройство (96024-00 [1822])
- само разглеждане на устройство (96025-00 [1822])

• трениране на умения за използване на устройство (96142-00 [1878])

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Не включва: поставяне на превръзка на:

• изгаряне (виж блок [1600])

• рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

47717-00 Прилагане на хало фиксатор и торакален корсет

Не включва: такава със:

• затворено наместване на фрактура/луксация на гръбнак (47690-00, 47693-00 [1387])

• имобилизация на фрактура/луксация на гръбнак (виж блок [1381])

47720-00 Прилагане на хало фиксатор и феморална тракция

Не включва: такава със:

• затворено наместване на фрактура/луксация на гръбнак (47690-00, 47693-00 [1387])

• имобилизация на фрактура/луксация на гръбнак (виж блок [1381])

47540-01 Прилагане на раменна спица

47540-00 Прилагане на тазобедрена спица

92139-00 Неинвазивно поставяне на стимулатор за костен растеж

Транскутанно (повърхностно) поставяне на подложки или лепенки

Забележка: Изпълнени за да се стимулира костно заздравяване

1601 Превръзка на друга рана

30055-00 Превръзка на рана

Смяна на превръзка

Подмяна тампонада на рана или дрен

Включва: отстраняване на конци

Не включва: повторно въвеждане на дренажна тръба при абсцес на мека тъкан (30225-00 [1554])

такава при изгаряне (30010-00, 30014-00 [1600])

1899 Други терапевтични интервенции на храносмилателна система

13500-00 Стомашна хипотермия

Охлаждане на стомаха

Включва: затворена кръгова циркулация на замръзителя

Забележка: Изпълнена при гастроинтестинално кървене

1895 Неинцизионна иригация, почистване и локално вливане, храносмилателна система

14200-00 Стомашна промивка

Забележка: Изпълнена при лечение за погълната отрова

92037-00 Промивка на назогастрална сонда

Не включва: стомашна промивка (14200-00 [1895])

92073-00 Промивка на гастростомия или ентеростомия

92077-00 Друга ректална промивка

92096-00 Промивка на холецистостомия или друга жлъчна тръба

92076-00 Премахване на фекална задръжка

Отстраняване на задръжката:

• чрез промивка

• мануално

Не включва: такава с:

• дебридман и промивка на перитонеална кухина (30396-00 [989])

• дилатация на ануса (32153-00 [940])

92074-00 Промивка на панкреасна тръба

92075-00 Гастроинтестинално вливане, изключващо хранене през стомашна сонда

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

• кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])

• фармакологичен агент за:
• анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
• имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
• локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
• поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
• поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
• перфузия (виж блок [1886])
• ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96203-07 Перорално прилагане на фармакологичен агент - хранително вещество

1901 Неинцизионна промивка, почистване и локално инстилиране, пикочо-полова система

92099-00 Промивка на нефростомия или пиелостомия

92100-00 Промивка на уретростомия или уретерален катетър

92102-00 Промивка на цистостомия

92101-00 Промивка на друг постоянен уринарен катетър

542 Други процедури на трахея

90162-00 Други процедури на трахея

547 Други процедури на бронх

90165-00 Друга процедура на бронх

1922 Други процедури, свързани с фармакотерапия

13939-02 Поддръжка (самостоятелна) на устройство за съдов достъп

Поддържане (самостоятелно) на:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)

Включва: катетеризация
измиване
вземане на проба от течността за микробиологична култура

Забележка: Устройство за съдов достъп е имплантиран венозен катетър с прикрепен резервоар.

Не включва: такава:
• на съдов катетър без прикрепен резервоар (92058-01 [1922])
• с прилагане на фармакотерапия (96199 [1920])

13942-02 Поддръжка (самостоятелна) на устройство за доставяне на лекарства

Поддържане (самостоятелно) на инфузионно устройство или помпа (външна)

Включва: измиване
инжектиране на изотоп за тестване на помпа

Забележка: Устройство за доставяне на медикамент е инфузионна помпа (външна), която е прикачена към устройство за съдов достъп или венозен, спинален или друг катетър за вливане на субстанции за дълъг период от време.

Не включва: такава със:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

92058-01 Поддръжка (самостоятелно) на друг катетър, имплантиран за приложение на фармакотерапия

Поддържане (самостоятелно) на:
• централен венозен катетър
• катетър (линия) на Hickman
• устройство за перитонеален достъп (перитонеален port-catheter)

Включва: покриване
измиване
вземане на проба от течността за микробиологична култура

Не включва: такава:
• на съдов катетър с прикрепен резервоар (13939-02 [1922])
• с прилагане на фармакотерапия (виж блок [1920])

1908 Други терапевтични интервенции

92195-00 Промивка на катетър, некласифицирана другаде
Не включва: постоянен уринарен (92101-00 [1901])
перитонеален порт (92058-01 [1922])
уретерен (92100-00 [1901])
съдов (92058-01 [1922])
вентрикуларен (90002-00 [5])

1628 Друг дебридман на кожа и подкожна тъкан

Не включва: такава:
- чрез личинки дебридман терапия (MDT) (96210-00 [1604])
- от изгаряне (30017-01, 30020-00, 90686-00 [1627])

90686-01 Неексцизионен дебридман на кожа и подкожна тъкан
Неексцизионен дебридман на:
- инфекция
- язва
- рана

Отстраняване на девитализирана тъкан, некроза и есхари чрез методи като:
- четкане
- иригация (под налягане)
- триене
- миене

Аспирационна вакумираща превръзка

1920 Приложение на фармакотерапия

96202-07 Ентерално приложение на фармакологичен агент, антидот
Виж допълнителни знаци

1896 Неинцизионна замяна или отстраняване на терапевтично устройство, храносмилателна система

92079-00 Подмяна на тръба или ентеростомно устройство на тънки черва
92078-00 Подмяна на (назо-)гастрална или езофагостомна тръба
92083-00 Премахване на тръба от тънки черва
92080-00 Подмяна на тръба или ентеростомно устройство на дебело черво
92084-00 Премахване на тръба от дебело черво или апендикс
92085-00 Премахване на панкреасна тръба или дрен
92098-00 Премахване на холецистостомна тръба
92097-00 Премахване на Т-тръба, друга тръба на жлъчни пътища или черен дроб
Не включва: изваждане на билиарен стент (30451-01 [960])
92086-00 Премахване на друго устройство от стомашно-чревния тракт
Изваждане на ректална тампонада

1404 Други възстановителни процедури на рамо

90533-00 Друго възстановяване на рамо

1418 Други възстановителни процедури на раменна кост или лакът

90536-00 Друго възстановяване на лакът

1468 Други възстановителни процедури на китка

90542-00 Друго възстановяване на китка

1498 Други възстановителни процедури на таз или тазобедрена става

90552-00 Друго възстановяване на тазобедрена става

1520 Други възстановителни процедури на коляно или крак

90598-00 Друго възстановяване на коляно

1544 Други възстановителни процедури на глезен или стъпало

90599-00 Друго възстановяване на глезен

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

Включва: адхезивни подложки
изкуствен [протезен] крайник(ци)
подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване за:
- игра/свободно време
- продуктивност
- грижи за себе си/поддържане

слухова помощ [кохлеарен имплант] [слухова помощ]
превръзки
подпори
скоби
гипсови шини (фибростъкло) (гипс) (пластмаса)
комуникационни системи (спешен отговор, системи за повикване, телефони)
корсет
патерици
превръзки (Velpeau)
еластичен чорап(и)
електронен уред за походка
електротактилна/вибротактилна помощ
обувки, произведени за специални нужди, напр. подпомагане на походка, адаптация на стойка или да се подпомогне употребата на протеза
устройство за променливо налягане
системи за поставяне на медикаменти
шийни укрепващи средства [шийна яка]
ортеза БДУ
успоредни пръчки
пресиращи превръзки [Gibney бандаж] [Robert Jones бандаж] [Shanz превръзка]
пресиращи панталони [анти-шокови] [MAST панталони] [съдовопневматично устройство]
ортези БДУ
релси
ребрен колан
седалка
гръбначно подпомагане
шина (акрилна) (корона) (метална шина) (филцова) (силиконова) (термопластична)
бинтов бандаж
поддържаща рамка
термопластична шина (динамична) (статична)
зрителна помощ [контактни лещи] [очила] [призми] [очила]
бастун
подвижен стол

Забележка: Този блок класифицира външни фиксиращи средства, които са най-общо неинвазивни по същност. Външни фиксиращи устройства, които са инвазивни (т.е. прикрепени към костта) са класифицирани другаде. виж Азбучния индекс за упътване.

Не включва: поставяне на:
- имобилизиращи устройства при фрактура и луксация (виж Индекс: Имобилизация, фрактура или имобилизация, луксация)
- опъващи устройства класифицирани другаде (виж Индекс: Опъване)

имплантация на протезни устройства на крайник (виж Индекс: Имплантация, протеза)
поставяне на протезни устройства (виж Индекс: Поставяне, протеза)
интервенции, включващи подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване, класифицирани другаде:
- оценка нужда от устройство (96024-00 [1822])
- подпомагане поставяне на устройство (96165-00 [1914])
- консултиране или обучение свързано с устройство (96071-00 [1867])
- измерване на устройство (96024-00 [1822])
- предписване на устройство (96024-00 [1822])
- само разглеждане на устройство (96025-00 [1822])
- трениране на умения за използване на устройство (96142-00 [1878])

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Не включва: поставяне на превръзка на:
- изгаряне (виж блок [1600])
- рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

1908 Други терапевтични интервенции

92195-00 Промивка на катетър, некласифицирана другаде
Не включва: постоянен уринарен (92101-00 [1901])
перитонеален порт (92058-01 [1922])
уретерен (92100-00 [1901])
съдов (92058-01 [1922])
вентрикуларен (90002-00 [5])

1000 Други възстановителни процедури на корем, перитонеум или оментум

30399-00 Затваряне на лапаростома
Включва: дренаж
сваляне на превръзка или тампонада

1887 Терапевтични интервенции на очи, уши, нос, уста и гърло

92030-00 Подмяна на назална тампонада

568 Манипулации на дихателни пътища

Забележка: Кодовете, отнасящи се само до грижа и поддържане на проходимост на дихателните пътища, включват вливане или аспирация на солеви разтвор
92046-00 Подмяна на трахеостомна тръба
92035-01 Грижа и поддържане на друга интубация на дихателни пътища
Не включва: поведение при започване командно дишане, интубация БДУ (92035-00 [568])
с подпомагане на дишане (13882 [569], 92209 [570])
92047-00 Отстраняване на трахеостомна тръба
Не включва: при подмяна (92046-00 [568])

90179-06 Грижа и поддържане на трахеостомия
Тоалет на трахеостома
Не включва: начално извършване на трахеостомия (виж блок [536])
с подпомагане на дишане (13882 [569])

1887 Терапевтични интервенции на очи, уши, нос, уста и гърло

92031-00 Премахване на назална тампонада
Не включва: такава при подмяна (92030-00 [1887])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

92138-00 Отстраняване на чуждо тяло от глава или шия, без инцизия
Отстраняване на шевове от глава и шия
Не включва: изваждане на чуждо тяло от око (виж Индекс: Отстраняване, чуждо тяло, око)

1908 Други терапевтични интервенции

92049-00 Премахване на торакотомна тръба или дренаж на плеврална кухина
92050-00 Премахване на медиастинален дрен
92200-00 Отстраняване на конци, некласифицирано другаде
Не включва: отстраняване на шевове от локализация, уточнена другаде (виж Индекс: Отстраняване, шев)
92201-00 Отстраняване на чуждо тяло без инцизия, некласифицирано другаде
Не включва: изваждане на:
- чуждо тяло от локализация, уточнена другаде (виж Индекс: Отстраняване, чуждо тяло)
- шевове от локализация, уточнена другаде (виж Индекс: Отстраняване, шевове)

870 Процедури за приложение, поставяне или премахване върху стомах

30478-08 Изваждане на гастростомна тръба

Изваждане на:
- неендоскопски гастростомен бутон
- перкутанна ендоскопска гастростомна [PEG] тръба

Не включва: тези с подмяна на:
- неендоскопски гастростомен бутон (30483-00 [870])
- перкутанна ендоскопска гастростомна тръба (30482-00 [870])

1902 Неинцизионно отстраняване на терапевтично устройство от пикочни пътища

36650-00 Отстраняване на пиелостомна или нефростомна тръба

Не включва: такава с подмяна (36649-00 [1042])

92118-00 Премахване на уретеростомна тръба или уретерен катетър

Не включва: ендоскопски:
- изваждане на уретерен стент (36833-01 [1067])
- подмяна на:
- уретерен стент (36821-03 [1067])
- уретеростомна тръба (90367-00 [1069])

92121-00 Премахване на цистостома

Не включва: такава с ендоскопска подмяна (36800-02 [1092])

92119-00 Премахване на друго уринарно дренажно устройство

Изваждане на постоянен уринарен катетър

Не включва: ендоскопски:
- изваждане на постоянен уринарен катетър (36800-03 [1090])
- изваждане на уретерен катетър (92118-00 [1902])
- подмяна на постоянен уринарен катетър (36800-01 [1090])

92120-00 Премахване на уретрален стент

92122-00 Премахване на друго устройство от уринарна система

1893 Прилагане на кръв и кръвни продукти

13706-01 Приложение на цяла кръв

Прилагане на кръв БДУ

Трансфузия на цяла кръв

13706-02 Приложение на опаковани клетки

Трансфузия на:
- еритроцити
- опаковани клетки
- червени кръвни клетки

13706-03 Приложение на тромбоцити

Трансфузия на:
- тромбоцити

92061-00 Приложение на кръвосъсирващи фактори

Трансфузия на:
- активиран протромбинов комплекс
- антихемофилен фактор
- коагулационни фактори НКД
- криопреципитати
- фактор VIII

92062-00 Приложение на друг серум

Трансфузия на:
- албумин
- плазма (прясно замразена) (FFP)

92063-00 Приложение на кръвен експандер

Разреждане на кръвта

Трансфузия на:
- кръвозаместители
- Dextran
- Rheomacrodex

92064-00 Приложение на друг кръвен продукт

Трансфузия на:
- кръвни заместители
- гранулоцити

1920 Приложение на фармакотерапия

96199-04 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антидот

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-04 Мускулно приложение на фармакологичен агент, антидот

96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, инсулин

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент, инсулин

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96200-10 Подкожно приложение на фармакологичен агент, тромбоцитен инхибитор

Кодирай също когато е направена:

- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-10 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, тромбоцитен инхибитор

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-10 Мускулно приложение на фармакологичен агент, тромбоцитен инхибитор

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-02 Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент - включва приложение на стероид или друг хормон;

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент - стероид“ включва приложение на стероид или друг хормон;

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент - антинеопластичен агент“ включва приложение на противоракова хемотерапевтична субстанция или биологичен модулатор на отговора [BRM] като антинеопластичен агент;

96200-00 Подкожно приложение на фармакологичен агент - антинеопластичен агент“ включва приложение на противоракова хемотерапевтична субстанция или на биологичен модулатор на отговора [BRM] като антинеопластичен агент;

96197-00 Код 96197-00 „Мускулно приложение на фармакологичен агент - антинеопластичен агент“ включва приложение на противоракова хемотерапевтична субстанция или на биологичен модулатор на отговора [BRM] като антинеопластичен агент;

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96199-00 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96200-00 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96197-00 Мускулно приложение на фармакологичен агент, антинеопластичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)

• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени минимум три основни процедури за оценка на здравното състояние и четири основни процедури за медицински грижи и мониторинг, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Код **96199-03** „Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент“ включва приложение на стероид или друг хормон;

Код **96197-03** „Мускулно приложение на фармакологичен агент“ включва приложение на стероид или друг хормон;

Код **96199-00** „Интравенозно приложение на фармакологичен агент - включва приложение на противоракова хемотерапевтична субстанция или биологичен модулатор на отговора [BRM] като антинеопластичен агент;

Код **96200-00** „Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент“ включва приложение на противоракова хемотерапевтична субстанция или на биологичен модулатор на отговора [BRM] като антинеопластичен агент;

Код **96197-00** „Мускулно приложение на фармакологичен агент“ включва приложение на противоракова хемотерапевтична субстанция или на биологичен модулатор на отговора [BRM] като антинеопластичен агент;

Код **96199-09** „Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент“ включва приложение на атарактици (транквиланти) или на антикоагуланти, или на тромбоцитен инхибитор, или на друго лечебно/ профилактично вещество;

Код **96200-09** „Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент“ включва приложение на атарактици (транквиланти) или на антикоагуланти, или на тромбоцитен инхибитор, или на друго лечебно/ профилактично вещество;

Код **96197-09** „Мускулно приложение на фармакологичен агент“ включва приложение на атарактици (транквиланти) или на тромбоцитен инхибитор, или на друго лечебно/ профилактично вещество.

Всички кодове (един или повече), включени в блок 1923 на КСМП, се считат за една диагностична процедура. Същото се отнася и за кодовете (един или повече), включени в блокове 1924, 1926 и 1932.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностично лечебни методики и процедури задължително се отразяват в ИЗ, а физиотерапевтичните и ЛФК процедури във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

„Клиничната пътека дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Хирургия“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицевочелюстна хирургия“, от обхвата на медицинската специалност „Ортопедия и травматология“, осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Ортопедия и травматология“.От обхвата на медицинската специалност "Физикална и рехабилитационна медицина", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина".

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебно заведение за болнична медицинска помощ, което е разкрило в структурате си легла за продължително лечение, обособени в самостоятелна структура или като част от стуктура за активно лечение.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия с разкрити легла за продължително лечение и Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина или Клиника/отделение за продължително лечение с хирургична насоченост и Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина или Клиника/отделение по ортопедия и травматология с разкрити легла за продължително лечение и Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина
2. Клинична лаборатория с II ниво на компетентност - структура на лечебното заведение или по договор с друго лечебно заведение на територията на болницата.
3. Микробиология – структура на лечебното заведение или по договор, намираща се в населеното място или на разстояние до 40 км от лечебното заведение.
4. Структура по образна диагностика с рентгенов апарат за скопия и графия.
5. Патоморфологична лаборатория – структура на лечебното заведение или по договор, намираща се в рамките на административната област.

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

двама лекари със специалност хирургия и
лекар с придобита медицинска специалност по Физикална и рехабилитационна медицина;
или
двама лекари със специалност ортопедия и травматология и
лекар с придобита медицинска специалност по Физикална и рехабилитационна медицина;
лекар със специалност по клинична лаборатория; - лекар със специалност по образна диагностика.

При разкрита клиника/отделение за продължително лечение в лечебното заведение, в същото лечебно заведение е необходимо да работят и четирима лекари със специалност хирургия или трима лекари със специалност ортопедия и травматология при задължителното наличие в двата случая и на структура по ФТР първо ниво на компетентност и лекар с придобита медицинска специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична алергология.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Продължителното лечение е медицинска помощ, предоставяна на лежащо болни пациенти след острата фаза на заболявания и състояния с цел стабилизиране на постигнатия ефект от болничното лечение.

Пациентът се хоспитализира в ЛЗ с „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7) и епикриза от изпращащото лечебно заведение, в която изрично е посочена клиничната пътека, по която е отчетен пациентът в предишното лечебно заведение.

Дейностите и услугите в обхвата на клиничната пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

А. Продължително лечение и проследяване на състоянието на пациенти непосредствено след проведено активно лечение, при които:

е осъществена хирургична интервенция с голям или много голям обем и сложност, съгласно утвърдените медицински стандарти по съответните специалности;

окончателната диагноза е уточнена;

заболяването е след острата си фаза, но процесът на лечение не е приключил;

има остатъчни явления, представляващи проблеми за здравето и чието разрешаване не може да се осъществи в домашни условия;

в постоперативния период са се появили усложнения, които са пречка пациентите да се лекуват в домашни условия;

състоянието на пациента не е застрашено с морфологични и функционални увреждания на жизнено важни органи и системи;

жизнените параметри и лабораторните показатели показват тенденция към подобряване;

Б. Физикална терапия и рехабилитация по индивидуална рехабилитационна програма.

Датата на хоспитализация е предварително съгласувана между лечебните заведения – изпращащото и приемащото. Това се вписва в медицинската документация – в епикризата от изпращащото ЛЗ.

Пациентът се хоспитализира само, ако има изготвена епикириза от изпращащото ЛЗ със задължително вписана в нея клиничната пътека (КП), по която пациентът е вече отчетен. В епикризата се вписват задължително и препоръки за лечението и медицинските грижи за пациента в периода на долекуване, както и такива, касаещи постоперативната грижа за пациента.

Медицинският транспорт на пациентите се осигурява от лечебните заведения – приемащото и /или изпращащото.

5б). ДИАГНОСТИЧНО- ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Клиничното поведение за лечението е съобразено с препоръките на изпращащото лечебно заведение и с конкретното състояние на всеки пациент.

Диагностично-лечебният алгоритъм е съобразен със състоянието на пациента и приложените до този момент диагностично-лечебни процедури.

На пациента се осигуяват необходимите дейности и грижи, посочени по-горе - в таблица „Кодове на основни процедури“.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

Медицински критерии за дехоспитализация:

Изпълняват се задължително медицинските критерии, посочени в КП, отчетена от изпращащото ЛЗ, а именно:

- спокойна оперативна рана;
- стабилизирано соматично и неврологично състояние.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“ (бл. МЗ - НЗОК № 7).

2.ЕПИКРИЗАТА ОТ ИЗПРАЩАЩОТО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ПРИКРЕПВА КЪМ ИЗ.

В епикризата изрично е посочена клиничната пътека, по която е отчетен случаят от изпращащото ЛЗ.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

4. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7);
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

5. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Долекуване след коремни операции

След всякакъв вид коремни операции лекуващият лекар дава напътствия и съвети за долекуване с цел по-бързото и безпроблемно възстановяване. Те зависят от типа на операцията и са строго индивидуални. Въпреки това има няколко неща, които се налага да бъдат проследявани в болнична обстановка при всеки опериран:

- дренажи - поставени в телесните кухини, тръбните дренажи служат за отвеждане на секрети извън тялото с цел недопускане на усложнения. В някои от случаите се налага проследяване на количеството секреция, отделено за 24 часа, промивка на дренажа с превръзка на раната, както и контролни лабораторни изследвания. Вичко това може да се извършва в структурите за долекуване на лечебните заведения за болнична помощ
- вторично зарастващи оперативни рани - най-често след операции по повод перитонит. В тези случаи в хода на активното лечение коремната стена се оставя с лапаростома, която след приключване на фазата на активно лечение изисква продължителни грижи за окончателно зарастване на раната.
- раздвижване и рехабилитация - един от проблемите за възстановяване е залежаването. Активното раздвижване под контрола на квалифициран медицински персонал спомага за по-бързото възстановяване.
- назначаване на хигиенно-диетичен режим при изписването.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение за долекуване и ранна рехабилитация след хирургично лечение с остатъчни проблеми за здравето крие риск от недостатъчно и ефективно лечение и своевременна и адекватна рехабилитация с оглед по-доброто ранно възстановяване след преживените хирургични интервенции. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с хирург или ортопед от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяка манипулация.

Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание или речеви нарушения), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

Всяка оперативна намеса в човешкото тяло изисква както предварителна подготовка, така и следоперативно следене.

КП № 257 ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ, РЕХАБИЛИТАЦИЯ И СПЕЦИАЛИЗИРАНИ ГРИЖИ ПРИ ПЕРСИСТИРАЩО/ХРОНИЧНО/ ВЕГЕТАТИВНО СЪСТОЯНИЕ

1.Минимален болничен престой – 7 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури
Не включва: консултации (Z70—Z71)

Z50.8 Лечение, включващо други видове рехабилитационни процедури

R40.2 Кома с неустановен произход
(кома по Глазгоу кома скала - GCS)

Последици от травми на главата
T90.5 Последици от вътречерепна травма
Последици от травми, класифицирани в рубриката S06.7 Вътречерепна травма – вегетативно състояние с продължително коматозно състояние

Код **Z50.8** се използва задължително като водеща диагноза, за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние, обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва да бъдат посочени съответното остатъчно състояние последвано от причината.

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ИТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1820 Физиологична оценка

96019-00 Биомеханична оценка
Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване)
Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност)
Мобилност/анализ на походка
Мускулоскелетна оценка
Оценка на стоежа
Не включва: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822])
обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96159-00 Обем на движение/тестване на мускул със специализирана техника
Изокинетично тестване

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

92210-00 Антропометрия (мензурация)
96037-00 Друга оценка, консултация или оценяване

1974 Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош
Включва: бронх
диафрагма

сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

1932 Изследвания на урината

91920-12 Химично изследване на урина
pH
Белтък
Билирубин
Уробилиноген
Глюкоза
Кетони
Относително тегло – по преценка на лекуващия лекар
Нитрити– по преценка на лекуващия лекар
Левкоцити
Кръв

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]
Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1850 Мониторинг на съдово налягане

11600-03 Мониториране на системно артериално налягане

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения
96061-02 Механотерапия
96061-01 Позиционна терапия

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

90531-00 Тракция, некласифицирана другаде

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура } на става БДУ
Освобождаване или разтягане }
Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо

96174-01 Стречинг на мускул или сухожилие

96174-02 Стречинг на фасция

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

92178-00 Топлинна терапия
Хипертермична терапия

Включва: терапевтично поведение с използване на:
- загряващи превръзки
- инфрачервено облъчване
- микровълни
- къси вълни
- парафин

Забележка: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстра-корпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана като допъл-нение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирана от микровълни, ултразвук, ниско-енергийни радиочестотно провеждане или сонди.

Кодирай също когато е направена:
- химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)
- радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация)
термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна)
термокератопластика (90064 [173])
термосклеректомия (42746-03 [191])
термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])

96149-00 Лечение с нискочестотни токове

96149-01 Лечение със средночестотни токове

96149-03 Лечение с нискочестотно магнитно поле

96155-00 Стимулираща терапия, некласифицирана другаде
Лечение с терапевтичен лазер БДУ

Включва: електрическа невромускулна нервна стимулация [EMS]
функционална електростимулация [FES]
интерферентна терапия [IFT]
транскутанна електрическа нервна стимулация [TENS]

Забележка: Терапевтичното приложение на устройство (електрическо, лазер или ултразвук), който засилва или индуцира функционална активност в телесна част с цел подпомагане оздравяването и намаляване на болката

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96161-00 Фототерапия, мека тъкан
Ултравиолетова терапия на меки тъкани

96160-00 Фототерапия, става
Ултравиолетова терапия на става

1611 Друга фототерапия на кожа

90677-00 Друга фототерапия, кожа
Фототерапия на новородено БДУ

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Не включва: поставяне на превръзка на:
- изгаряне (виж блок [1600])
- рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

1920 Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант

Виж допълнителни знаци

Кодирай също когато е направена:
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент
Приложение на фармакологичен агент през отвор
Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент
Йонофореза
Топично } приложение на фармакологичен агент
Трансдермално }

Не включва: приложение на фармакологичен агент през устата (96203 [1920]

96200-06 Подкожно приложение на фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-06 Интравенозно приложение на фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент

96199-03 Интравенозно приложение на фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-03 Мускулно приложение на фармакологичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент

Кодирай също когато е направена:
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени една основна диагностична процедура (двукратно - при приемане и преди изписване от лечебното заведение) и три основни физиотерапевтични процедури дневно, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**
Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностично лечебни методики и процедури задължително се отразяват в ИЗ, а физиотерапевтичните и ЛФК процедури във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Физикална и рехабилитационна медицина", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина"

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клинична лаборатория
2. Образна диагностика - рентгенов апарат за графия

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

Основен екип

- най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

Допълнителен екип - допуска се да се разкрие поотделно на функционален или на договорен принцип от ръководителя на лечебното заведение:

лекар със специалност по неврология;
лекар със специалност по вътрешни болести
социален работник (препоръчителен)
мед.специалист по диетично хранене (препоръчителен)

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

Основен екип

- най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

Допълнителен екип - допуска се да се разкрие поотделно на функционален или на договорен принцип от ръководителя на лечебното заведение:

лекар със специалност по неврология ;
лекар със специалност по детски болести;
социален работник (препоръчителен)
мед.специалист по диетично хранене (препоръчителен)

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Договор с МБАЛ за осигуряване хоспитализация на пациентите при възникване на усложнения в хода на физиотерапевтичното лечение. Договорът следва да се поддържа актуален.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. Физикална терапия, рехабилитация и специализирани грижи при:

1.1.1. Пациенти с доказано персистиращо/хронично/вегетативно състояние, преминали периода на активно лечение и долекуване в лечебни заведения - изпълнители на болнична помощ, при които са изчерпани възможностите на активното лечение на основното заболяване, усложненията и придружаващите заболявания за извеждане на пациента от коматозното състояние;

1.1.2. Пациентът е напълно зависим, с нарушено съзнание и се нуждае от непрекъснато обслужване при всички ситуации;

1.1.3. Пациентът е с данни за стабилни хемодинамика и дихателна функция (адекватно спонтанно дишане); с компенсирана сърдечна, бъбречна и чернодробна функция или до I стадий на сърдечна, бъбречна и чернодробна недостатъчност, без данни за или с компенсиран анемичен синдром; без нарушения в кръвосъсирването; с възможност за приемане на течно-кашава храна; без нестабилни фрактури на крайници и гръбначния стълб, без необходимост от хирургична обработка на декубитални рани, без данни за активно възпаление на различни органи и системи; без необходимост от парентерално хранене и други усложнения, изискващи активно лечение и консултации на лекари - специалисти по хирургия, анестезиология и др.

Пациентът постъпва с параклинични изследвания, включващи ПКК, биохимични изследвания (йонограма, билирубин, урея, креатинин, общ белтък, чернодробни показатели) - направени до 7 дни преди хоспитализацията.

Пациентът се хоспитализира в ЛЗ за физикална терапия и специализирани здравни грижи само при наличието на медицинска документация, в която е наличен запис на състоянието му; копия от медицинските документи от престоя във всички лечебни заведения по повод на настоящото

състояние; писмено експертно мнение от лекарски екип (минимум от двама лекари) за необходимостта от физикална терапия и специализирани здравни грижи и препоръки за вида и обема на здравните грижи, които ще се полагат.

1.2. Здравни грижи

1.3. Обучение на близките за осигуряване на грижи в домашна среда.

„Националната здравноосигурителна каса заплаща за лечението на едно ЗОЛ по тази КП до три хоспитализации /с обща продължителност до 21 дни/ за една календарна година за лечение на един пациент.“

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

При приемане на пациента в ЛЗ специалистът по физикална и рехабилитационна медицина прави клиничен преглед с обща оценка на рехабилитационния потенциал и съставя индивидуална рехабилитационна програма, включваща кинезитерапия и други процедури от областта на физикалната и рехабилитационна медицина съобразно състоянието на пациента.

При необходимост, по преценка на лекуващия лекар и съмнение за усложнения се извършват параклинични и образни изследвания и съответни консултации.

Правила за поведение при декубитус

А. Определяне на риска от развитие на декубитус и мерки за профилактика:

- антидекубитален дюшек и/или превръзки;
- честа промяна позицията на тялото;
- добра хигиена на кожата;
- използване на овлажняващи кремове;
- при малнутриция и дехидратация- хидратиране и добавяне на Vit.C и Zinc.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се съобразно представените при приемането медицински документи, в т.ч. епикриза, първичния и текущите прегледи, извършени от лекаря специалист по физикална и рехабилитационна медицина, както и евентуално назначените допълнителни изследвания и проведените консултации.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ

При изписване от болничното лечебно заведение на пациента се дава епикриза, включваща функционалния статус, обем на извършените процедури с резултати от проведеното лечение и препоръки.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Изпълнение на диагностичната и плануваните в лечебната програма терапевтични процедури.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на родителя/настойника, отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Мозъкът представлява сложна и високоорганизирана материя, която осъществява контрол над функциите на целия организъм. Съзнанието е висша дейност на мозъчната кора и неговата качествена изява, зависи от състоянието на кръвоснабдяване и кислородна доставка към мозъчната кора.

Будна кома (***Хронично вегетативно състояние)*** е състояние, което се характеризира с потискане на всички съзнателни функции. Отворените очи създават впечатление, че съзнанието е запазено. Може да има и опит за проследяване с очи, за издаване на звукове. Пациентът е без емоционални реакции и не изпълнява команди. Мускулният тонус е повишен. Могат да се наблюдават примитивни защитни движения и мимики. Резултат е на прекарана мозъчна аноксия (липса на снабдяване с кислород на мозъчната кора) с последващи тежки структурни увреждания на кората на главния мозък. Болните могат да живеят дълго време при адекватни грижи, но без да възстановят висшите си психични функции и без да имат смислени поведенчески реакции, които да доказват, че са в съзнание. Словесният контакт с тях е невъзможен. Диагноза хронично вегетативно състояние се поставя, когато са преминали 6 месеца (при тежка черепно-мозъчна травма - 3 месеца) от началото на заболяването.

Физикалното лечение и рехабилитация е само част от общите специализирани грижи, от които се нуждаят пациентите в хронично вегетативно състояние

При пациентите в кома след проведеното активно лечение и извършени изследвания в отделение за интензивно лечение идва момент, когато активното терапевтично поведение при някои пациенти завършва и всички мерки за възстановяване на индивида се свеждат до общи грижи: сондово хранене, активни аспирации, тоалет на дихателните пътища, промени на положението в леглото (позиционна терапия, дренажни дихателни позиции, трениране на ортостатичните реакции и др.). Прилагат се пасивна кинезитерапия за пасивно поддържане по възможност на обема на движение в ставите и оформянето на тежки ставни контрактури, както и преформирани физикални фактори за повлияване на трофичните нарушения и декубитални рани, които не се нуждаят от хирургична обработка.

По време на кома артериалното налягане трябва да се поддържа в нормални граници за възрастта. Поради безсъзнателното състояние пациентът е с уретрален катетър, който се поставя в пикочния мехур, за да се елиминира събраната урина.

Име.....Презиме.....Фамилия.....

Роднинска връзка.....

Дата.....Подпис.....

КП № 258 ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ РОДОВА ТРАВМА НА ЦЕНТРАЛНА НЕРВНА СИСТЕМА

1.Болничен престой - 10 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури
Не включва: консултации (Z70—Z71)

Z50.8 **Лечение, включващо други видове рехабилитационни процедури**
Обучение за начини на самообслужване, НКД
F 82 Специфично разстройство в развитието на двигателните функции.

Вътречерепно разкъсване и кръвоизлив, причинени от родова травма
Не включва: вътречерепен кръвоизлив на плода и новороденото:
- БДУ (P52.9)
- обусловен от аноксия или хипоксия (P52.—)

P10.0 Субдурален кръвоизлив при родова травма

Субдурален хематом (локализиран) при родова травма

Не включва: субдурален кръвоизлив при разкъсване на малкомозъчната обвивка (тенториум) (P10.4)

P10.1 Мозъчен кръвоизлив при родова травма

P10.2 Интравентрикуларен кръвоизлив при родова травма

P10.3 Субарахноидален кръвоизлив при родова травма

P10.4 Разкъсване на тенториума при родова травма

P10.8 Други вътречерепни разкъсвания и кръвоизливи при родова травма

P10.9 Вътречерепни разкъсвания и кръвоизливи при родова травма, неуточнени

Вътречерепен нетравматичен кръвоизлив у плода и новороденото
Включва: вътречерепен кръвоизлив, дължащ се на аноксия или хипоксия
Не включва: вътречерепен кръвоизлив, причинен от:
- родова травма (P10.—)
- травма на майката (P00.5)
- друа травма (S06.—)

P52.0 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив I степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив (без разпространение в латералния вентрикул)

P52.1 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив II степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул

P52.2 Интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив III степен у плода и новороденото

Субепендимен кръвоизлив с разпространение в латералния вентрикул и мозъчния паренхим

P52.3 Неуточнен интравентрикуларен (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото

P52.4 Вътремозъчен кръвоизлив (нетравматичен) у плода и новороденото

P52.5 Субарахноидален (нетравматичен) кръвоизлив у плода и новороденото

P52.6 Кръвоизлив в малкия мозък и задната черепна ямка (нетравматичен) у плода и новороденото

P52.8 Други вътречерепни (нетравматични) кръвоизливи у плода и новороденото

P90 Неонатални гърчове (с-м на Уест)

Нарушения на мускулния тонус у новороденото

P94.0 Тежка преходна неонатална миастения
Не включва: тежка миастения (G70.0)

P94.1 Вроден хипертонус

P94.2 Вроден хипотонус
Неспецифичен синдром на "вялото" бебе

P94.8 Други нарушения на мускулния тонус на новородено

P94.9 Нарушение на мускулния тонус на новородено, неуточнен

Код Z50.8 се използва задължително като водеща диагноза за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва да бъдат посочени съответното остатъчно състояние, последвано от причината.

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1820 Физиологична оценка

96192-00 Функционална оценка

96019-00 Биомеханична оценка
Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване)
Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност)
Мобилност/анализ на походка
Мускулоскелетна оценка
Оценка на стоежа
Не включва: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822])
обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

96037-00 Друга оценка, консултация или оценяване
Оценка }
Консултация }
Оценяване } БДУ
Интервю }

92210-00 Антропометрия (мензурация)
96037-00 Друга оценка, консултация или оценяване

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1908 Други терапевтични интервенции

96162-00 Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде
Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, проникване или седираща терапия

Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:

• акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката

• разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани

Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905])
масаж:

• сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
• простата (92131-00 [1904])
• ректум (92094-00 [1899])

96061-03 Аналитична лечебна физкултура

96061-01 Позиционна терапия

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96149-00 Лечение с нискочестотни токове

96149-01 Лечение със средночестотни токове

96149-02 Лечение с високочестотни токове

96149-03 Лечение с нискочестотно магнитно поле

96155-00 Стимулираща терапия, некласифицирана другаде
Лечение с терапевтичен лазер БДУ

Включва: електрическа невромускулна нервна стимулация [EMS]
функционална електростимулация [FES]
интерферентна терапия [IFT]
транскутанна електрическа нервна стимулация [TENS]

Забележка: Терапевтичното приложение на устройство (електрическо, лазер или ултразвук), който засилва или индуцира функционална активност в телесна част с цел подпомагане оздравяването и намаляване на болката

96152-00 Биофиидбек

Забележка: Процес,чрез който физиологичната активност на клиента може да бъде превърната в електрически сигнали на зрителна и слухова системи. Примери за видове биологичен фиидбек, които могат да се посочат, включват информация за промени на кожна температура, мускулен тонус, сърдечносъдова дейност, кръвно налягане и вълни на мозъчна активност

1974 Обучение на умения, свързани с глас, реч, умение на езика и комуникация

96134-00 Умения за обучение на гласа

1871 Интервенции за хранително подпомагане

Включва: оценка или преглед за толерантност/прогрес на клиент към диетичен прием

Забележка: Интервенции,подпомагащи правилен диетичен прием и асимилиране на хранителни съставки за правилно телесно функциониране и поддържане на здравето

Не включва: подпомагане с хранителен прием (96163-00 [1914])
хранителен/диетичен:

• само оценка (96026-00 [1822])
• консултиране, обучение (96067-00 [1867])
трениране на умения в:
• хранителен прием (96140-00 [1878])
• подготовка на храна (96143-00 [1878])
• закупуване на храна (96143-00 [1878])
96096-00 Подпомагане на орално хранене

1878 Умения за лична хигиена и други ежедневни дейности / независим живот

Включва: оценка на прогреса
96142-00 Обучение на умения в използване на подпомагащи или адаптиращи устройство, помощни средства или оборудване
Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

1888 Хипербарна кислородна терапия

Хипербарна оксигенация
Включва: 100% оксигенация
тази при рана

13020-00 Хипербарна кислородна терапия, > 90 минути и ≤ 3 часа

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени една основна диагностична (двукратно - при приемане и преди изписване от лечебното заведение) и две основни различни терапевтични процедури дневно, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностично лечебни методики и процедури задължително се отразяват в ИЗ, а физиотерапевтичните и ЛФК процедури във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Физикална и рехабилитационна медицина", осъществявана най-малко на **второ ниво** на компетентност, съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина"

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина

В случаи с развито едно направление на специалността или профилиране по нозология/и, свързано с профила на болницата структурата може да бъде оборудвана само със съответната по вид апаратура.

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Физикална терапия и рехабилитация на пациенти с родова травма на централната нервна система при:

образни данни (ултразвукови или КТ, или МРТ) за вътремозъчен кръвоизлив с различна топика и характер;

деца до 18 месеца с изоставане в двигателното развитие повече от 3 месеца;

деца с асиметрия на движенията и мускулен тонус с едностранна изразеност за горни и долни крайници.

ИЗГОТВЯНЕ НА ГОДИШЕН ПЛАН за терапевтично поведение за подобряване на пациенти с определяне на броя и продължителността на последващите болнични престои.

ОБУЧЕНИЕ НА РОДИТЕЛИТЕ/БЛИЗКИТЕ КАТО КОТЕРАПЕВТИ в сферата на двигателен дефицит за продължаване на рехабилитационния режим в домашна обстановка по инструкции.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Всяка нова хоспитализация при РТ на ЦНС, която отговаря на някоя от индикациите за хоспитализация се отчита като нова клинична пътека.

Допускат се до 12 повторни хоспитализации в рамките на една година при деца с РТ на ЦНС, но не повече от един път за един отчетен период.

При деца от 0 до 18 месеца

Специализирана кинезитерапия (невро-развойни методики по Бобат и/или Войта), сензорно-интеграционна терапия (при необходимост), магнитно поле, електростимулации, хранителна и/или говорна терапия (при необходимост) медикаментозно лечение – антиепилептика (по преценка на лекаря специалист) и психостимуланти (при деца със забавена или липсваща идеомоторика).

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

В периода след раждане се поставя диагноза родова травма на централна нервна система (РТЦНС) (съвместно с диагнозата “Специфично разстройство в развитието на двигателните функции (F82 по МКБ10) и “централно координационно смущение от 1 до 4 степен със спастична, атетоидна, атаксична, хипотонична или друга заплашеност), кореспондиращи с риска от развитие и фиксиране на диагнозата “детска церебрална парализа”.

ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

1. Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на:

– обективни данни подобряване на двигателните умения, сравнени спрямо отговарящите на съответната му календарна възраст;

– изготвен годишен план за терапевтично поведение - подобряване или поддържане на достигнатите двигателни функции, в зависимост от възрастта на детето и тежестта на РТЦНС;

– проведено обучение на родителите като котерапевти.

2. Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

- контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
- продължаване на лечението в извънболнични или домашни условия;
- необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89), която е неразделна част от ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

"История на заболяването";

част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Родовата травма на централна нервна система (РТЦНС) включва състояния като хипоксия на плода и новороденото (хипоксично-исхемичната енцефалопатия) и вътречерепната мозъчна травма (вътречерепни мозъчни кръвоизливи – субдурални, субарахноидални, интравентрикуларни, субепендимни, множествени).

Предразположени към РТЦНС са новородени деца с: недоносеност, ниско тегло за възрастта, асфиксия, тежка жълтеница, оценка по Апгар на 1ва мин. под 5, мозъчен оток, нарушено маточно-плацентарно кръвообращение от други причини.

РТЦНС е преходно състояние. След овладяване на животозастрашаващото състояние на новороденото и изписването му от интензивна структура на отделението за новородени, то трябва да бъде насочено за проследяване на двигателното му развитие и хранителните му способности от лекар-специалист по физикална и рехабилитационна медицина (ФРМ) или детски невролог.

Най-отговорен е процесът на ранната диагностика още в първото тримесечие и включването на адекватна комплексна рехабилитация. При закъснение на рехабилитацията често пъти се стига до развитие на Детска Церебрална Парализа (ДЦП), която обрича детето на различни по тежест и форма инвалидности. Забавянето на диагностиката и съответната поливалентна рехабилитация,

води след себе си до значително оскъпяване на последващата рехабилитационна програма при ДЦП, както и до влошаване на прогнозата за пълното двигателно възстановяване на детето.

В този ранен етап от развитието на новороденото, лекарят специалист по ФМР е ключова фигура (“мениджър”), като организира и определя процеса на комплексната, поливалентна и етапна рехабилитация. Той ръководи екип от специалисти, като осигурява сътрудничеството помежду им и организира режима на детето съответно с неговия рехабилитационен потенциал и последователността на съответните медицински и немедицински процедури. Рехабилитационните дейности са насочени към стимулиране на мозъчния метаболизъм и кръвоток, активиране и координиране на общата двигателната активност и автоматизиране на хранителните процеси.

Болничното лечение осигурява комплексност, поливалентност и етапност в рехабилитацията на РТЦНС, което се реализира чрез екип от специалисти определящи единна тактика (близки цели) и стратегия (далечни цели), съобразени с календарната и моторна възраст на детето, което определя и ефективността на провежданата рехабилитация.

Болничното лечение създава реални условия за снижаване процента на тежка инвалидизация на тези деца, като им се дава възможност за пълно излекуване.

КП № 259
ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ РОДОВА ТРАВМА НА ПЕРИФЕРНА НЕРВНА СИСТЕМА

1.Болничен престой - 10 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури
Не включва: консултации (Z70—Z71)

Z50.8 Лечение, включващо други видове рехабилитационни процедури
Обучение за начини на самообслужване, НКД

Родова травма на периферната нервна система

P14.0 Парализа на Erb при родова травма

P14.1 Парализа на Klumpke при родова травма

P14.2 Парализа на диафрагмалния нерв при родова травма

P14.3 Други родови травми на раменния сплит

P14.8 Родови травми на други отдели на периферната нервна система
***Включва*:** n. facialis;
Paraparesis flacida pro Spina bifida

Код Z50.8 се използва задължително като водеща диагноза за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва да бъдат посочени съответното остатъчно състояние, последвано от причината.

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1820 Физиологична оценка

96192-00 Функционална оценка

96019-00 Биомеханична оценка
Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване)
Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност)
Мобилност/анализ на походка
Мускулоскелетна оценка
Оценка на стоежа

Не включва: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822])
обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

96037-00 Друга оценка, консултация или оценяване

Оценка }
Консултация }
Оценяване } БДУ
Интервю }

96019-00 Биомеханична оценка

Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване)
Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност)
Мобилност/анализ на походка
Мускулоскелетна оценка
Оценка на стоежа

Не включва: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822])

обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96159-00 Обем на движение/тестване на мускул със специализирана техника Изокинетично тестване

1866 Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91906-00 Измерване дължина на крайник

1822 Оценка на лична грижа и други дейности на ежедневен\независим живот

96021-00 Оценка на грижите за себе си

Оценка на ежедневни умения и дейности Оценка на:

къпане/душ
миене на зъби
обличане [дрехи]
хранене
изхранване
функционална комуникация
чистене
мобилност в средата
тоалет
измиване на косата

Не включва: оценка на:
стареене (96023-00 [1824])
хранителен прием (диетичен) (калоричен) (96026-00 [1822])
поддържане на здравето и възстановяване (96022-00 [1822]); поддържане на дома (96028-00 [1822])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения

96061-01 Позиционна терапия

96061-02 Механотерапия

96061-03 Аналитична лечебна физкултура

96193-00 Упражнения срещу съпротива

96162-00 Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде

Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана

Точково стимулиране, прониквaне или седираща терапия

Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:

акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката

разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани

Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905]) масаж:

сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])

простата (92131-00 [1904])

ректум (92094-00 [1899])

1876 Умения, придобити по време на движение

96129-00 Терапия с упражнение, цяло тяло

Двигателна терапия БДУ

Обща двигателна терапия като гимнастически групи, плуване

96130-00 Умения за обучение в дейности, свързани с положение на тялото\мобилност\движение

Разходка и тренинг на походка

Тренинг на движение и позициониране на тялото като:

движения в леглото

извиване

обръщане

лягане до сядане

седнал до изправяне

баланс при седнало положение

сядане извън леглото

клякане

баланс при изправено положение

изправяне

Поддържане на стойка

Трениране умения в методи за подобряване осъзнаване на интегрирано движение напр.метод на Feldenkrais, Tai Chi, Yoga

Не включва: двигателна терапия (96115 to 96129 [1876]) тези, където главната цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

92178-00 Топлинна терапия

Хипертермична терапия

Включва: терапевтично поведение с използване на:
загряващи превръзки
инфрачервено облъчване
микровълни
къси вълни
парафин

Забележка: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстра-корпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана като допъл-нение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирана от микровълни, ултразвук, ниско-енергийни радиочестотно провеждане или сонди.

Кодирай също когато е направена:
химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)
радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация) термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация,

радиочестотна) термокератопластика (90064 [173])
термосклеректомия (42746-03 [191])
термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])

96149-00 Лечение с нискочестотни токове

96149-03 Лечение с нискочестотно магнитно поле

96155-00 Стимулираща терапия, некласифицирана другаде
Лечение с терапевтичен лазер БДУ

Включва: електрическа невромускулна нервна стимулация [EMS]
функционална електростимулация [FES] интерферентна терапия [IFT]
транскутанна електрическа нервна стимулация [TENS]

Забележка: Терапевтичното приложение на устройство (електрическо, лазер или ултразвук), който засилва или индуцира функционална активност в телесна част с цел подпомагане оздравяването и намаляване на болката

1879 Тренинг на други умения

Включва: оценка на прогреса

96151-00 Тренинг на други умения
Тренинг за шофьор
Тренинг за умения БДУ

1888 Хипербарна **кислородна терапия**

Хипербарна оксигенация

Включва: 100% оксигенация тази
при рана

13020-00 Хипербарна кислородна терапия, > 90 минути и ≤ 3 часа

1920 Приложение на фармакотерапия

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Приложение на фармакологичен агент през отвор
Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент
Йонофореза
Топично }
Трансдермално } приложение на фармакологичен агент
Не включва: приложение на фармакологичен агент през устата (96203 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (двукратно - при приемане и преди изписване от лечебното заведение) и три основни различни терапевтични процедури дневно, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура **91.92 (92191-00 или 92191-01) се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностично лечебни методики и процедури задължително се отразяват в ИЗ, а физиотерапевтичните и ЛФК процедури във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. <u>УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност Физикална и рехабилитационна медицина, осъществявана най-малко на **второ ниво** на компетентност съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина".

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина

В случаи с развито едно направление на специалността или профилиране по нозология/и, свързано с профила на болницата, структурата може да бъде оборудвана само със съответната по вид апаратура.

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Физикална терапия и рехабилитация на пациенти с родова травма на периферната нервна система при:

-при новородени с акинезия на единия горен крайник;

-при новородени с клинични белези за асиметрия на спонтанната и провокираната двигателна активност на мускулатурата на раменния пояс;

-при деца от 6 до 12 месеца с ЕМГ данни за увреда на периферен двигателен неврон;

-при деца до 18 месеца с изоставане в двигателното развитие на единия горен крайник;

-изоставане в двигателното развитие на грубата и фината моторика на горен крайник над 3 месеца;

-изразени тонусови отклонения в мускулите на горен крайник;

-намалена сила и обем на активни движения;

-намалени по обем пасивни движения, контрактури и хипотрофия на горен крайник.

ИЗГОТВЯНЕ НА ГОДИШЕН ПЛАН за терапевтично поведение за подобряване на пациенти с определяне на броя и продължителността на последващите болнични престои.

ОБУЧЕНИЕ НА РОДИТЕЛИТЕ/БЛИЗКИТЕ КАТО КОТЕРАПЕВТИ в сферата на двигателен дефицит за продължаване на рехабилитационния режим в домашна обстановка по инструкции.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При деца от 0 до 24 мес.

Всяка нова хоспитализация при кърмачета с родова травма на периферна нервна система (РТПНС), която отговаря на някои от индикациите за хоспитализация, се отчита като нова клинична пътека.

Допускат се общо до 12 хоспитализации за една година в периода на НРД, но не повече от един пъти за един отчетен период.

Специализирана кинезитерапия (невро-развойни методики по Бобат и/или Войта), сензорно-интеграционна терапия (при необходимост), магнитно поле, галванизация и електрофореза; електростимулации - за вяла мускулатура при ММТ 0 или 1; медикаментозно лечение - по преценка.

При деца от 2 до 5 години.

Нова хоспитализация при деца с родова травма на периферна нервна система (РТПНС), която отговаря на някои от индикациите за хоспитализация, се отчита като нова клинична пътека на всеки три месеца.

Допускат се общо до 4 хоспитализации за една година в периода на НРД. Специализирана кинезитерапия (невро-развойни методики по Бобат и/или Войта), сензорноинтеграционна терапия (при необходимост), пасивни движения, масаж, електрофореза; електростимулации - за вяла мускулатура при ММТ 0 или 1; термотерапия; медикаментозно лечение - по преценка.

При деца от 5 до 18 години.

Нова хоспитализация при деца с родова травма на периферна нервна система (РТПНС), която отговаря на някои от индикациите за хоспитализация, се отчита като нова клинична пътека на всеки 6 месеца.

Допускат се общо до 2 хоспитализации за една година в периода на НРД и един път за едно шестмесечие в рамките на цитираната възраст.

Специализирана кинезитерапия (методики срещу съпротивление), аналитична кинезитерапия, пасивни движения, масаж, механотерапия, електрофореза; електростимулации - за вяла мускулатура при ММТ 0 или 1; термотерапия.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

В периода на навършване на 12м. съобразно с клиничната находка и резултатите от моторните тестове и ЕМГ (след 6м. възраст на новороденото) се поставя окончателната диагноза.

ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на:

обективни данни за подобряване на двигателните умения, сравнени спрямо отговарящите на съответната му календарна възраст;

изготвен годишен план за терапевтично поведение - подобряване или поддържане на достигнатите двигателни функции, в зависимост от възрастта на детето и тежестта на РТПНС;

проведено обучение на родителите като котерапевти.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;

продължаване на лечението в извънболнични или домашни условия;

необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89), която е неразделна част от ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

"История на заболяването";

част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ

Родовата травма на периферната нервна система (РТПНС) включва заболявания като: родово-травматично увреждане на раменният сплит (т.н. "акушерска парализа"), родова пареза на диафрагмата, родово-травматично увреждане на лицевия нерв, родовотравматично увреждане на други периферни нерви (радиален, седалищен).

Най-често срещаното от горецитираните РТПНС е **родово-травматичното увреждане на раменният сплит** (т.н. "акушерска пареза"), която като правило се явява при патологично протекло раждане, вследствие на голям плод, тесни родови пътища, при тазово или краково предлежание или при изпадане на ръката напред. Степента на поражение на нервите на раменния сплит може да бъде различна – от леко разтягане на нерва и оток до пълното прекъсване на нерва, откъсване на коренчето от гръбначния мозък или травма на гръбначния мозък, като типа на увреда може да бъде: горен, горен и среден, долен или тотален.

След изписването на детето от отделението за новородени, ако все още е налице асиметрия в движението на ръцете, то трябва да бъде насочено към лекар-специалист по физикална и рехабилитационна медицина (ФРМ).

Ранната диагностика и рехабилитация, още в първите дни от развитието на детето, е изключително важна, за максималното възстановяване на движенията на засегнатата ръка. Забавянето на диагнозата и на съответната рехабилитация води след себе си до значително оскъпяване на последващата рехабилитационна програма, както и влошаване на прогнозата за пълното двигателно възстановяване на ръката.

В този ранен етап от развитието на новороденото, лекарят специалист по ФМР е ключова фигура (“мениджър”), като организира и определя процеса на комплексната, поливалентна и етапна рехабилитация. Той ръководи екип от специалисти, като осигурява сътрудничеството помежду им и организира режима на детето съответно с неговия рехабилитационен потенциал и последователността на съответните медицински и немедицински процедури.

Рехабилитационните дейности са насочени към стимулиране на двигателната активност на увредената ръка на кърмачето.

Болничното лечение осигурява комплексност, поливалентност и етапност в рехабилитацията на РТПНС, което се реализира чрез екип от специалисти определящи единна тактика (близки цели) и стратегия (далечни цели), съобразени с календарната и моторна възраст на детето, което определя и ефективността на провежданата рехабилитация.

Болничното лечение създава реални условия за снижаване процента на тежка инвалидизация на тези деца, като им се дава възможност за пълно излекуване.

КП № 260.1 ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ДЕТСКА ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА

1.Болничен престой - 10 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури
Не включва: консултации (Z70—Z71)
Z50.8 Лечение, включващо други видове рехабилитационни процедури
Обучение за начини на самообслужване, НКД

Детска церебрална парализа
Включва: болест на Little
Не включва: наследствена спастична параплегия (G11.4)
G80.0 Спастична церебрална парализа
Вродена спастична парализа (церебрална)
G80.1 Спастична диплегия
G80.2 Детска хемиплегия
G80.3 Дискинетична церебрална парализа
Атетоидна церебрална парализа
G80.4 Атактична церебрална парализа
G80.8 Друга детска церебрална парализа
Смесени синдроми на церебрална парализа
G80.9 Друга детска церебрална парализа, неуточнена
Церебрална парализа БДУ

Забележка: Код Z50.8 се използва задължително като водеща диагноза за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние, обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва да бъдат посочени съответното остатъчно състояние, последвано от причината.

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1820 Физиологична оценка

Забележка: Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други физикални тестове

Не включва: такава, които са част от:
- оценка на стареене (96023-00 [1824])
- тестване на развитие (96184-00 [1824])
- генетична оценка (96035-00 [1824])
- психическа или поведенческа оценка (96175-00 [1823])

96192-00 Функционална оценка

96019-00 Биомеханична оценка
Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване)
Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност)
Мобилност/анализ на походка
Мускулоскелетна оценка
Оценка на стоежа

Не включва: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822])
обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96159-00 Обем на движение/тестване на мускул със специализирана техника
Изокинетично тестване

1866 Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91906-00 Измерване дължина на крайник

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

92210-00 Антропометрия (мензурация)

1822 Оценка на лична грижа и други дейности на ежедневен\независим живот

96021-00 Оценка на грижите за себе си
Оценка на ежедневни умения и дейности
Оценка на:
- къпане/душ
- миене на зъби
- обличане [дрехи]
- хранене
- изхранване
- функционална комуникация
- чистене
- мобилност в средата
- тоалет
- измиване на косата

Не включва: оценка на:
- стареене (96023-00 [1824])
- хранителен прием (диетичен) (калоричен) (96026-00 [1822])
- поддържане на здравето и възстановяване (96022-00 [1822])
- поддържане на дома (96028-00 [1822])

1823 Психична, поведенческа или психосоциална оценка

96175-00 Оценка на психично/поведенческо функциониране
Оценка на познавателната или изпълнителска функция
Оценка на умствените възможности

Забележка: Умствена/или поведенческа оценка може да включи общо оценъчно интервю (диаг-нос-тично) и оценка; психиатрична/психологична/психосоциална/ физиологична история; физикален преглед; (мини) преглед на ментален статус; използване на оценителни въпросници, чеклисти, неврофизиологични/ психолочни/психометрични тестове; и оценки на изхода

Не включва: оценка на познавателна функция като част от тестове за развитие (96184-00 [1824])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук

Не включва: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

1876 Умения, придобити по време на движение

Двигателна терапия
Работа с нарастваща натовареност/трудни условия

Включва: оценка на прогреса

Забележка: Тренинг, включващ умения, изискващи асистиране или наблюдение на клиента при изпълнение на упражнения, с цел подобряване кондицията на тялото, подобряване на здравето или поддържане на форма или като средство за корекция на деформитет или възстановяване на органни и телесни функции до състояние на здраве.

96129-00 Терапия с упражнение, цяло тяло
Двигателна терапия БДУ
Обща двигателна терапия като гимнастически групи, плуване

96130-00 Умения за обучение в дейности, свързани с положение на тялото\мобилност\движение
Разходка и тренинг на походка
Тренинг на движение и позициониране на тялото като:

- движения в леглото
- извиване
- обръщане
- лягане до сядане
- седнал до изправяне
- баланс при седнало положение
- сядане извън леглото
- клякане
- баланс при изправено положение
- изправяне

Поддържане на стойка
Трениране умения в методи за подобряване осъзнаване на интегрирано движение напр.метод на Feldenkrais, Tai Chi, Yoga

Не включва: двигателна терапия (96115 to 96129 [1876])
тези, където главната цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

96131-00 Умения за обучение в дейности,свързани с придвижване
Трениране на умения за придвижване до/от:

- банята
- леглото
- стол
- пода
- душ
- тоалет
- количка

Не включва: такова при влизане и излизане от басейн за хидротерапия (96150-00 [1879])
такова, където главна цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

96121-00 Терапия с упражнения, мускули на ръцете

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Не включва: поставяне на превръзка на:

- изгаряне (виж блок [1600])

• рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

1878 Умения за лична хигиена и други ежедневни дейности / независим живот

96140-00 Обучение на умения в дейности, свързани със самостоятелни грижи/възстановяване
Тренинг на умения в:
• къпане/душ
• миене на зъби
• обличане [дрехи]
• хранене
• изхранване
• хранителен прием [диетичен] [калоричност]
• функционална комуникация
• чистене
• тоалет
• измиване на коса

Не включва: тренинг на умения за:
• дейности за поддържане на здравето (96141-00 [1878])
• домакински дейности (96143-00 [1878])
• придвижване (96130-00 [1876])
• употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

96142-00 Обучение на умения в използване на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Разходка и тренинг на походка във връзка с употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Рехабилитационен тренинг при употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Двигателен тренинг с помощни средства
Тренинг на умения в:
• поставяне на превръзки и бандажи
• системи за поставяне на медикаменти

Забележка: За списък на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване виж[1878])

Обучение за системи за поставяне на медикаменти включва умения и управление в употреба на системи за поставяне на медикаменти като инхалатори с мерителна доза, стимулиращи дишането устройства, небулайзери, трансдермални лекарствени системи и продължителни парентерални инфузии. Също включва подпомагащи помощни средства.

Не включва: имплантиране на кохлеарно протезно устройство (41617-00 [329])
изваждане на кохлеарно протезно устройство (41617-01 [329])

96146-00 Професионални умения и професионално обучение
Тренинг на умения в:
• намиране на работа
• изпълнение на работни задължения
• планиране на пенсиониране
• професионално проучване
• доброволно участие

Не включва: утежняване на работата/условията (виж Азбучен индекс: Обучение, умения, движение)

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96174-01 Стречинг на мускул или сухожилие

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96153-00 Хидротерапия

Забележка: Външната употреба на вода, топла и/или студена, в терапевтично поведение на болест или травма. Използване на влажна топлина и гореща вода помага за успокояване на болката и подобрява циркулацията,

подпомага релаксацията и намалява мускулния спазъм и включва мерки като топли вани, топли превръзки и компреси. Използване на студена вода помага за намаляване на телесната температура, намалява отока и свива кръвоносните съдове и включва мерки като студени превръзки, ледени компреси, студени вани и душ. Специално оборудване като резевоар на Hubbard или вани с джа-кузи са снабдени с устройства,които механично разклащат водата, осигурявайки по този начин фин масаж в допълнение към терапевтичните ефекти на топлината.

Не включва: хидродилатация на пикочен мехур (36827-00 [1108])
хидротубация на фалопиеви тръби (35703-01 [1248], 35703-00 [1258])
тези, които индуцират:
• хипертермия (92178-00 [1880])
• хипотермия (22065-00 [1880])

92178-00 Топлинна терапия
Хипертермична терапия

Включва: терапевтично поведение с използване на:
• загряващи превръзки
• инфрачервено облъчване
• микровълни
• къси вълни
• парафин

Забележка: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстра-корпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана като допъл-нение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирана от микровълни, ултразвук, ниско-енергийни радиочестотно провеждане или сонди.

Кодирай също когато е направена:
• химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)
• радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация)
термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна)
термокератопластика (90064 [173])
термосклеректомия (42746-03 [191])
термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])

96149-00 Лечение с нискочестотни токове

96149-01 Лечение със средночестотни токове

96149-02 Лечение с високочестотни токове

96149-03 Лечение с нискочестотно магнитно поле

96155-00 Стимулираща терапия, некласифицирана другаде
Лечение с терапевтичен лазер БДУ

Включва: електрическа невромускулна нервна стимулация [EMS]
функционална електростимулация [FES]
интерферентна терапия [IFT]
транскутанна електрическа нервна стимулация [TENS]

Забележка: Терапевтичното приложение на устройство (електрическо, лазер или ултразвук), който засилва или индуцира функционална активност в телесна част с цел подпомагане оздравяването и намаляване на болката

22065-00 Студотерапия
Хипотермична терапия
Хипотермия на цяло тяло

Забележка: Използване на студ в терапевтично поведение при болест или травма. Хипотермия може да бъде индуцирана с ледени превръзки или компреси, охлаждащи чаршафи, поставяне в студена вода (вана или ведро) или чрез екстракорпорално охлаждане на кръвта. Хипотермия може да бъде също

индуцирана като предпазна мярка при някои сърдечно-съдови или неврологични хирургични процедури или като допълнение към анестезията при хирургични процедури на крайници.

Не включва: криотерапевтична деструкция на тъкани (виж Индекс: Криотерапия, по локализация)
дълбока хипотермия (22075-00 [642])
стомашна хипотермия (13500-00 [1899])
хипотермична терапия заедно със сърдечен и циркулаторен арест (22075-00 [642])

1874 Обучение на умения, свързани с глас, реч, умение на езика и комуникация

96134-00 Умения за обучение на гласа

1871 Интервенции за хранително подпомагане

Включва: оценка или преглед за толерантност/прогрес на клиент към диетичен прием

Забележка: Интервенции,подпомагащи правилен диетичен прием и асимилиране на хранителни съставки за правилно телесно функциониране и поддържане на здравето

Не включва: подпомагане с хранителен прием (96163-00 [1914])
хранителен/диетичен:
• само оценка (96026-00 [1822])
• консултиране, обучение (96067-00 [1867])
трениране на умения в:
• хранителен прием (96140-00 [1878])
• подготовка на храна (96143-00 [1878])
• закупуване на храна (96143-00 [1878])

96096-00 Подпомагане на орално хранене

1873 Психологическа /психосоциална терапия

Включва: оценка на прогреса

Не включва: биофиидбек (96152-00 [1880])
психосоциално консултиране (виж блок[1868])

96104-00 Музикална терапия
96181-00 Арт терапия

1875 Обучение на умения, свързани с обучение, знание и познание

Включва: оценка на прогреса

Не включва: такива, които са част от тренинг за психологически умения или специфична психотерапия (виж блок [1873])

96110-00 Умения за обучение в дейности, свързани с обучението
Тренинг на умения в:
• аритметика
• четене
• изследователски умения
• писмено изразяване

96112-00 Умения за обучение в дейности, свързани със сензорна\сензомоторна\невросензорна функция
Фин или цялостен тренинг на моторни умения
Познавателна терапия
Терапия за интеграция на усещанията
Тактилна стимулация

Забележка: Интевенции, включващи сензорна стимулация и адаптиране на отговорите към нея, свързани с неврологични нужди. Целта е да се подобрят възможностите на мозъка да преработва и организира усещанията.

96113-00 Умения за обучение в дейности, свързани с памет, ориентация, възприятия или внимание

96114-00 Умения за обучение в дейности, свързани с изпълнителски умения
Тренинг на уменията в:
- креативно мислене
- вземане на решения
- мотивация
- организираност
- планиране
- решаване на проблем

1879 Тренинг на други умения

Включва: оценка на прогреса

96151-00 Тренинг на други умения
Тренинг за шофьор
Тренинг за умения БДУ

1888 Хипербарна кислородна терапия

Хипербарна оксигенация
Включва: 100% оксигенация

13020-00 Хипербарна кислородна терапия, > 90 минути и ≤ 3 часа

1920 Приложение на фармакотерапия

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Приложение на фармакологичен агент през отвор
Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент
Йонофореза
Топично } приложение на фармакологичен агент
Трансдермално } приложение на фармакологичен агент
Не включва: приложение на фармакологичен агент през

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения
96061-02 Механотерапия
96061-03 Аналитична лечебна физкултура
96193-00 - Упражнения срещу съпротива
92205-00 - Неинвазивна терапевтична интервенция, некласифицирана другаде
96162-00 - Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде
Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, проникване или седираща терапия
Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:
- акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката
- разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани

Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905])
масаж:
- сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
- простата (92131-00 [1904])
- ректум (92094-00 [1899])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (двукратно – при приемане и преди

изписване от лечебното заведение) и три основни различни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури**.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностично лечебни методики и процедури задължително се отразяват в ИЗ, а физиотерапевтичните и ЛФК процедури във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност Физикална и рехабилитационна медицина , осъществявана най-малко на **второ ниво** на компетентност съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина".

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина

В случаи с развито едно направление на специалността или профилиране по нозология/и, свързано с профила на болницата, структурата може да бъде оборудвана само със съответната по вид апаратура.

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Физикална терапия и рехабилитация при пациенти с детска церебрална парализа и:

изоставане в двигателното, говорното или психическото развитие над 3 месеца;
изразени моно-, хеми-, квадри-, парапарези/парализи;
изразен дискоординационен синдром;
изразено нарушение на равновесието;
когнитивни и речеви нарушения при горепосочените синдроми.

ИЗГОТВЯНЕ НА ГОДИШЕН ПЛАН за терапевтично поведение за подобряване на двигателните и трофичните функции с определяне на броя и продължителността на последващите болнични престои.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Всяка нова хоспитализация при ДЦП, която отговаря на някои от индикациите за хоспитализация се отчита като нова клинична пътека.

По клиничната пътека могат да се извършат не повече от 12 хоспитализации годишно с обща продължителност най-малко 120 дни, разпределени последователно или през определени периоди от време по преценка на лекаря, предлагащ хоспитализацията.

При деца до 4 г. (препоръчителен алгоритъм на лечебно поведение).

Специализирана кинезитерапия (невро-развойни методики по Бобат и/или Войта) сензорно-интеграционна терапия (при необходимост), позиционна терапия, механотерапия, магнитно поле, електростимулации за антагонисти на спастичната мускулатура на крайниците, за права коремна мускулатура и лумбална част на паравертебрална мускулатура, топлинни процедури – термо-/крио терапия, хидротерапия,), говорна и/или когнитивна терапия (при необходимост), медикаментозно лечение – антиепилептика (при необходимост), психостимуланти (при деца със забавена или липсваща идеомоторика), миорелаксанти пер ос (при необходимост)

При деца от 4 до 8 г. (препоръчителен алгоритъм на лечебно поведение).

Специализирана кинезитерапия (невро-развойни методики по Бобат и/или Войта), аналитична кинезитерапия, позиционна терапия, механотерапия, електростимулации за антагонисти на спастичната мускулатура на крайниците, за права коремна мускулатура и лумбална част на паравертебрална мускулатура, топлинни процедури – термо-/крио терапия, хидротерапия, дейности от ежедневния живот, говорна и/или когнитивна терапия (при необходимост), медикаментозно лечение – антиепилептика (при необходимост), психостимуланти (при деца със забавена или липсваща идеомоторика), миорелаксанти пер ос (при необходимост).

При деца от 8 до 18 г. (препоръчителен алгоритъм на лечебно поведение).

Аналитична кинезитерапия, позиционна терапия, механотерапия, електростимулации за антагонисти на спастичната мускулатура на крайниците, топлинни процедури – термо-/ крио-терапия, хидротерапия, фонофореза (по необходимост при постоперативни цикатрикси), говорна и/или когнитивна терапия (при необходимост), медикаментозно лечение – антиепилептика (при необходимост), психостимуланти (при деца със забавена или липсваща идеомоторика), миорелаксанти пер ос (при необходимост).

При пациенти над 18 г. (препоръчителен алгоритъм на лечебно поведение).

Аналитична кинезитерапия, механотерапия, електростимулации за антагонисти на спастичната мускулатура на крайниците, топлинни процедури – термо-/ крио-терапия, хидротерапия, фонофореза (по необходимост при постоперативни цикатрикси), когнитивна терапия (при необходимост), медикаментозно лечение – антиепилептика (при необходимост), психостимуланти (при пациенти със забавена или липсваща идеомоторика), миорелаксанти пер ос (при необходимост).

ОБУЧЕНИЕ НА РОДИТЕЛИТЕ/БЛИЗКИТЕ КАТО КОТЕРАПЕВТИ (в сферата на дефицит - двигателна и/или говорно-когнитивна) за продължаване на рехабилитационния режим в домашна обстановка по инструкции.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

До навършване на 1г. 6м. по форма, тежест и картина, съобразно с клиничната находка, образната диагностика (ЯМР/КАТ) и резултатите от тестовете – моторни, говорни и психологични.

ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

1. Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на:

обективни данни за подобряване или поддържане на двигателните и/или говорнокогнитивни функции (при отклонения), и/или самостоятелност в зависимост от възрастта на детето и тежестта на ДЦП;

изготвен годишен план за терапевтично поведение; - проведено обучение на родителите като котерапевти.

2. Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;

продължаване на лечението в извънболнични или домашни условия.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89), която е неразделна част от ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

"История на заболяването";

част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ ДЕТСКА ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА

Детската церебрална парализа (ДЦП) е непрогресиращо заболяване на незрелия мозък, възникващо по време на вътреутробното развитие на плода, раждането или 30 дни след него, като се засягат двигателните функции – позата на тялото и координацията на движенията, когнитивно-комуникационните умения - говор, интелект, фина моторика, усещания, поведение; като понякога са съчетани с увреди на зрителния и слуховия апарат и може да се наблюдават гърчове.

ДЦП е тежко, социално значимо заболяване с честота 2,5 на хиляда, намиращо се на границата на три основни медицински специалности – физикална медицина и рехабилитация (ФМР), нервни болести и детски болести, а поради широката гама от мозъчни дисфункции, до тази граница имат допир и редица немедицински специалисти като психолог, логопед, специален педагог и други.

Всички рехабилитационни дейности са насочени към овладяване проблемите на увреденото дете в различни периоди от развитието му и в различни сфери на мозъчната дейност – двигателна, говорна, интелектуална, сензорна, с оглед неговото етапно социализиране и подобряване качеството му на живот.

Лекарят-специалист по ФМР е ключова фигура ("мениджър"), като организира и определя процеса на комплексната, поливалентна и етапна рехабилитация. Той ръководи екип от специалисти, като осигурява сътрудничеството помежду им и организира режима на детето съответно с неговия рехабилитационен потенциал и последователността на съответните медицински и парамедицински процедури.

Най-отговорен е процесът на ранната диагностика, като при закъснението й често пъти се стига до развитието на тежки форми на ДЦП, което обрича детето на различни по тежест и форма инвалидности, затрудняващи изцяло неговото моторно и психично развитие. Забавянето на диагнозата, а оттам и на рехабилитацията, води след себе си до влошаване на прогнозата за максималната му социализация. Веднъж поставена като диагноза, ДЦП не може да бъде “излекувана” в общоприетия смисъл и това състояние се нуждае от непрекъснати грижи, осигуряващи на детето по-високо качество на живот.

Болничното лечение осигурява комплексност, поливалентност и етапност в медикопедагогическата рехабилитация на ДЦП, което се реализира чрез екип от специалисти определящи единната тактика (близките цели) и стратегия (далечните цели), съобразени с календарната и психо-моторна възраст на детето, което определя и ефективността на провежданата рехабилитация.

Болничното лечение създава реални условия за снижаване процента на обща и тежка инвалидизация на тези деца, като им се дава възможност за достигане на по-високо ниво на независимост и себереализация, което да им позволи пълноправно и качествено участие в обществения живот.

Робот-асистираната локомоторна терапия (роботизираната рехабилитация) цели вертикализация, стабилизиране на стойката и постигане на постурална стабилност, изграждане на правилен механизъм на ходене и трениране на походката. Това се осъществява чрез многократно повторение на стъпките в различните фази на ходене, което води до баланс между агонистични и антагонистични групи, както и включване на антигравитационните мускули. Подпомага преодоляването на патологичните двигателни схеми и спастично повишения мускулен тонус.

Устройството е изградено на принципа на интегриран компютърен контрол, като флексията на глезенната и колянната става се извършва пасивно и подпомогнато чрез специфичен софтуер. Скоростта на ходене се контролира съгласно индивидуалните особености на детето.

КП № 260.2 РОБОТ-АСИСТИРАНА РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ДЕТСКА ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА

1. Болничен престой - 10 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури	
	Не включва: консултации (Z70—Z71)
Z50.8	**Лечение, включващо други видове рехабилитационни процедури**
	Обучение за начини на самообслужване, НКД
Детска церебрална парализа	
	Включва: болест на Little
	Не включва: наследствена спастична параплегия (G11.4)
G80.0	**Спастична церебрална парализа**
	Вродена спастична парализа (церебрална)
G80.1	**Спастична диплегия**
G80.2	**Детска хемиплегия**
G80.4	**Атактична церебрална парализа**
G80.8	**Друга детска церебрална парализа**
	Смесени синдроми на церебрална парализа
G80.9	**Друга детска церебрална парализа, неуточнена**
	Церебрална парализа БДУ

Забележка: Код Z50.8 се използва задължително като водеща диагноза за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние, обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва да бъдат посочени съответното остатъчно състояние, последвано от причината.

2.2. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1820 Физиологична оценка	
	Забележка: Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други физикални тестове
	Не включва: такава, които са част от: • оценка на стареене (96023-00 [1824]) • тестване на развитие (96184-00 [1824]) • генетична оценка (96035-00 [1824]) • психическа или поведенческа оценка (96175-00 [1823])
96192-00	Функционална оценка
96019-00	Биомеханична оценка Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване) Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност) Мобилност/анализ на походка Мускулоскелетна оценка Оценка на стоежа
	Не включва: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822]) обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1866	Други диагностични тестове, измервания или изследвания
91906-00	Измерване дължина на крайник
1824	**Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка**
92210-00	Антропометрия (мензурация
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01	Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1908 Други терапевтични интервенции	
96208-00	Роботизирана рехабилитация на ръка
96208-01	Роботизирана рехабилитация на крак

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (двукратно – при приемане и преди изписване от лечебното заведение) и една процедура роботизирана рехабилитация дневно с продължителност от 60 минути, включително фиксиране и освобождаване на пациента, за горен или за долен крайник, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностични процедури задължително се отразяват в ИЗ, а терапевтичните - във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност Физикална и рехабилитационна медицина , осъществявана най-малко на **второ ниво** на компетентност съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина", с осигурено видео-наблюдение при провеждане на процедурите с рехабилитационния робот.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина, разполагаща/о със собствен специализиран рехабилитационен робот от стационарен тип (такъв, който не се фиксира за пациента и той не се придвижва с него) включващ система за гравитационно отнемане на теглото на пациента или ръката му, както и система за фийдбек, стимулираща и/или коригираща движенията на пациента или ръката му. Техническата характеристика на рехабилитационния робот да е верифицирана с протокол от 2 члена на борда по Физикална и Рехабилитационна Медицина към Български Лекарски Съюз.

Ползваната апаратура е сертифицирана. Осигурява се видеонаблюдение, поставено и осъществявано от лечебното заведение.

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Робот-асистирана рехабилитация при пациенти с детска церебрална парализа със:

Спастична или атаксична форма;

На възраст от 5 до 24 години

Оценка на психичното развитие на пациента от клиничен психолог, преди провеждане на първа процедура и на всеки 6 месеца след нея, като IQ трябва да бъде минимум 70 (граничен интелект) или над 70 персентили.

Модифицирана скала на Ашуърт - до 2 степен, включително, за спастичните мускули на долни или горни крайници.

Класификационна система за груби моторни функции (GMFCS) - първо, второ или трето ниво, при ползване на Робот-асистирана рехабилитация с код: За крак: роботизирана, 96208-01 [1908]

Класификационна система за умения на ръцете (MACS) - първо, второ или трето ниво, при ползване на Робот-асистирана рехабилитация с код: За ръка: роботизирана, 96208-00 [1908]

Липса на статични контрактури в глезенни, коленни и тазобедрени стави при работа по код: За крак: роботизирана, 96208-01 [1908]

Липса на статични контрактури в гривнени, лакътни и раменни стави при работа по код: За ръка: роботизирана, 96208-00 [1908]

Да няма кожни и травматични заболявания в зоните на фиксиране на съответните крайници.

изразени моно-, хеми-, квадри-, парапарези/парализи;

изразен дискоординационен синдром;

изразено нарушение на равновесието.

ИЗГОТВЯНЕ НА ГОДИШЕН ПЛАН за терапевтично поведение за подобряване на двигателните и трофичните функции с определяне на броя и продължителността на последващите болнични престои.

5). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Всяка нова хоспитализация при ДЦП, която отговаря на някои от индикациите за хоспитализация се отчита, като нова клинична пътека.

По клиничната пътека могат да се извършат не повече от 12 хоспитализации годишно с обща продължителност най-малко 120 дни, разпределени последователно или през определени периоди от време по преценка на лекаря, предлагащ хоспитализацията.

При деца от 5 до 8 г. (препоръчителен алгоритъм на лечебно поведение).

Робот-асистирана рехабилитация – обучение в ходене с отнемане на тежестта и без отнемане на тежестта с обратна връзка

Робот-асистирана рехабилитация – обучение във физиологично ходене с отнемане на тежестта и без отнемане на тежестта с обратна връзка

Робот-асистирана терапия – обучение в дейности с горни крайници, включително дейности на ежедневието с отнемане на тежестта и без отнемане на тежестта, с обратна връзка.

При лица от 8 до 24 г. (препоръчителен алгоритъм на лечебно поведение).

Робот-асистирана рехабилитация – обучение в ходене с отнемане на тежестта и без отнемане на тежестта с обратна връзка

Робот-асистирана рехабилитация – обучение във физиологично ходене с отнемане на тежестта и без отнемане на тежестта с обратна връзка.

Робот-асистирана терапия – обучаване в придвижване напред и назад, по равни и неравни подови настилки или качване/слизане по/от стъпало, с отнемане на тежестта и/или без отнемане на тежестта;

Робот-асистирана терапия – обучение в дейности с горни крайници, включително дейности на ежедневието с отнемане на тежестта и без отнемане на тежестта, с обратна връзка.

ОБУЧЕНИЕ НА РОДИТЕЛИТЕ/БЛИЗКИТЕ КАТО КОТЕРАПЕВТИ (в сферата на дефицит - двигателна) за продължаване на рехабилитационния режим в домашна обстановка по инструкции.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

До навършване на 1г. 6м. по форма, тежест и картина, съобразно с клиничната находка, образната диагностика (ЯМР/КАТ) и резултатите от тестовете – моторни, говорни и психологични.

ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на:

обективни данни за подобряване или поддържане на двигателните и/или говорно-когнитивни функции (при отклонения), и/или самостоятелност в

зависимост от възрастта на детето и тежестта на ДЦП;

изготвен годишен план за терапевтично поведение;

проведено обучение на родителите като котерапевти.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;

продължаване на лечението в извънболнични или домашни условия.

<u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89), която е неразделна част от ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

"История на заболяването";

част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ ДЕТСКА ЦЕРЕБРАЛНА ПАРАЛИЗА

Детската церебрална парализа (ДЦП) е непрогресиращо заболяване на незрелия мозък, възникващо по време на вътреутробното развитие на плода, раждането или 30 дни след него, като се засягат двигателните функции – позата на тялото и координацията на движенията, когнитивно-комуникационните умения - говор, интелект, фина моторика, усещания, поведение; като понякога са съчетани с увреди на зрителния и слуховия апарат и може да се наблюдават гърчове.

ДЦП е тежко, социално значимо заболяване с честота 2,5 на хиляда, намиращо се на границата на три основни медицински специалности – физикална медицина и рехабилитация (ФМР), нервни болести и детски болести, а поради широката гама от мозъчни дисфункции, до тази граница имат допир и редица немедицински специалисти като психолог, логопед, специален педагог и други.

Всички рехабилитационни дейности са насочени към овладяване проблемите на увреденото дете в различни периоди от развитието му и в различни сфери на мозъчната дейност – двигателна, говорна, интелектуална, сензорна, с оглед неговото етапно социализиране и подобряване качеството му на живот.

Лекарят-специалист по ФМР е ключова фигура (“мениджър”), като организира и определя процеса на комплексната, поливалентна и етапна рехабилитация. Той ръководи екип от специалисти, като осигурява сътрудничеството помежду им и организира режима на детето съответно с неговия рехабилитационен потенциал и последователността на съответните медицински и парамедицински процедури.

Болничното лечение осигурява комплексност, поливалентност и етапност в медико- педагогическата рехабилитация на ДЦП, което се реализира чрез екип от специалисти определящи единната тактика (близките цели) и стратегия (далечните цели), съобразени с календарната и психо-моторна възраст на детето, което определя и ефективността на провежданата рехабилитация.

Болничното лечение създава реални условия за снижаване процента на обща и тежка инвалидизация на тези деца, като им се дава възможност за достигане на по-високо ниво на независимост и себереализация, което да им позволи пълноправно и качествено участие в обществения живот.

Робот-асистираната рехабилитация цели овладяване на нови двигателни умения – ходене или манипулиране, вертикализация, стабилизиране на стойката и постигане на постурална стабилност, изграждане на правилен механизъм на ходене и трениране на походката, както и на манипулациите с ръцете. Това се осъществява чрез многократно повторение на движенията на горни/долни крайници, което води до баланс между агонистични и антагонистични групи, както и включване на антигравитационните мускулни вериги. Подпомага се преодоляването на патологичните двигателни схеми и спастично повишения мускулен тонус. Рехабилитационният робот е изграден на принципа на интегриран компютърен контрол, като движенията в ставите на горни или долни крайници се извършва пасивно и подпомогнато чрез специфичен софтуер. Скоростта на ходене или манипулиране с ръцете се контролира съгласно индивидуалните особености на детето.

КП № 261 ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПЪРВИЧНИ МУСКУЛНИ УВРЕЖДАНИЯ И СПИНАЛНА МУСКУЛНА АТРОФИЯ

1.Минимален болничен престой – 10 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури

Не включва: консултации (Z70—Z71)

Z50.8 **Лечение, включващо други видове рехабилитационни процедури**
Обучение за начини на самообслужване, НКД

Спинална мускулна атрофия и сродни синдроми

G12.0 **Детска спинална мускулна атрофия, I тип [Werdnig-Hoffman]**

G12.1 **Други наследствени спинални мускулни атрофии**
Прогресираща булбарна парализа при деца [Fazio-Londe]
Спинална мускулна атрофия:
- детска форма, тип II
- дистална
- юношеска форма, тип III [Kugelberg-Welander]
- скапуло-перонеална форма

G12.2 **Болест на двигателния неврон**
Фамилна болест на двигателния неврон
Латерална склероза:
- амиотрофична
- първична

Прогресираща:
- булбарна парализа
- спинална мускулна атрофия

G12.8 **Други спинални мускулни атрофии и сродни синдроми**

Първични мускулни увреждания

Не включва: arthrogryposis multiplex congenita (Q74.3)
разстройства на обмяната на веществата (E70—E90)
миозит (M60.—)

G71.0 **Мускулна дистрофия**
Мускулна дистрофия:
- автозомно-рецесивна от детски тип, наподобяваща дистрофията на Duchenne или Becker
- доброкачествена [Becker]
- доброкачествена скапуло-перонеална с ранни контрактури [Emery-Dreifuss]
- дистална
- фацио-скапуло-хумерална
- пояс-крайник
- на очните мускули
- околофарингеална
- скапуло-перонеална
- злокачествена [Duchenne]

Не включва: вродена мускулна дистрофия:
- БДУ (G71.2)
- с уточнени морфологични увреждания на мускулното влакно (G71.2)

G71.2 **Вродени миопатии**
Вродена мускулна дистрофия:
- БДУ
- със специфични морфологични увреждания на мускулното влакно

Болест:
- на централното ядро
- миниядрена
- мултиядрена

Диспропорция на типовете влакна

Миопатия:
- миотубуларна (центроядрена)
- немалинова

G71.3 Митохондриална миопатия, некласифицирана другаде
G71.8 Други първични мускулни увреждания

Код Z50.8 се използва задължително като водеща диагноза за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва да бъдат посочени съответното остатъчно състояние, последвано от причината.

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1820 Физиологична оценка

96192-00 Функционална оценка

96019-00 Биомеханична оценка
Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване)
Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност)
Мобилност/анализ на походка
Мускулоскелетна оценка
Оценка на стоежа
Не включва: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822])
обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

96037-00 Друга оценка, консултация или оценяване
Оценка }
Консултация }
Оценяване } БДУ
Интервю }

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96159-00 Обем на движение/тестване на мускул със специализирана техника
Изокинетично тестване

1866 Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91906-00 Измерване дължина на крайник

1822 Оценка на лична грижа и други дейности на ежедневен\независим живот

96021-00 Оценка на грижите за себе си
Оценка на ежедневни умения и дейности
Оценка на:
- къпане/душ
- миене на зъби
- обличане [дрехи]
- хранене
- изхранване
- функционална комуникация
- чистене
- мобилност в средата
- тоалет
- измиване на косата

Не включва: оценка на:
- стареене (96023-00 [1824])

• хранителен прием (диетичен) (калоричен) (96026-00 [1822])
• поддържане на здравето и възстановяване (96022-00 [1822])
• поддържане на дома (96028-00 [1822])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения
96061-01 Позиционна терапия
96061-02 Механотерапия

96194-03 Рекреационна (възстановителна) терапия
Занимателна терапия
Игрова терапия

1908 Други терапевтични интервенции

96193-00 Упражнения срещу съпротива
96162-00 Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде
Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, проникване или седираща терапия
Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:
• акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката
• разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани
Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905])
масаж:
• сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
• простата (92131-00 [1904])
• ректум (92094-00 [1899])

96061-03 Аналитична лечебна физкултура

1876 Умения, придобити по време на движение

96129-00 Терапия с упражнение, цяло тяло
Двигателна терапия БДУ
Обща двигателна терапия като гимнастически групи, плуване

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

Включва: адхезивни подложки
изкуствен [протезен] крайник(ци)
подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване за:
• игра/свободно време
• продуктивност
• грижи за себе си/поддържане
слухова помощ [кохлеарен имплант] [слухова помощ]
превръзки
подпори
скоби
гипсови шини (фибростъкло) (гипс) (пластмаса)
комуникационни системи (спешен отговор, системи за повикване, телефони)
корсет
патерици

превръзки (Velpeau)
еластичен чорап(и)
електронен уред за походка
електротактилна/вибротактилна помощ
обувки, произведени за специални нужди, напр. подпомагане на походка, адаптация на стойка или да се подпомогне употребата на протеза
устройство за променливо налягане
системи за поставяне на медикаменти
шийни укрепващи средства [шийна яка]
ортеза БДУ
успоредни пръчки
пресиращи превръзки [Gibney бандаж] [Robert Jones бандаж] [Shanz превръзка]
пресиращи панталони [анти-шокови] [MAST панталони] [съдовопневматично устройство]
ортези БДУ
релси
ребрен колан
седалка
гръбначно подпомагане
шина (акрилна) (корона) (метална шина) (филцова) (силиконова) (термопластична)
бинтов бандаж
поддържаща рамка
термопластична шина (динамична) (статична)
зрителна помощ [контактни лещи] [очила] [призми] [очила]
бастун
подвижен стол

Забележка: Този блок класифицира външни фиксиращи средства, които са най-общо неинвазивни по същност. Външни фиксиращи устройства, които са инвазивни (т.е. прикрепени към костта) са класифицирани другаде. виж Азбучния индекс за упътване.

Не включва: поставяне на:
- имобилизиращи устройства при фрактура и луксация (виж Индекс: Имобилизация, фрактура или имобилизация, луксация)
- опъващи устройства класифицирани другаде (виж Индекс: Опъване)

имплантация на протезни устройства на крайник (виж Индекс: Имплантация, протеза)

поставяне на протезни устройства (виж Индекс: Поставяне, протеза)

интервенции, включващи подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване, класифицирани другаде:
- оценка нужда от устройство (96024-00 [1822])
- подпомагане поставяне на устройство (96165-00 [1914])
- консултиране или обучение свързано с устройство (96071-00 [1867])
- измерване на устройство (96024-00 [1822])
- предписване на устройство (96024-00 [1822])
- само разглеждане на устройство (96025-00 [1822])
- трениране на умения за използване на устройство (96142-00 [1878])

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Не включва: поставяне на превръзка на:
- изгаряне (виж блок [1600])
- рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96174-01 Стречинг на мускул или сухожилие

96174-02 Стречинг на фасция

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

92178-00 Топлинна терапия
Хипертермична терапия

Включва: терапевтично поведение с използване на:
- загряващи превръзки
- инфрачервено облъчване
- микровълни
- къси вълни
- парафин

Забележка: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстра-корпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана като допъл-нение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирана от микровълни, ултразвук, ниско-енергийни радиочестотно провеждане или сонди.

Кодирай също когато е направена:
- химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)
- радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация)
термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна)
термокератопластика (90064 [173])
термосклеректомия (42746-03 [191])
термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])

96149-00 Лечение с нискочестотни токове

96149-01 Лечение със средночестотни токове

96149-02 Лечение с високочестотни токове

96149-03 Лечение с нискочестотно магнитно поле

1879 Тренинг на други умения

Включва: оценка на прогреса

96151-00 Тренинг на други умения
Тренинг за шофьор
Тренинг за умения БДУ

1920 Приложение на фармакотерапия

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци
Приложение на фармакологичен агент през отвор
Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент
Йонофореза
Топично }
Трансдермално } приложение на фармакологичен агент

Не включва: приложение на фармакологичен агент през

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (двукратно - при приемане и преди изписване от лечебното заведение) и две основни различни терапевтични процедури дневно, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като

допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностично лечебни методики и процедури задължително се отразяват в ИЗ, а физиотерапевтичните и ЛФК процедури във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Физикална и рехабилитационна медицина", осъществявана най-малко на **второ ниво** на компетентност съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина".

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина

В случаи с развито едно направление на специалността или профилиране по нозология/и свързано с профила на болницата, клиниката/отделението може да бъде оборудвана само със съответната по вид апаратура.

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

– най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

– най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Физикална терапия и рехабилитация при пациенти с първични мускулни увреждания и спинална мускулна атрофия и:

-изоставане в двигателното развитие на грубата и фина моторика над 3 месеца;
-изразени тонусови отклонения в мускулите на крайниците и трупа;
-намалена сила и обем на активни движения;
-намалени по обем пасивни движения, контрактури и хипотрофия на крайници.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Изготвяне на план за терапевтично поведение за подобряване на двигателните и трофични функции

При деца от 0 до 24 месеца

Всяка нова хоспитализация при деца с първични мускулни увреждания и спинална мускулна атрофия (ПМУ&СМА), която отговаря на някои от индикациите, се отчита като нова клинична пътека.

Допускат се общо до 12 хоспитализации в рамките на две години в периоди на НРД от датата на раждане, но не повече от един път за два месеца.

Специализирана кинезитерапия (невро-развойни методики - Войта), масаж, пасивни движения, галванизация и/или електрофореза; електростимулации - при ММТ 0 или 1 (по преценка); медикаментозно лечение - при индикации.

При деца от 2 до 18 години

Нова хоспитализация при деца (ПМУ&СМА), която отговаря на някои от индикациите, се отчита като нова клинична пътека на всеки три месеца.

Допускат се общо до 4 хоспитализации за една година в периода на НРД, през цитирания възрастов период.

Пасивни движения, масаж, механотерапия, позиционно лечение, електрофореза; електростимулации - при ММТ 0 или 1; термотерапия; медикаментозно лечение – при индикации.

При лица над 18 години

НЗОК заплаща клиничната пътека еднократно за една година в периода на НРД за лечение на един пациент, независимо от броя на хоспитализациите.

Пасивни движения, масаж, механотерапия, позиционно лечение, електрофореза; електростимулации - при ММТ 0 или 1; термотерапия; медикаментозно лечение – при индикации.

Изготвяне на план за терапевтично поведение за подобряване на двигателните и трофични функции.

Обучение на родителите/близките като котерапевти за провеждане на рехабилитация в домашни условия.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

В периода на навършване на 24м. съобразно с клиничната находка и резултатите от ЕМГ и лабораторни изследвания се поставя окончателната диагноза.

ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

1. Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за подобряване на двигателните и трофични функции и:

при изготвен план за терапевтично поведение за подобряване или поддържане на достигнатите двигателните и/или трофични функции в зависимост от възрастта на детето и тежестта на заболяването;

проведено обучение по време на престоя в болницата на родителите на пациента като котерапевти.

2. Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.: - контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;

- продължаване на рехабилитация в извънболнични или домашни условия; - необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89), която е неразделна част от ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

"История на заболяването";

част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТАРОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ ПРОГРЕСИВНА МУСКУЛНА ДИСТРОФИЯ (ПМД) И СПИНАЛНА МУСКУЛНА АТРОФИЯ (СМА)

ПМД и СМА са най-често срещаните наследствени невромускулни заболявания – голяма група болести, при които се отбелязва увреда на мускулната тъкан, периферните нерви и нерядко на предните рога на гръбначния мозък. Тези заболявания са свързани с генни мутации локализирани в автозомите или половата Х-хромозома, като често има повторни заболявания в семейството.

ПМД е прогресивно дегенериращо наследствено заболяване локализирано в мускулната тъкан, като мускулите изтъняват замествайки се от мастна и съединителна тъкан. Повечето форми започват в детската възраст при честота 4 на 100 000 случая. В 3540% от случаите се наблюдава семеен характер, като по-често боледуват момчетата. Заболяването има няколко форми, като тази с най-бързо влошаване се отключва още в ранна детска възраст. Психическото развитие не страда. Ходът на заболяването е относително доброкачествен.

СМА е прогресивно дегенериращо нервно-мускулно заболяване, обусловено от увреждания на мотоневроните на гръбначния мозък и/или ядрата на черепномозъчните нерви, като мускулните влакна изтъняват и се дезактивират. Повечето форми започват още през първата година в детска възраст при честота 7 на 100 000 случая. Психическото развитие не страда. При някои форми заболяването прогресира бързо и стига до летален изход.

Цитираните по-горе заболявания имат нужда от комплексна рехабилитация. Рехабилитацията включва медикаментозно лечение и физикални процедури подобряващи капилярния кръвоток и кислородното снабдяване на тъканите, подобряващи мускулната трофика, стимулиращи невро-мускулната проводимост, поддържащи мускулната еластичност и пасивния обем на движения в ставите, поддържащи нивото на груби моторни дейности чрез помощни средства и приспособления, и подобряващи качеството на живот на болното дете.

Лекарят-специалист по ФМР е ключова фигура (“мениджър”), като организира и определя процеса на комплексната, поливалентна и етапна рехабилитация. Той ръководи екип от специалисти, като осигурява сътрудничеството помежду им и организира режима на детето съответно с неговия рехабилитационен потенциал и последователността на съответните медицински и немедицински процедури.

Болничното лечение осигурява комплексност, поливалентност и етапност в рехабилитацията на ПМД и СМА, което се реализира чрез екип от специалисти, определящи единна тактика (близки цели) и стратегия (далечни цели), съобразени с календарната и моторна възраст на детето, което определя и ефективността на провежданата рехабилитация.

Болничното лечение създава реални условия за снижаване процента на тежка инвалидизация на тези деца и поддържането на високо качество на живот.

КП № 262.1 ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ НА БОЛЕСТИ НА ЦЕНТРАЛНА НЕРВНА СИСТЕМА

1.Минимален болничен престой – 7 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури
Не включва: консултации (Z70—Z71)

Z50.1 **Друг вид физиотерапия**
Лечебна и коригираща гимнастика

G20 **Болест на Parkinson**
Хемипаркинсонизъм
Paralysis agitans
Паркинсонизъм или болест на Parkinson:
- БДУ
- идиопатичен(-на)
- първичен(-на)

Вторичен паркинсонизъм

G21.1 **Други форми на вторичен паркинсонизъм, предизвикан от лекарствени средства**
При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G21.2 **Вторичен паркинсонизъм, предизвикан от други външни фактори**
При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

G35 **Множествена склероза**
Множествена склероза:
- БДУ
- на мозъчния ствол
- на гръбначния мозък
- дисеминирана
- генерализирана

Хемиплегия

Забележка:Тази рубрика следва да се използва за първично кодиране само тогава, когато за хемиплегията (пълна) (непълна) се съобщава без допълнително уточняване или се потвърждава, че тя е установена отдавна, или съществува продължително време, но нейната причина е неуточнена. Рубриката се използва също при кодиране по множество причини за идентифициране на типа хемиплегия, предизвикана от всякаква причина.

Не включва: вродена и детска церебрална парализа (G80.—)

G81.0 **Вяла хемиплегия**

G81.1 **Спастична хемиплегия**

Параплегия и тетраплегия

Забележка: Тази рубрика следва да се използва за първично кодиране само тогава, когато за състоянията се съобщава без допълнително уточняване или се потвърждава, че те са установени отдавна, или съществуват продължително време, но тяхната причина е неуточнена. Рубриката се използва също при кодиране по множество причини за идентифициране на тези състояния, предизвикани от всякаква причина.

Не включва: вродена и детска церебрална парализа (G80.—)

G82.0 **Вяла параплегия**

G82.1 Спастична параплегия

G82.2 Параплегия, неуточнена
Парализа на двата долни крайника БДУ
Параплегия (долна) БДУ

G82.3 Вяла тетраплегия

G82.4 Спастична тетраплегия

Други паралитични синдроми

Забележка: Тази рубрика следва да се използва за първично кодиране само тогава, когато за състоянията се съобщава без допълнително уточняване или се потвърждава, че те са установени отдавна, или съществуват продължително време, но тяхната причина е неуточнена. Рубриката се използва също при кодиране по множество причини за идентифициране на тези състояния, предизвикани от всякаква причина.

Включва: парализа (пълна) (непълна), освен посочената в рубриките G80—G82

G83.0 Диплегия на горни крайници
Диплегия (горна)
Парализа на двата горни крайника

G83.1 Моноплегия на долен крайник
Парализа на долен крайник

G83.2 Моноплегия на горен крайник
Парализа на горен крайник

G83.3 Моноплегия, неуточнена

G83.4 Синдром на cauda equina
Неврогенен пикочен мехур, свързан със синдрома на cauda equina
Не включва: спинален пикочен мехур БДУ (G95.8)

G83.8 Други уточнени паралитични синдроми
Парализа на Todd (постепилептична)

Други болести на гръбначния мозък

Не включва: миелит (G04.—)

G95.0 Сирингомиелия и сирингобулбия

G95.8 Други уточнени болести на гръбначния мозък
Спинален пикочен мехур БДУ
Миелопатия:
- медикаментозна
- радиационна

При необходимост от идентифициране на външния фактор се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Не включва: неврогенен пикочен мехур:
- БДУ (N31.9)
- свързан със синдрома на cauda equina (G83.4)

нервно-мускулна дисфункция на пикочния мехур без уточняване за увреждане на гръбначния мозък (N31.—

Последици от мозъчносъдова болест

Забележка: Тази рубрика се използва, за да се означат състоянията, включени в рубриките I60—I67 като причина за последици, които сами по себе си са класифицирани другаде. “Последиците” включват състояния, посочени като такива или като остатъчни явления, т.е. които са налице една година или повече след възникване на причинното състояние.

I69.0 Последици от субарахноидален кръвоизлив

I69.1 Последици от вътремозъчен кръвоизлив

I69.2 Последици от друг нетравматичен вътречерепен кръвоизлив

I69.3 Последици от мозъчен инфаркт

I69.4 Последици от инсулт, неуточнен като кръвоизлив или инфаркт на мозъка

I89.0 Лимфедем, некласифициран другаде

Лимфангиектазия

I89.1 Лимфангит

Лимфангит:

- БДУ
- хроничен
- подостър

I89.8 Други уточнени неинфекциозни болести на лимфните съдове и лимфните възли

Хидроцеле(нефилариозно)

Липомеланотична ретикулоза

I89.9 Неинфекциозна болест на лимфните съдове и лимфните възли, неуточнена

Болест на лимфните съдове БДУ

I97.2 Синдром на лимфедем след мастектомия

Елефантиаза } дължащи се на мастектомия

Облитерация на лимфните съдове }

Микроцефалия

Хидромикроцефалия
Микроенцефалон
Не включва: синдром на Meckel-Gruber (Q61.9)

Вродена хидроцефалия

Включва: хидроцефалия на новородено
Не включва: синдром на Arnold-Chiari (Q07.0)
хидроцефалия:
- придобита (G91.—)
- дължаща се на вродена токсоплазмоза (P37.1)
- в съчетание със spina bifida (Q05.0—Q05.4)

Q03.0 Аномалии на Силвиевия проток

Силвиев проток:
- аномалия
- обструкция, вродена
- стеноза

Q03.1 Атрезия на отворите на Magendie и Luschka

Синдром на Dandy-Walker

Q03.8 Други форми на вродена хидроцефалия

Други вродени аномалии (пороци на развитието) на мозъка

Не включва: циклопия (Q87.0)
макроцефалия (Q75.3)

Q04.0 Вродени аномалии на corpus callosum

Агенезия на corpus callosum

Q04.5 Мегаленцефалия

Q04.6 Вродени мозъчни кисти

Поренцефалия
Шизенцефалия
Не включва: придобита поренцефалична киста (G93.0)

Q04.8 **Други уточнени вродени аномалии на мозъка**
Макрогирия

Други вродени аномалии (пороци на развитието) на гръбначния мозък

Q06.3 **Други вродени аномалии на cauda equina**

Q06.8 **Други уточнени вродени аномалии на гръбначния мозък**

Други вродени аномалии (пороци на развитието) на нервната система
Не включва: фамилна дисавтономия [Riley-Day] (G90.1)
неврофиброматоза (немалигнена) (Q85.0)

Q07.0 **Синдром на Arnold-Chiari**

Други уточнени синдроми на вродени аномалии (пороци на развитието), засягащи няколко системи

Q87.1 **Синдроми на вродени аномалии, свързани предимно с нисък ръст**
Синдром на:
- Aarskog
- Cockayne
- De Lange
- Dubowitz
- Noonan
- Prader-Willi
- Robinow-Silverman-Smith
- Russel-Silver
- Seckel
- Smith-Lemli-Opitz

Не включва: синдром на Ellis-van Creveld (Q77.6)

Q87.2 **Синдроми на вродени аномалии със засягане предимно на крайниците**
Синдром на:
- Holt-Oram
- Klippel-Trenannay-Weber
- (липса) недоразвитие на нокти-патела
- Rubinstein-Taybi
- sirenomelia [сраствane на долните крайници]
- тромбоцитопения и липса на лъчева кост [TAR]
- VATER

Q87.5 **Други синдроми на вродени аномалии с други скелетни аномалии**

Q87.8 **Други уточнени синдроми на вродени аномалии, некласифицирани другаде**
Синдром на:
- Alport
- Laurence-Moon(-Bardet)-Biedl
- Zellweger

Други вродени аномалии (пороци на развитието), некласифицирани другаде

Q89.8 **Други уточнени вродени аномалии**

Последици от травми на главата

T90.5 **Последици от вътречерепна травма**
Последици от травми, класифицирани в рубриката S06.—

Последици от травми на шията и тялото

T91.3 Последици от травма на гръбначния мозък
Последици от травми, класифицирани в рубриките S14.0—S14.1, S24.0—S24.1, S34.0—S34.1 и T09.3

В личната анамнеза има злокачествено новообразувание
Не включва: последваща медицинска помощ и състояние на оздравяване (Z42—Z51, Z54.—)
последващо изследване след лечение на злокачествено новообразувание (Z08.—)

Z85.8 В личната анамнеза има злокачествено новообразувание на други органи и системи
Състояния, класифицирани в рубриките C00—C14, C40—C49, C69—C79, C97

В личната анамнеза има някои други болести
Не включва: последваща медицинска помощ и състояние на оздравяване (Z42—Z51, Z54.—)

Z86.0 В личната анамнеза има други новообразувания
Състояния, класифицирани в рубриките D00—D48
Не включва: злокачествени новообразувания (Z85.—)

Код Z50.1 се използва задължително като водеща диагноза за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва да бъдат посочени съответното остатъчно състояние, последвано от причината.

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1820 Физиологична оценка

96192-00 Функционална оценка

96019-00 Биомеханична оценка
Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване)
Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност)
Мобилност/анализ на походка
Мускулоскелетна оценка
Оценка на стоежа
Не включва: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822])
обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

96037-00 Друга оценка, консултация или оценяване
Оценка }
Консултация }
Оценяване } БДУ
Интервю }

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96159-00 Обем на движение/тестване на мускул със специализирана техника
Изокинетично тестване

1866 Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91906-00 Измерване дължина на крайник

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

92210-00 Антропометрия (мензурация)

1822 Оценка на лична грижа и други дейности на ежедневен\независим живот

96021-00 Оценка на грижите за себе си
Оценка на ежедневни умения и дейности
Оценка на:
• къпане/душ
• миене на зъби
• обличане [дрехи]
• хранене
• изхранване
• функционална комуникация
• чистене
• мобилност в средата
• тоалет
• измиване на косата

Не включва: оценка на:
• стареене (96023-00 [1824])
• хранителен прием (диетичен) (калоричен) (96026-00 [1822])
• поддържане на здравето и възстановяване (96022-00 [1822])
• поддържане на дома (96028-00 [1822])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук

Не включва: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

96153-00 Хидротерапия

Забележка: Външната употреба на вода, топла и/или студена, в терапевтично поведение на болест или травма. Използване на влажна топлина и гореща вода помага за успокояване на болката и подобрява циркулацията, подпомага релаксацията и намалява мускулния спазъм и включва мерки като топли вани, топли превръзки и компреси. Използване на студена вода помага за намаляване на телесната температура, намалява отока и свива кръвоносните съдове и включва мерки като студени превръзки, ледени компреси, студени вани и душ. Специално оборудване като резевоар на Hubbard или вани с джа-кузи са снабдени с устройства,които механично разклащат водата, осигурявайки по този начин фин масаж в допълнение към терапевтичните ефекти на топлината.

Не включва: хидродилатация на пикочен мехур (36827-00 [1108])
хидротубация на фалопиеви тръби (35703-01 [1248], 35703-00 [1258])
тези, които индуцират:
• хипертермия (92178-00 [1880])
• хипотермия (22065-00 [1880])

22065-00 Студотерапия
Хипотермична терапия
Хипотермия на цяло тяло

Забележка: Използване на студ в терапевтично поведение при болест или травма. Хипотермия може да бъде индуцирана с ледени превръзки или компреси, охлаждащи чаршафи, поставяне в студена вода (вана или ведро) или чрез екстракорпорално охлаждане на кръвта.

Хипотермия може да бъде също индуцирана като предпазна мярка при някои сърдечно-съдови или неврологични хирургични процедури или като допълнение към анестезията при хирургични процедури на крайници.

Не включва: криотерапевтична деструкция на тъкани (виж Индекс: Криотерапия, по локализация)
дълбока хипотермия (22075-00 [642])
стомашна хипотермия (13500-00 [1899])
хипотермична терапия заедно със сърдечен и циркулаторен арест (22075-00 [642])

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения
96061-01 Позиционна терапия
96061-03 Аналитична лечебна физкултура
96193-00 Упражнения срещу съпротива
96162-00 Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде
Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, проникване или седираща терапия

Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:
• акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката
• разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани

Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905])
масаж:
• сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
• простата (92131-00 [1904])
• ректум (92094-00 [1899])

96061-02 Механотерапия
96194-00 Подводна гимнастика
96194-01 Подводно струев масаж
96194-02 Криоелектрофореза
96194-03 Рекреационна (възстановителна) терапия
Занимателна терапия
Игрова терапия
93173-00 Акупунктура

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

Включва: адхезивни подложки
изкуствен [протезен] крайник(ци)
подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване за:
• игра/свободно време
• продуктивност

• грижи за себе си/поддържане
слухова помощ [кохлеарен имплант] [слухова помощ]
превръзки
подпори
скоби
гипсови шини (фибростъкло) (гипс) (пластмаса)
комуникационни системи (спешен отговор, системи за повикване, телефони)
корсет
патерици
превръзки (Velpeau)
еластичен чорап(и)
електронен уред за походка
електротактилна/вибротактилна помощ
обувки, произведени за специални нужди, напр. подпомагане на походка, адаптация на стойка или да се подпомогне употребата на протеза
устройство за променливо налягане
системи за поставяне на медикаменти
шийни укрепващи средства [шийна яка]
ортеза БДУ
успоредни пръчки
пресиращи превръзки [Gibney бандаж] [Robert Jones бандаж] [Shanz превръзка]
пресиращи панталони [анти-шокови] [MAST панталони] [съдовопневматично устройство]
ортези БДУ
релси
ребрен колан
седалка
гръбначно подпомагане
шина (акрилна) (корона) (метална шина) (филцова) (силиконова) (термопластична)
бинтов бандаж
поддържаща рамка
термопластична шина (динамична) (статична)
зрителна помощ [контактни лещи] [очила] [призми] [очила]
бастун
подвижен стол

Забележка: Този блок класифицира външни фиксиращи средства, които са най-общо неинвазивни по същност. Външни фиксиращи устройства, които са инвазивни (т.е. прикрепени към костта) са класифицирани другаде. виж Азбучния индекс за упътване.

Не включва: поставяне на:
• имобилизиращи устройства при фрактура и луксация (виж Индекс: Имобилизация, фрактура или имобилизация, луксация)
• опъващи устройства класифицирани другаде (виж Индекс: Опъване)
имплантация на протезни устройства на крайник (виж Индекс: Имплантация, протеза)
поставяне на протезни устройства (виж Индекс: Поставяне, протеза)
интервенции, включващи подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване, класифицирани другаде:
• оценка нужда от устройство (96024-00 [1822])
• подпомагане поставяне на устройство (96165-00 [1914])
• консултиране или обучение свързано с устройство (96071-00 [1867])
• измерване на устройство (96024-00 [1822])
• предписване на устройство (96024-00 [1822])
• само разглеждане на устройство (96025-00 [1822])
• трениране на умения за използване на устройство (96142-00 [1878])

90531-00 Тракция, некласифицирана другаде
Ръчна или механична тракция БДУ

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Не включва: поставяне на превръзка на:
- изгаряне (виж блок [1600])
- рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

1876 Умения, придобити по време на движение

96130-00 Умения за обучение в дейности, свързани с положение на тялото\мобилност\движение
Разходка и тренинг на походка
Тренинг на движение и позициониране на тялото като:
- движения в леглото
- извиване
- обръщане
- лягане до сядане
- седнал до изправяне
- баланс при седнало положение
- сядане извън леглото
- клякане
- баланс при изправено положение
- изправяне

Поддържане на стойка
Трениране умения в методи за подобряване осъзнаване на интегрирано движение напр.метод на Feldenkrais, Tai Chi, Yoga

Не включва: двигателна терапия (96115 to 96129 [1876])
тези, където главната цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

96131-00 Умения за обучение в дейности,свързани с придвижване
Трениране на умения за придвижване до/от:
- банята
- леглото
- стол
- пода
- душ
- тоалет
- количка

Не включва: такова при влизане и излизане от басейн за хидротерапия (96150-00 [1879])
такова, където главна цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

1878 Умения за лична хигиена и други ежедневни дейности / независим живот

96142-00 Обучение на умения в използване на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Разходка и тренинг на походка във връзка с употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Рехабилитационен тренинг при употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Двигателен тренинг с помощни средства
Тренинг на умения в:
- поставяне на превръзки и бандажи

• системи за поставяне на медикаменти

Забележка: За списък на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване виж[1878])
Обучение за системи за поставяне на медикаменти включва умения и управление в употреба на системи за поставяне на медикаменти като инхалатори с мерителна доза, стимулиращи дишането устройства, небулайзери, трансдермални лекарствени системи и продължителни парентерални инфузии. Също включва подпомагащи помощни средства.

Не включва: имплантиране на кохлеарно протезно устройство (41617-00 [329])
изваждане на кохлеарно протезно устройство (41617-01 [329])

96146-00 Професионални умения и професионално обучение
Тренинг на умения в:
• намиране на работа
• изпълнение на работни задължения
• планиране на пенсиониране
• професионално проучване
• доброволно участие

Не включва: утежняване на работата/условията (виж Азбучен индекс: Обучение, умения, движение)

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96174-00 Форсирано изправяне на крайник

96174-01 Стречинг на мускул или сухожилие

96174-02 Стречинг на фасция

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ

Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

96160-00 Фототерапия, става
Ултравиолетова терапия на става

96161-00 Фототерапия, мека тъкан
Ултравиолетова терапия на меки тъкани

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96211-00 Прилагане на диатермични токове

92178-00 Топлинна терапия

96149-00 Лечение с нискочестотни токове

96149-01 Лечение със средночестотни токове

96149-02 Лечение с високочестотни токове

96149-03 Лечение с нискочестотно магнитно поле

96155-00 Стимулираща терапия, некласифицирана другаде
Лечение с терапевтичен лазер БДУ

Включва: електрическа невромускулна нервна стимулация [EMS]
функционална електростимулация [FES]
интерферентна терапия [IFT]
транскутанна електрическа нервна стимулация [TENS]

Забележка: Терапевтичното приложение на устройство (електрическо, лазер или ултразвук), който засилва или индуцира функционална активност в телесна част с цел подпомагане оздравяването и намаляване на болката

1879 Тренинг на други умения

Включва: оценка на прогреса

96151-00 Тренинг на други умения
Тренинг за шофьор
Тренинг за умения БДУ

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

1888 Хипербарна кислородна терапия

Хипербарна оксигенация

Включва: 100% оксигенация
тази при рана

13020-00 Хипербарна кислородна терапия, > 90 минути и ≤ 3 часа

1920 Приложение на фармакотерапия

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци
Приложение на фармакологичен агент през отвор
Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент
Йонофореза
Топично }
Трансдермално } приложение на фармакологичен агент

Не включва: приложение на фармакологичен агент през

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (двукратно – при приемане и преди изписване от лечебното заведение) и четири основни различни терапевтични процедури дневно, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Пациенти с диагнози G83.0 и G83.1, лекувани по тази клинична пътека, не могат да се лекуват със същите диагнози и по клинична пътека № 263 в рамките на една година. Изключения се допускат само за пациенти с травми на цервикалния отдел на гръбначния стълб (ниво С1 – С7), като травмите се доказват с образно изследване (КАТ/ЯМР). Тези образни изследвания имат давност до 24 месеца преди хоспитализацията.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностично лечебни методики и процедури задължително се отразяват в ИЗ, а физиотерапевтичните и ЛФК процедури във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Физикална и рехабилитационна медицина", осъществявана най-малко на **второ ниво** на компетентност, съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина".

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти със заболявания на нервната система до 1 месец (при медицински противопоказания до 3 месеца) от проведено болнично лечение за новооткрито или усложнено основно заболяване :

-определена потребност от физикална терапия и рехабилитация от специалистите по профила на основното заболяване, провели болничното лечение;

-изразени моно-, хеми-, квадри-, пара- парези/парализи;

-изразен дискоординационен синдром;

-изразен паркинсонов синдром.

1.2. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти със заболявания на нервната система в случаите на необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия и пациенти с трайно намалена трудоспособност над 70% по повод но основно заболяване.

1.3. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти със заболявания на нервната система, при които не е налице достъчен терапевтичен ефект от провежданата рехабилитация в извънболничата помощ по преценка на лекаря специалист, провеждащ амбулаторното диспансерно наблюдение на пациента и/или рехабилитацията.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Специалистът по физикална и рехабилитационна медицина при приемане на пациента прави подробен невро-кинезиологичен анализ и оценка на рехабилитационния потенциал на пациента, на базата на които формулира задачите на рехабилитацията и съставя конкретна индивидуално-съобразена рехабилитационна програма.

Основно място в рехабилитационната програма на пациентите заема кинезитерапията. След прецизно функционално тестуване лекарят-специалист по ФРМ определя към коя от основните групи се причислява болния и конкретизира диференцирания лечебен подход.

I група – болни с тежка степен на двигателен дефицит, при които липсва самостоятелна волева двигателна активност и/или походка или тя е възможна само с придружител и помощно средство.

II група – болни с умерена степен на двигателен дефицит и/или дискоординационен синдром, при които двигателната активност носи белези на волеви контрол и има налични (но трудно осъществими) активни волеви движения, походка и самообслужване; наблюдава се средно-тежка степен на статична и/или локомоторна и/или динамична атаксия.

III група – болни с по-леки степени на двигателен дефицит и/или координационни нарушения, при които страдат финитe и сложните движения. Двигателната дейност е богата и разнообразна без примитивни синергии. Спастичността е незначителна.

При индикации, преценени от лекуващия лекар – специалист по ФРМ се включват електростимулации с ниско- и средночестотни токове - за преодоляване на мускулния спастицитет.

При този вид физикално лечение се търси следният ефект:

възстановяване на мускулния дисбаланс чрез стимулиране на антагонистите на спастичните мускули, което по принципа на реципрочната инервация на Scherington води до релаксация на агонистите. Друг метод е директното въздействие върху спастичните мускули с инхибиращи токови параметри или синхронизирана електростимулация на агонисти и антагонисти с два токови кръга с различни параметри;

функционална стимулация за подпомагане на пациента с моно-/хеми-/пара-/квадрипареза при извършване на трудно осъществими движения.

Термотерапия. Важен момент в рехабилитацията на болните е подготовката за кинезитерапия, която цели релаксиране на мускулния тонус в агонистите. За тази цел се прилагат парафинови/кални апликации, лугови компреси, криотерапия, затоплящи или охлаждащи гелове, компреси по Кени и др.

Хидротерапия (балнеотерапия). Водолечебните и балнеологичните фактори трябва да се прилагат много внимателно, след преценка на състоянието на сърдечно-съдовата система. Най-общо показани са болни в първи функционален стадий по NYHA.

Фармакотерапия. Основните средства на рехабилитацията при заболявания на централната нервна система са физикалните фактори. Медикаменти, които улесняват провеждането на физикалното лечение, са миорелаксантите.

Методология за определяне функционалното състояние на болния и рехабилитационния потенциал:

тестуване на двигателната функция;

определяне стадия на функционално възстановяване по Brunnstrom (за пациенти с хемипареза);

тестуване на спастичност;

тестуване на координацията – статика (вкл. равновесие), локомоция (локомоторен тест), сложна и фина моторика (вкл. диадохокинезия);

тестуване на самостоятелността в дейностите на ежедневния живот (ДЕЖ) - за пациенти с хеми/квадрипареза по скалата на Barthel.

Забележка:

НЗОК заплаща клиничната пътека еднократно за периода на действие на Националния рамков договор за лечение на един пациент.

При диагнози с кодове I69 и G35 НЗОК заплаща клиничната пътека двукратно годишно за лечението на един пациент до 24-ия месец от инцидента/пристъпа, документирано доказано с епикриза. Разрешава се последователна повторна хоспитализация 14 дни годишно.

7. ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за: - степен на подобряване на двигателните и говорните функции (при отклонения) и самостоятелността в дейностите от ежедневния живот (ДЕЖ);

определен рехабилитационен петенциал и схема за последваща рехабилитация.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;

продължаване на лечението в извънболнични или домашни условия;

необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия.

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89), която е неразделна част от ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

"История на заболяването";

част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВА МОЗЪЧНО-СЪДОВАТА БОЛЕСТ?

Мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата страна. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат, както от високата заболеваемост и смъртност, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

За една година близо 80% от оцелелите получават в различна степен независимост от чужда помощ, а другите 20% - около 5% мъже и 15% жени остават приковани на легло. Физикалната терапия и рехабилитация е от решаващо значение за оптимално функционално възстановяване, профилактика на предотвратимата инвалидност и постигане на възможната според тежестта и вида на инсулта самостоятелност в ежедневната дейност.

Рехабилитацията на инсултно болните е много специфична и строго индивидуална. Тя е сложен и продължителен процес, който започва непосредствено след овладяване на коматозното състояние, особено активен е до 6-ия месец – 12 мес., когато функционалното възстановяване е най-бързо, но е удачно да продължи до 18-ия месец, след което следва поддържаща физикална терапия.

Физикалната терапия и рехабилитация на инсултно болните включва основно различни пасивни и активни физически упражнения и специализирани методи. Тя цели да възстанови в максимална степен нарушената двигателна функция, така че болният да бъде в състояние да се придвижва сам или с помощта на помощно средство и да се самообслужва. Към рехабилитационните мероприятия се отнасят и тези насочени към възстановяване на нарушенията в говора, трудотерапията - функционална и професионална, като крайната цел е успешна ресоциализация на индивида.

Успехът на рехабилитацията зависи не само от компетентността на съответните специалисти, а и от активното участие на болния и неговите близки. Необходимо е да се провежда системно, за да се постигнат търсените резултати.

КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВА МОНОПАРЕЗАТА/ХЕМИПАРЕЗАТА/ПАРАПАРЕЗАТА /КВАДРИПАРЕЗАТА?

Моно-/хеми-/пара-/квадрипарезата е синдром, който представлява невъзможност за активни движения на един/два/четирите крайника (ипсилатерални или едноименни ръка и крак в случаите с хемипареза), вследствие увреда на т.нар. централен двигателен неврон – нервни клетки с тела, разположени в кората на главния мозък и проводящите им пътища към периферията, осигуряващи движенията на различните части на тялото. Увредата на централния двигателен неврон води до настъпване на невъзможност или ограничение на активни движения на съответния горен и/или долен крайник, или едноименни горен и/или долен крайник, или четирите крайника; нарушение на походката и/или самообслужването.

Обикновено хемипарезата се съпътствува и от придружаващо *нарушение* (в различна степен) *на висшите корови функции* (нарушение на внимание, памет, способност за писане и четене, ориентация в пространството и др.). В случаите с увреда на кората на водещото полукълбо (ляво за повечето хора – т.нар.десняци; дясно при “леваци”) и разположените в нея центрове на говора (Брока и Вернике) хемипарезата се придружава и от *дизфазия* или *афазия* – нарушение (до пълна липса) на говора, водещо до смутено социално и професионално функциониране.

Периодика на провеждане на рехабилитацията: В първите 1-18 месеца след инцидента/пристъпа, предизвикал моно-/хеми-/квадрипарезата, *кинезитерапията* трябва да се провежда ежедневно, при постепенно натоварване и усложняване на упражненията; през 3-4 месеца са желателни и курсове с *термотерапия* и *преформирани физикални фактори* (напр. електростимулации, лазертерапия, лазерпунктура). След 18-ия месец до 5-6 година - се препоръчват комплексни рехабилитационни курсове (по възможност в специализирани центрове) - два пъти годишно; след 6-тата година – ежегодни курсове рехабилитация.

КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВА МУЛТИПЛЕНАТА СКЛЕРОЗА (МС)?

МС представлява хронично автоимунно заболяване на централната нервна система (главен и гръбначен мозък). Предаването на нервните импулси се нарушава поради възпаление с последваща деструкция на обвивката на нервите (базисния протеин на миелина) - процесът се нарича демиелинизация (или загуба на миелин). Развива се обикновено в най-активната възраст на човека (между 20-40 години), засяга по-често жени от бялата раса, може да доведе до тежка инвалидизация. Доказва се категорично с изследване на евокирани потенциали и ядрено-магнитно-резонансно изобразяване (Т2). Клиничната картина включва симптоми от страна на различни системи: неврит на зрителния нерв със смутено зрение, намаляване на силата и обема на движение в крайниците, спастично повишен мускулен тонус, нарушение в равновесието и координацията, затруднени походка и самообслужване, умора, възбудна сетивна симптоматика (парестезии, болка), промени в познавателните способности и в настроението (до депресия), нарушения на процесите на уриниране и дефекация, сексуални проблеми. Има различни форми: доброкачествена (бенигнена), пристъпно-ремитентна, вторично-прогредиентна, първично прогресираща. Препоръчва се прием на витамини, калций, пресни плодове и зеленчуци, полиненаситени мастни киселини, достатъчно течности (1,5 – 2 литра дневно); изключване от диетата на глутени, кафе, чай, какао. Пациентите би трябвало да избягват психо-емоционалния стрес, прекомерните физически натоварвания, излагането на високи температури, вирусните инфекции (препоръчва се поставяне на противогрипна ваксина).

Рехабилитацията е съществена част от цялостното лечение на болните от мултиплена склероза. Има значение както за възстановяване след пристъп, така и за поддържане на нарушените двигателни функции и предотвратяване на инвалидизацията. С различни кинезитерапевтични средства се цели нормализиране на мускулния тонус, поддържане и възстановяване на нарушените движения, подобряване на равновесието и координацията, стабилизиране на походката, обучение в извършване на дейности от ежедневието.

КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВА ПАРКИНСОНОВАТА БОЛЕСТ?

Паркинсонизмът (ПРК) се развива обикновено постепенно, с напредване на възрастта. Клиничната картина на ПРК-синдром включва: статичен тремор; мускулна ригидност; брадикинезия, хипо-/олигокинезия; редуциране (до липса) на физиологичните синкинезии; типични поза и походка; пулсионни феномени; психо-неврологични прояви - депресия, когнитивни разстройства, деменция и т.н. Към типичната ПРК-симптоматика на ранния паркинсонизъм при късния вариант се прибавят и усложненията от дълготрайната Levodopa-терапия (двигателни флуктуации, дистонии и дискинезии (on-off-phenomena, wearing-off effect, акинетични кризи, freezing-phenomenon; off-period dystonia, early morning dystonia; peak-dose dyskinesia, diphasic dyskinesias), невро-психична симптоматика); както и усложненията от прогресията на заболяването (епизоди на замръзване, дизавтономии (constipatio, уринарни смущения от хиперфункция на m.detrusor vesicae или от повишен тонус на m.sphincter externus urethrae; еректилна дисфункция при мъже; ортостатична хипотония; терморегулационни нарушения; сетивни прояви; дисфагия, себорея); а така също и характерните за късната възраст придружаващи страдания, водещи до повишен риск от инфекции, фрактури, намален коронарен и имунен резерв и т.н., което прави абсолютно необходимо навременното обхващане на този тип пациенти със системни курсове ФТР. При изграждане на рехабилитационната програма на паркинсоника се акцентуира преди всичко на активната кинезитерапия, насочена към подобряване на мускулната сила, обема на движение, поддържането на дихателната функция и самостоятелността в дейностите на ежедневния живот: упражнения за гъвкавост на гръбначния стълб и за поддържане силата и обема на движение на крайниците, за координация между погледа и ръцете; за стабилизиране на равновесието, за корекция на порочната поза и походка; дихателна гимнастика; обучение в дейности на ежедневния живот, усвояване на прийоми за изправяне (ставане от пода, от стола и от леглото); мимическа гимнастика; тренировка на дикцията и на почерка. Целта е (на фона на постоянна антипаркинсонова медикаментозна терапия) да се подобри качеството на живот на паркинсоника и да се увеличи самостоятелността му в ежедневието.

Какви са целите и задачите на физикално-терапевтичната и рехабилитационна програма при пациентите със заболявания на централната нервна система:

- увеличаване обема на движение и силата на паретичния/-ните крайник/-ци;
- подобряване на координационните нарушения;
- вертикализация (изправяне) на пациента;
- обучение в ходене; стабилизиране на равновесието и походката;
- обучение в самообслужване в дейностите на ежедневния живот (ДЕЖ)
- възстановяване (доколкото е възможно) на комуникативните функции (говора);
- ресоциализация;
- емоционално тонизиране;
- предотвратяване на усложненията;
- по възможност – професионално преориентиране.

Какви УСЛОЖНЕНИЯ могат да настъпят при нередовна хигиена и недостатъчно обгрижване на пациентите, при нередовно приемане на лекарства и при несистемна рехабилитация?

- утежняване на заболяването;
- нов инцидент /пристъп /влошаване на състоянието;
- залежаване със затрудняване на походката и самообслужването;
- контрактури (стегнатост до невъзможност за опъване на някои стави на засегнатите крайниците);
- сублуксация (разместване в раменната става);

- хипостатични пневмонии (от залежаване);
- камъни в пикочния мехур с последващи чести уроинфекции (до уросепсис);
- декубитални рани.

Изграждането на качествена, индивидуално съобразена рехабилитационна програма за пациентите със заболявания на централната нервна система включва участие на различни медицински професионалисти, обединени в *рехабилитационен екип* (личен лекар, специалист по физикална и рехабилитационна медицина, невролог, кардиолог, ендокринолог, офталмолог, уролог, гинеколог, сексолог, рехабилитатор). Важно е да проявите желание за сътрудничество и да предоставите на лекуващия Ви лекар – специалист по физикална и рехабилитационна медицина пълната медицинска документация от всички проведени от Вас консултации (по възможност при постъпването Ви в рехабилитационното заведение).

Активното участие на пациента в рехабилитационния процес е необходимо и задължително условие за осигуряване на положителен ефект от физикалната терапия и рехабилитация.

Препоръчително е усвояване на кинезитерапевтичния комплекс (от активни двигателни упражнения, дихателна гимнастика, аналитична гимнастика, упражнения за равновесие и координация, упражнения за стабилизиране на походката и т.н.) и продължаване на кинезитерапията в домашни условия (по възможност под контрол в огледало или от близък човек).

При неясноти по отношение рехабилитационните процедури – моля, поискайте подробно обяснение от лекуващия лекар.

Отказът Ви от сътрудничество на рехабилитационния екип може да намали ефективността на нашите усилия.

КП № 262.2 ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ НА БОЛЕСТИ НА ЦЕНТРАЛНА НЕРВНА СИСТЕМА КАТО ПОСЛЕДИЦИ ОТ МОЗЪЧНО-СЪДОВА БОЛЕСТ СЛЕД НЕПОСРЕДСТВЕНА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ ОТ ПРОФИЛИРАНА КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОСНОВНОТО ЗАБОЛЯВАНЕ

1. БОЛНИЧЕН ПРЕСТОЙ – 7 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Последици от мозъчносъдова болест

Забележка: Тази рубрика се използва, за да се означат състоянията, включени в рубриките I60 - I67 като причина за последици, които сами по себе си са класифицирани другаде. "Последиците" включват състояния, посочени като такива или като остатъчни явления, т.е. които са налице една година или повече след възникване на причинното състояние.

I69.0 Последици от субарахноидален кръвоизлив

I69.1 Последици от вътремозъчен кръвоизлив

I69.2 Последици от друг нетравматичен вътречерепен кръвоизлив

I69.3 Последици от мозъчен инфаркт

I69.4 Последици от инсулт, неуточнен като кръвоизлив или инфаркт на мозъка

I89.0 Лимфедем, некласифициран другаде

Лимфангиектазия

I89.1 Лимфангит

Лимфангит:

- БДУ
- хроничен
- подостър

I89.8 Други уточнени неинфекциозни болести на лимфните съдове и лимфните възли

Хидроцеле(нефилариозно)

Липомеланотична ретикулоза

I89.9 Неинфекциозна болест на лимфните съдове и лимфните възли, неуточнена

Болест на лимфните съдове БДУ

I97.2 Синдром на лимфедем след мастектомия

Елефантиаза } дължащи се на мастектомия

Облитерация на лимфните съдове }

Код Z50.1 се използва задължително като водеща диагноза за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва да бъдат посочени съответното остатъчно състояние, последвано от причината.

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1820 Физиологична оценка

96192-00 Функционална оценка

96019-00 Биомеханична оценка
Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване)
Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност)
Мобилност/анализ на походка
Мускулоскелетна оценка
Оценка на стоежа

Не включва: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822])
обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

96037-00 Друга оценка, консултация или оценяване
Оценка }
Консултация }
Оценяване } БДУ
Интервю }

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96159-00 Обем на движение/тестване на мускул със специализирана техника
Изокинетично тестване

91906-00 Измерване дължина на крайник

92210-00 Антропометрия (мензурация)

1822 Оценка на лична грижа и други дейности на ежедневен\независим живот

96021-00 Оценка на грижите за себе си
Оценка на ежедневни умения и дейности
Оценка на:
- къпане/душ
- миене на зъби
- обличане [дрехи]
- хранене
- изхранване
- функционална комуникация
- чистене
- мобилност в средата
- тоалет
- измиване на косата

Не включва:оценка на:
- стареене (96023-00 [1824])
- хранителен прием (диетичен) (калоричен) (96026-00 [1822])
- поддържане на здравето и възстановяване (96022-00 [1822])
- поддържане на дома (96028-00 [1822])

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

1952 Компютърна томография на мозък	
56001-00	Компютърна томография на мозък
56007-00	Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя
1959 Компютърна томография на гръбначен стълб	
56220-00	Компютърна томография на гръбначен стълб, цервикален отдел
56221-00	Компютърна томография на гръбначен стълб, торакален отдел
56223-00	Компютърна томография на гръбначен стълб, лумбосакрален отдел
56233-00	Компютърна томография на гръбначен стълб, множество отдели
1923 Хематологични изследвания	
91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-06	Морфология на еритроцити – визуално микроскопско изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите
91910-08	Изследване на време на кървене
91904-04	Изследване на фактори на коагулация фактор II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII
91913-01	Изследване на тромбоцити
91910-09	Изследване на протромбиново време
1924 Биохимични изследвания	
91910-03	Кръвно-захарен профил
91910-12	Клинично-химични изследвания за глюкоза
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-15	Клинично-химични изследвания за общ билирубин
91910-16	Клинично-химични изследвания за директен билирубин
91910-17	Клинично-химични изследвания за общ белтък
91910-18	Клинично-химични изследвания за албумин
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Клинично-химични изследвания за Креатинкиназа (КК)
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-31	Клинично-химични изследвания за алфа-амилаза
91910-32	Клинично-химични изследвания за липаза
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий

1926 Микробиологични изследвания

91920-02 Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност
Включва: урокултура
Антибиограма

92184-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от трахея и/или бронх и/или плевра и/или бял дроб и/или друга гръдна проба и/или храчка за култура и чувствителностМикроскопско изследване на проба от трахея, бронх, плевра, бял дроб, друга гръдна проба и храчка за култура и чувствителност

91937-01 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

91908-02 Микроскопско изследване на проба от горния храносмилателен тракт и/ или повърнати материи за култура и чувствителност

91919-05 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от долния храносмилателен тракт и изпражнения за култура и чувствителност

91913-10 Други микробиологични/микроскопски изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1601 Превръзка на друга рана

30055-00 Превръзка на рана
Смяна на превръзка

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук
Не включва: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

96153-00 Хидротерапия
Забележка: Външната употреба на вода, топла и/или студена, в терапевтично поведение на болест или травма. Използване на влажна топлина и гореща вода помага за успокояване на болката и подобрява циркулацията, подпомага релаксацията и намалява мускулния спазъм и включва мерки като топли вани, топли превръзки и компреси. Използване на студена вода помага за намаляване на телесната температура, намалява отока и свива кръвоносните съдове и включва мерки като студени превръзки, ледени компреси, студени вани и душ. Специално оборудване като резевоар на Hubbard или вани с джа-кузи са снабдени с устройства,които механично разклащат водата, осигурявайки по този начин фин масаж в допълнение към терапевтичните ефекти на топлината.
Не включва: хидродилатация на пикочен мехур (36827-00 [1108])
хидротубация на фалопиеви тръби (35703-01 [1248], 35703-00 [1258])
тези, които индуцират:
• хипертермия (92178-00 [1880])
• хипотермия (22065-00 [1880])

22065-00 Студотерапия
Хипотермична терапия
Хипотермия на цяло тяло
Забележка: Използване на студ в терапевтично поведение при болест или травма. Хипотермия може да бъде индуцирана с ледени превръзки или компреси, охлаждащи чаршафи, поставяне в студена вода (вана или ведро) или чрез екстракорпорално охлаждане на кръвта. Хипотермия може да бъде също индуцирана като предпазна мярка при някои сърдечно-съдови или

неврологични хирургични процедури или като допълнение към анестезията при хирургични процедури на крайници.

Не включва: криотерапевтична деструкция на тъкани (виж Индекс: Криотерапия, по локализация)
дълбока хипотермия (22075-00 [642])
стомашна хипотермия (13500-00 [1899])
хипотермична терапия заедно със сърдечен и циркулаторен арест (22075-00 [642])

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения
96061-01 Позиционна терапия
96061-03 Аналитична лечебна физкултура
96193-00 Упражнения срещу съпротива
96162-00 Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде
Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, проникване или седираща терапия

Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:
• акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката
• разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани

Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905])
масаж:
• сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
• простата (92131-00 [1904])
• ректум (92094-00 [1899])

96061-02 Механотерапия
96194-00 Подводна гимнастика
96194-01 Подводно струев масаж
96194-02 Криоелектрофореза
96194-03 Рекреационна (възстановителна) терапия
Занимателна терапия
Игрова терапия
93173-00 Акупунктура

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

Включва: адхезивни подложки
изкуствен [протезен] крайник(ци)
подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване за:
• игра/свободно време
• продуктивност
• грижи за себе си/поддържане
слухова помощ [кохлеарен имплант] [слухова помощ]
превръзки
подпори
скоби
гипсови шини (фибростъкло) (гипс) (пластмаса)

комуникационни системи (спешен отговор, системи за повикване, телефони)
корсет
патерици
превръзки (Velpeau)
еластичен чорап(и)
електронен уред за походка
електротактилна/вибротактилна помощ
обувки, произведени за специални нужди, напр. подпомагане на походка, адаптация на стойка или да се подпомогне употребата на протеза
устройство за променливо налягане
системи за поставяне на медикаменти
шийни укрепващи средства [шийна яка]
ортеза БДУ
успоредни пръчки
пресиращи превръзки [Gibney бандаж] [Robert Jones бандаж] [Shanz превръзка]
пресиращи панталони [анти-шокови] [MAST панталони]
[съдовопневматично устройство]
ортези БДУ
релси
ребрен колан
седалка
гръбначно подпомагане
шина (акрилна) (корона) (метална шина) (филцова) (силиконова) (термопластична)
бинтов бандаж
поддържаща рамка
термопластична шина (динамична) (статична)
зрителна помощ [контактни лещи] [очила] [призми] [очила]
бастун
подвижен стол

Забележка: Този блок класифицира външни фиксиращи средства, които са най-общо неинвазивни по същност. Външни фиксиращи устройства, които са инвазивни (т.е. прикрепени към костта) са класифицирани другаде. виж Азбучния индекс за упътване.

Не включва: поставяне на:
• имобилизиращи устройства при фрактура и луксация (виж Индекс: Имобилизация, фрактура или имобилизация, луксация)
• опъващи устройства класифицирани другаде (виж Индекс: Опъване)
имплантация на протезни устройства на крайник (виж Индекс: Имплантация, протеза)
поставяне на протезни устройства (виж Индекс: Поставяне, протеза)
интервенции, включващи подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване, класифицирани другаде:
• оценка нужда от устройство (96024-00 [1822])
• подпомагане поставяне на устройство (96165-00 [1914])
• консултиране или обучение свързано с устройство (96071-00 [1867])
• измерване на устройство (96024-00 [1822])
• предписване на устройство (96024-00 [1822])
• само разглеждане на устройство (96025-00 [1822])
• трениране на умения за използване на устройство (96142-00 [1878])

90531-00 Тракция, некласифицирана другаде
Ръчна или механична тракция БДУ

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Не включва: поставяне на превръзка на:
- изгаряне (виж блок [1600])
- рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

1876 Умения, придобити по време на движение

96130-00 Умения за обучение в дейности, свързани с положение на тялото\мобилност\движение
Разходка и тренинг на походка
Тренинг на движение и позициониране на тялото като:
- движения в леглото
- извиване
- обръщане
- лягане до сядане
- седнал до изправяне
- баланс при седнало положение
- сядане извън леглото
- клякане
- баланс при изправено положение
- изправяне

Поддържане на стойка
Трениране умения в методи за подобряване осъзнаване на интегрирано движение напр.метод на Feldenkrais, Tai Chi, Yoga

Не включва: двигателна терапия (96115 to 96129 [1876])
тези, където главната цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

96131-00 Умения за обучение в дейности,свързани с придвижване
Трениране на умения за придвижване до/от:
- банята
- леглото
- стол
- пода
- душ
- тоалет
- количка

Не включва: такова при влизане и излизане от басейн за хидротерапия (96150-00 [1879])
такова, където главна цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

1878 Умения за лична хигиена и други ежедневни дейности / независим живот

96142-00 Обучение на умения в използване на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Разходка и тренинг на походка във връзка с употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване

Рехабилитационен тренинг при употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Двигателен тренинг с помощни средства
Тренинг на умения в:
- поставяне на превръзки и бандажи
- системи за поставяне на медикаменти

Забележка: За списък на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване виж[1878])
Обучение за системи за поставяне на медикаменти включва умения и управление в употреба на системи за поставяне на медикаменти като инхалатори с мерителна доза, стимулиращи дишането устройства, небулайзери, трансдермални лекарствени системи и продължителни парентерални инфузии. Също включва подпомагащи помощни средства.

Не включва: имплантиране на кохлеарно протезно устройство (41617-00 [329])
изваждане на кохлеарно протезно устройство (41617-01 [329])

96146-00 Професионални умения и професионално обучение
Тренинг на умения в:
- намиране на работа
- изпълнение на работни задължения
- планиране на пенсиониране
- професионално проучване
- доброволно участие

Не включва: утежняване на работата/условията (виж Азбучен индекс: Обучение, умения, движение)

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96174-00 Форсирано изправяне на крайник

96174-01 Стречинг на мускул или сухожилие

96174-02 Стречинг на фасция

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ

Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

96160-00 Фототерапия, става
Ултравиолетова терапия на става

96161-00 Фототерапия, мека тъкан
Ултравиолетова терапия на меки тъкани

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96211-00 Прилагане на диатермични токове

92178-00 Топлинна терапия

96149-00 Лечение с нискочестотни токове

96149-01 Лечение със средночестотни токове

96149-02 Лечение с високочестотни токове

96149-03 Лечение с нискочестотно магнитно поле

96155-00 Стимулираща терапия, некласифицирана другаде
Лечение с терапевтичен лазер БДУ

Включва: електрическа невромускулна нервна стимулация [EMS]
функционална електростимулация [FES]

интерферентна терапия [IFT]
транскутанна електрическа нервна стимулация [TENS]
Забележка: Терапевтичното приложение на устройство (електрическо, лазер или ултразвук), който засилва или индуцира функционална активност в телесна част с цел подпомагане оздравяването и намаляване на болката

1879 Тренинг на други умения

Включва: оценка на прогреса

96151-00 Тренинг на други умения
Тренинг за шофьор
Тренинг за умения БДУ

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

1888 Хипербарна кислородна терапия

Хипербарна оксигенация
Включва: 100% оксигенация
тази при рана

13020-00 Хипербарна кислородна терапия, > 90 минути и ≤ 3 часа

1920 Приложение на фармакотерапия

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент
Виж допълнителни знаци
Приложение на фармакологичен агент през отвор
Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент
Йонофореза
Топично }
Трансдермално } приложение на фармакологичен агент
Не включва: приложение на фармакологичен агент през

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични, (двукратно - при приемане и преди изписване от лечебното заведение**), /едната е ЕКГ с код по КСМП 11700-00 /при прием с гръдна болка, преди изписване - по преценка/** и четири основни различни терапевтични процедури дневно, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностични процедури задължително се отразяват в ИЗ, а терапевтичните - във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. <u>УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Физикална и рехабилитационна медицина", осъществявана на **трето ниво** на компетентност, съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура

1. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина
2. Отделение/клиника по неврология или неврохирургия
3. Клинична лаборатория
4. Микробиологична лаборатория
5. Отделение по Образна диагностика от второ ниво на компетентност /осигуряващо КТ/МРТ/

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

най-малко трима лекари, от които най-малко двама с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

най-малко трима лекари, от които най-малко двама с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти със заболявания на нервната система до 1 месец (при медицински противопоказания до 3 месеца) от проведено болнично лечение за новооткрито или усложнено/рецидив/ основно заболяване :

- определена потребност от физикална терапия и рехабилитация от специалистите по профила на основното заболяване, провели болничното лечение;
- изразени моно-, хеми-, квадри-, пара- парези/парализи;
- изразен дискоординационен синдром;
- липсваща или силно ограничена автономност - Оценка по Бартел индекс под 70

5б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Медико-диагностични изследвания на биологичен материал /кръв/ и образни изследвания се извършват по преценка на лекуващия лекар.

Задължителни са ежедневни декурзуси от наблюдаващ невролог за пациенти с хемипарези, параплегии, хемиплегии и тетраплегии.

Специалистът по физикална и рехабилитационна медицина при приемане на пациента прави подробен невро-кинезиологичен анализ и оценка на рехабилитационния потенциал на пациента, на базата на които формулира задачите на рехабилитацията и съставя конкретна индивидуално - съобразена рехабилитационна програма.

Основно място в рехабилитационната програма на пациентите заема кинезитерапията. След прецизно функционално тестуване лекарят-специалист по ФРМ определя към коя от основните групи се причислява болния и конкретизира диференцирания лечебен подход.

I група - болни с тежка степен на двигателен дефицит, при които липсва самостоятелна волева двигателна активност и/или походка или тя е възможна само с придружител и помощно средство.

II група - болни с умерена степен на двигателен дефицит и/или дискоординационен синдром, при които двигателната активност носи белези на волеви контрол и има налични (но трудно осъществими) активни волеви движения, походка и самообслужване; наблюдава се средно-тежка степен на статична и/или локомоторна и/или динамична атаксия.

III група - болни с по-леки степени на двигателен дефицит и/или координационни нарушения, при които страдат финитe и сложните движения. Двигателната дейност е богата и разнообразна без примитивни синергии. Спастичността е незначителна.

ЕКГ задължително се извършва при прием на пациента и гръдна болка, а при изписване - по преценка. Задължително при гръдна болка е да се извърши консулт с кардиолог.

При пациенти с декубитални рани е задължителен консулт с хирург/пластичен хирург.

При индикации, преценени от лекуващия лекар - специалист по ФРМ се включват електростимулации с ниско- и средночестотни токове - за преодоляване на мускулния спастицитет.

При този вид физикално лечение се търси следният ефект:

• възстановяване на мускулния дисбаланс чрез стимулиране на антагонистите на спастичните мускули, което по принципа на реципрочната инервация на Scherington води до релаксация на агонистите. Друг метод е директното въздействие върху спастичните мускули с инхибиращи токови параметри или синхронизирана електростимулация на агонисти и антагонисти с два токови кръга с различни параметри;

• функционална стимулация за подпомагане на пациента с моно-/хеми-/пара-/квадри-пареза при извършване на трудно осъществими движения.

Термотерапия. Важен момент в рехабилитацията на болните е подготовката за кинезитерапия, която цели релаксиране на мускулния тонус в агонистите. За тази цел се прилагат парафинови/кални апликации, лугови компреси, криотерапия, затоплящи или охлаждащи гелове, компреси по Кени и др.

Хидротерапия (балнеотерапия). Водолечебните и балнеологичните фактори трябва да се прилагат много внимателно, след преценка на състоянието на сърдечно-съдовата система. Най-общо показани са болни в първи функционален стадий по NYHA.

Фармакотерапия. Основните средства на рехабилитацията при заболявания на централната нервна система са физикалните фактори. Медикаменти, които улесняват провеждането на физикалното лечение, са миорелаксантите.

Методология за определяне функционалното състояние на болния и рехабилитационния потенциал:

• тестуване на двигателната функция;

• определяне стадия на функционално възстановяване по Brunnstrom (за пациенти с хемипареза);

• тестуване на спастичност;

• тестуване на координацията - статика (вкл. равновесие), локомоция (локомоторен тест), сложна и фина моторика (вкл. диадохокинезия);

• тестуване на самостоятелността в дейностите на ежедневния живот (ДЕЖ) - за пациенти с хеми/квадрипареза по скалата на Barthel.

• Специализирани кинезитерапевтични методики - Кабат и Бобат - индивидулна кинезитерапия според нуждите на пациента

Забележка:

НЗОК заплаща клиничната пътека еднократно за всеки нов инцидент, доказан с епикриза от пролежаване в специализирана структура по профилната специалност.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Пациентът се хоспитализира за провеждане на рехабилитационен комплекс след остър инцидент или доказано влошаване/рецидив/ на хронично състояние, при включена диагноза от посочения по-горе блок.

7. ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

1. Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за:

- степен на подобряване на двигателните и говорните функции (при отклонения) и самостоятелността в дейностите от ежедневния живот (ДЕЖ);
- определен рехабилитационен петенциал и схема за последваща рехабилитация.

2. Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

- контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
- продължаване на лечението в извънболнични или домашни условия;
- необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия.

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение - изпълнител на болнична помощ.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89), която е неразделна част от ИЗ.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)
КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВА МОЗЪЧНО-СЪДОВАТА БОЛЕСТ?

Мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата страна. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат, както от високата заболеваемост и смъртност, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни.

За една година близо 80% от оцелелите получават в различна степен независимост от чужда помощ, а другите 20% - около 5% мъже и 15% жени остават приковани на легло. Физикалната терапия и рехабилитация е от решаващо значение за оптимално функционално възстановяване, профилактика на предотвратимата инвалидност и постигане на възможната според тежестта и вида на инсулта самостоятелност в ежедневната дейност.

Рехабилитацията на инсултно болните е много специфична и строго индивидуална. Тя е сложен и продължителен процес, който започва непосредствено след овладяване на коматозното състояние, особено активен е до 6-ия месец - 12 мес., когато функционалното възстановяване е най-бързо, но е удачно да продължи до 18-ия месец, след което следва поддържаща физикална терапия.

Физикалната терапия и рехабилитация на инсултно болните включва основно различни пасивни и активни физически упражнения и специализирани методи. Тя цели да възстанови в максимална степен нарушената двигателна функция, така че болният да бъде в състояние да се придвижва сам или с помощта на помощно средство и да се самообслужва. Към рехабилитационните мероприятия се отнасят и тези насочени към възстановяване на нарушенията в говора, трудотерапията - функционална и професионална, като крайната цел е успешна ресоциализация на индивида.

Успехът на рехабилитацията зависи не само от компетентността на съответните специалисти, а и от активното участие на болния и неговите близки. Необходимо е да се провежда системно, за да се постигнат търсените резултати.

КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВА МОНОПАРЕЗАТА/ХЕМИПАРЕЗАТА/ПАРАПАРЕЗАТА /КВАДРИПАРЕЗАТА?

Моно-/хеми-/пара-/квадрипарезата е синдром, който представлява невъзможност за активни движения на един/два/четирите крайника (ипсилатерални или едноименни ръка и крак в случаите с хемипареза), вследствие увреда на т.нар. централен двигателен неврон – нервни клетки с тела, разположени в кората на главния мозък и проводящите им пътища към периферията, осигуряващи движенията на различните части на тялото. Увредата на централния двигателен неврон води до настъпване на невъзможност или ограничение на активни движения на съответния горен и/или долен крайник, или едноименни горен и/или долен крайник, или четирите крайника; нарушение на походката и/или самообслужването.

Обикновено хемипарезата се съпътствува и от придружаващо *нарушение* (в различна степен) *на висшите корови функции* (нарушение на внимание, памет, способност за писане и четене, ориентация в пространството и др.). В случаите с увреда на кората на водещото полукълбо (ляво за повечето хора -т. нар. десняци; дясно при “леваци”) и разположените в нея центрове на говора (Брока и Вернике) хемипарезата се придружава и от *дизфазия* или *афазия* - нарушение (до пълна липса) на говора, водещо до смутено социално и професионално функциониране.

Периодика на провеждане на рехабилитацията: В първите 1-18 месеца след инцидента/пристъпа, предизвикал моно-/хеми-/квадрипарезата, *кинезитерапията* трябва да се провежда ежедневно, при постепенно натоварване и усложняване на упражненията; през 3-4 месеца са желателни и курсове с *термотерапия* и *преформирани физикални фактори* (напр. електростимулации, лазертерапия, лазерпунктура). След 18-ия месец до 5-6 година - се препоръчват комплексни рехабилитационни курсове (по възможност в специализирани центрове) - два пъти годишно; след 6-тата година - ежегодни курсове рехабилитация.

КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВА МУЛТИПЛЕНАТА СКЛЕРОЗА (МС)?

МС представлява хронично автоимунно заболяване на централната нервна система (главен и гръбначен мозък). Предаването на нервните импулси се нарушава поради възпаление с последваща деструкция на обвивката на нервите (базисния протеин на миелина) - процесът се нарича демиелинизация (или загуба на миелин). Развива се обикновено в най-активната възраст на човека (между 20 - 40 години), засяга по-често жени от бялата раса, може да доведе до тежка инвалидизация. Доказва се категорично с изследване на евокирани потенциали и ядрено-магнитно-резонансно изобразяване (Т2). Клиничната картина включва симптоми от страна на различни системи: неврит на зрителния нерв със смутено зрение, намаляване на силата и обема на движение в крайниците, спастично повишен мускулен тонус, нарушение в равновесието и координацията, затруднени походка и самообслужване, умора, възбудна сетивна симптоматика (парестезии, болка), промени в познавателните способности и в настроението (до депресия), нарушения на процесите на уриниране и дефекация, сексуални проблеми. Има различни форми: доброкачествена (бенигнена), пристъпно-ремитентна, вторично-прогредиентна, първично прогресираща. Препоръчва се прием на витамини, калций, пресни плодове и зеленчуци, полиненаситени мастни киселини, достатъчно течности (1,5 - 2 литра дневно); изключване от диетата на глутени, кафе, чай, какао. Пациентите би трябвало да избягват психо-емоционалния стрес, прекомерните физически натоварвания, излагането на високи температури, вирусните инфекции (препоръчва се поставяне на противогрипна ваксина).

Рехабилитацията е съществена част от цялостното лечение на болните от мултиплена склероза. Има значение както за възстановяване след пристъп, така и за поддържане на нарушените двигателни функции и предотвратяване на инвалидизацията. С различни кинезитерапевтични средства се цели нормализиране на мускулния тонус, поддържане и възстановяване на нарушените движения, подобряване на равновесието и координацията, стабилизиране на походката, обучение в извършване на дейности от ежедневието.

КАКВО ПРЕДСТАВЛЯВА ПАРКИНСОНОВАТА БОЛЕСТ?

Паркинсонизмът (ПРК) се развива обикновено постепенно, с напредване на възрастта. Клиничната картина на ПРК-синдром включва: статичен тремор; мускулна ригидност; брадикинезия, хипо-/олигокинезия; редуциране (до липса) на физиологичните синкинезии; типични поза и походка; пулсионни феномени; психо-неврологични прояви - депресия, когнитивни разстройства, деменция и т.н. Към типичната ПРК-симптоматика на ранния паркинсонизъм при късния вариант се прибавят и усложненията от дълготрайната Levodopa-терапия (двигателни флуктуации, дистонии и дискинезии (on-off-phenomena, wearing-off effect, акинетични кризи, freezing-phenomenon; off-period dystonia, early morning dystonia; peak-dose dyskinesia, diphasic dyskinesias), невро-психична симптоматика); както и усложненията от прогресията на заболяването (епизоди на замръзване, дизавтономии (constipatio, уринарни смущения от хиперфункция на m.detrusor vesicae или от повишен тонус на m.sphincter externus urethrae; еректилна дисфункция при мъже; ортостатична хипотония; терморегулационни нарушения; сетивни прояви; дисфагия, себорея); а така също и характерните за късната възраст придружаващи страдания, водещи до повишен риск от инфекции, фрактури, намален коронарен и имунен резерв и т.н., което прави абсолютно необходимо навременното обхващане на този тип пациенти със системни курсове ФТР. При изграждане на рехабилитационната програма на паркинсоника се акцентуира преди всичко на активната кинезитерапия, насочена към подобряване на мускулната сила, обема на движение, поддържането на дихателната функция и самостоятелността в дейностите на ежедневния живот: упражнения за гъвкавост на гръбначния стълб и за поддържане силата и обема на движение на крайниците, за координация между погледа и ръцете; за стабилизиране на равновесието, за корекция на порочната поза и походка; дихателна гимнастика; обучение в дейности на ежедневния живот, усвояване на прийоми за изправяне (ставане от пода, от стола и от леглото); мимическа гимнастика; тренировка на дикцията и на почерка. Целта е (на фона на постоянна антипаркинсонова медикаментозна терапия) да се подобри качеството на живот на паркинсоника и да се увеличи самостоятелността му в ежедневието.

Какви са целите и задачите на физикално-терапевтичната и рехабилитационна програма при пациентите със заболявания на централната нервна система:

- увеличаване обема на движение и силата на паретичния/-ните крайник/-ци;
- подобряване на координационните нарушения;
- вертикализация (изправяне) на пациента;
- обучение в ходене; стабилизиране на равновесието и походката;
- обучение в самообслужване в дейностите на ежедневния живот (ДЕЖ)
- възстановяване (доколкото е възможно) на комуникативните функции (говора);

- ресоциализация;
- емоционално тонизиране;
- предотвратяване на усложненията;
- по възможност – професионално преориентиране.

Какви УСЛОЖНЕНИЯ могат да настъпят при нередовна хигиена и недостатъчно обгрижване на пациентите, при нередовно приемане на лекарства и при несистемна рехабилитация?

- утежняване на заболяването;
- нов инцидент /пристъп /влошаване на състоянието;
- залежаване със затрудняване на походката и самообслужването;
- контрактури (стегнатост до невъзможност за опъване на някои стави на засегнатите крайниците);
- сублуксация (разместване в раменната става);
- хипостатични пневмонии (от залежаване);
- камъни в пикочния мехур с последващи чести уроинфекции (до уросепсис);
- декубитални рани.

Изграждането на качествена, индивидуално съобразена рехабилитационна програма за пациентите със заболявания на централната нервна система включва участие на различни медицински професионалисти, обединени в *рехабилитационен екип* (личен лекар, специалист по физикална и рехабилитационна медицина, невролог, кардиолог, ендокринолог, офталмолог, уролог, гинеколог, сексолог, рехабилитатор). Важно е да проявите желание за сътрудничество и да предоставите на лекуващия Ви лекар – специалист по физикална и рехабилитационна медицина пълната медицинска документация от всички проведени от Вас консултации (по възможност при постъпването Ви в рехабилитационното заведение).

Активното участие на пациента в рехабилитационния процес е необходимо и задължително условие за осигуряване на положителен ефект от физикалната терапия и рехабилитация.

Препоръчително е усвояване на кинезитерапевтичния комплекс (от активни двигателни упражнения, дихателна гимнастика, аналитична гимнастика, упражнения за равновесие и координация, упражнения за стабилизиране на походката и т.н.) и продължаване на кинезитерапията в домашни условия (по възможност под контрол в огледало или от близък човек).

При неясноти по отношение рехабилитационните процедури – моля, поискайте подробно обяснение от лекуващия лекар.

Отказът Ви от сътрудничество на рехабилитационния екип може да намали ефективността на нашите усилия.“

КП № 263.1
ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ БОЛЕСТИ НА ПЕРИФЕРНА НЕРВНА СИСТЕМА

1. Минимален болничен престой – 7 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури
Не включва: консултации (Z70—Z71)
Z50.8 Лечение, включващо други видове рехабилитационни процедури
Обучение за начини на самообслужване, НКД

Увреждания на лицевия нерв
Включва: увреждания на 7-я черепномозъчен нерв
G51.0 Парализа на Bell
Лицева парализа

Увреждания на нервни коренчета и плексуси
Не включва: травматични увреждания на нервни коренчета и плексуси — виж травми на нервите в различните области на тялото
увреждания на междупрешленните дискове (M50—M51)
невралгия или неврит БДУ (M79.2) неврит или радикулит:
брахиален БДУ
лумбален БДУ
лумбо-сакрален БДУ (M54.1)
• торакален БДУ
радикулит БДУ радикулопатия БДУ
спондилоза (M47.—)
G54.0 Увреждания на брахиалния плексус Инфраторакален синдром
G54.1 Увреждания на лумбо-сакралния плексус
G54.2 Увреждания на шийните коренчета
G54.4 Увреждания на лумбо-сакралните коренчета

Притискане на нервни коренчета и плексуси при болести, класифицирани другаде
G55.1* Притискане на нервни коренчета и плексуси при болести на междупрешленните дискове (M50—M51†)
G55.2* Притискане на нервни коренчета и плексуси при спондилоза (M47.—†)

Мононевропатии на долен крайник
Не включва: травматични увреждания на нерв — виж травми на нервите в различните области на тялото
G57.0 Увреждане на седалищния нерв ***Не включва:*** ишиас:
БДУ (M54.3)
свързан с увреждане на междупрешленния диск (M51.1)
G57.2 Увреждане на бедрения нерв
G57.3 Увреждане на n. fibularis
Увреждане на фибуларния (перонеалния) нерв
G57.4 Увреждане на n. tibialis

Други мононевропатии

G58.7 Множествен мононеврит

Наследствена и идиопатична невропатия

G60.0 Наследствена моторна и сетивна невропатия

Болест на:
Charcot-Marie-Tooth
Déjerine-Sottas
Наследствена моторна и сетивна невропатия, типове I-IV
Хипертрофична невропатия при деца
Перонеална мускулна атрофия (аксонален тип)(хипертрофичен тип)
Синдром на Roussy-Levy

G60.2 Невропатия в съчетание с наследствена атаксия

Възпалителна полиневропатия

G61.0 Синдром на Guillain-Barré

Остър (пост-)инфекциозен полиневрит

G61.8 Други възпалителни полиневропатии

Други полиневропатии

G62.0 Медикаментозна полиневропатия

При необходимост от идентифициране на лекарственото средство се използва допълнителен код за външни причини (клас XX).

Други паралитични синдроми

Забележка: Тази рубрика следва да се използва за първично кодиране само тогава, когато за състоянията се съобщава без допълнително уточняване или се потвърждава, че те са установени отдавна, или съществуват продължително време, но тяхната причина е неуточнена. Рубриката се използва също при кодиране по множество причини за идентифициране на тези състояния, предизвикани от всякаква причина.

Включва: парализа (пълна) (непълна), освен посочената в рубриките G80—G82

G83.0 Диплегия на горни крайници Диплегия (горна)

Парализа на двата горни крайника **G83.1**

Моноплегия на долен крайник

Парализа на долен крайник

Последици от травми на горен крайник

T92.4 Последици от травма на нервите на горен крайник

Последици от травми, класифицирани в рубриките S44.—, S54.—, S64.— и T11.3

Последици от травми на долен крайник

T93.4 Последици от травма на нерви на долен крайник

Последици от травми, класифицирани в рубриките S74. —, S84.—, S94.— и T13.3

Код **Z50.8** се използва задължително като водеща диагноза, за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние, обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва да бъдат посочени съответното остатъчно състояние последвано от причината.

2.2. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1824	**Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка**

96037-00 Друга оценка, консултация или оценяване
Оценка }
Консултация }
Оценяване } БДУ
Интервю }

92210-00 Антропометрия (мензурация)

1820 Физиологична оценка

Забележка: Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други физикални тестове

Не включва: такава, които са част от:
оценка на стареене (96023-00 [1824])
тестване на развитие (96184-00 [1824])
генетична оценка (96035-00 [1824])
психическа или поведенческа оценка (96175-00 [1823])

96192-00 Функционална оценка

96019-00 Биомеханична оценка
Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване)
Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност)
Мобилност/анализ на походка
Мускулоскелетна оценка
Оценка на стоежа

Не включва: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822])

обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96159-00 Обем на движение/тестване на мускул със специализирана техника
Изокинетично тестване

1866 Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91906-00 Измерване дължина на крайник

1822 Оценка на лична грижа и други дейности на ежедневен\независим живот

96021-00 Оценка на грижите за себе си
Оценка на ежедневни умения и дейности Оценка на:
къпане/душ
миене на зъби
обличане [дрехи]
хранене
изхранване
функционална комуникация
чистене
мобилност в средата
тоалет
измиване на косата

Не включва: оценка на:
стареене (96023-00 [1824])
хранителен прием (диетичен) (калоричен) (96026-00 [1822])
поддържане на здравето и възстановяване (96022-00 [1822]) • поддържане на дома (96028-00 [1822])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения
96061-02 Механотерапия

1908 Други терапевтични интервенции

96193-00 Упражнения срещу съпротива

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ

Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

1908 Други терапевтични интервенции

96162-00 Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде
Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, проникване или седираща терапия

Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:
акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката
разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани

Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905]) масаж:
сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
простата (92131-00 [1904])
ректум (92094-00 [1899])

96061-03 Аналитична лечебна физкултура

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

Включва: адхезивни подложки изкуствен [протезен] крайник(ци) подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване за:
игра/свободно време
продуктивност
грижи за себе си/поддържане слухова помощ [кохлеарен имплант] [слухова помощ]
превръзки подпори скоби
гипсови шини (фибростъкло) (гипс) (пластмаса)
комуникационни системи (спешен отговор, системи за повикване, телефони)

корсет патерици превръзки (Velpeau) еластичен чорап(и) електронен уред за походка електротактилна/вибротактилна помощ обувки, произведени за специални нужди, напр. подпомагане на походка, адаптация на стойка или да се подпомогне употребата на протеза устройство за променливо налягане системи за поставяне на медикаменти шийни укрепващи средства [шийна яка] ортеза БДУ успоредни пръчки пресиращи превръзки [Gibney бандаж] [Robert Jones бандаж] [Shanz превръзка] пресиращи панталони [анти-шокови] [MAST панталони] [съдовопневматично устройство] ортези БДУ релси ребрен колан седалка

гръбначно подпомагане шина (акрилна) (корона) (метална шина) (филцова) (силиконова)

(термопластична) бинтов бандаж поддържаща рамка

термопластична шина (динамична) (статична) зрителна помощ [контактни лещи] [очила] [призми] [очила] бастун подвижен стол

Забележка: Този блок класифицира външни фиксиращи средства, които са най-общо неинвазивни по същност. Външни фиксиращи устройства, които са инвазивни (т.е. прикрепени към костта) са класифицирани другаде. виж Азбучния индекс за упътване.

Не включва: поставяне на:

имобилизиращи устройства при фрактура и луксация (виж Индекс: Имобилизация, фрактура или имобилизация, луксация)

опъващи устройства класифицирани другаде (виж Индекс: Опъване) имплантация на протезни устройства на крайник (виж Индекс: Имплантация, протеза)

поставяне на протезни устройства (виж Индекс: Поставяне, протеза) интервенции, включващи подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване, класифицирани другаде:

оценка нужда от устройство (96024-00 [1822])

подпомагане поставяне на устройство (96165-00 [1914])

консултиране или обучение свързано с устройство (96071-00 [1867])

измерване на устройство (96024-00 [1822])

предписване на устройство (96024-00 [1822])

само разглеждане на устройство (96025-00 [1822])

трениране на умения за използване на устройство (96142-00 [1878])

90531-00 Тракция, некласифицирана другаде Ръчна или механична тракция БДУ

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване *Не включва*: поставяне на превръзка на:

изгаряне (виж блок [1600])

рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

1876 Умения, придобити по време на движение

Двигателна терапия
Работа с нарастваща натовареност/трудни условия
Включва: оценка на прогреса

Забележка: Тренинг, включващ умения, изискващи асистиране или наблюдение на клиента при изпълнение на упражнения, с цел подобряване кондицията на тялото, подобряване на здравето или поддържане на форма или като средство за корекция на деформитет или възстановяване на органни и телесни функции до състояние на здраве.

96130-00 Умения за обучение в дейности, свързани с положение на тялото\мобилност\движение
Разходка и тренинг на походка
Тренинг на движение и позициониране на тялото като:
движения в леглото
извиване
обръщане
лягане до сядане
седнал до изправяне
баланс при седнало положение
сядане извън леглото
клякане
баланс при изправено положение
изправяне
Поддържане на стойка
Трениране умения в методи за подобряване осъзнаване на интегрирано движение напр.метод на Feldenkrais, Tai Chi, Yoga

Не включва: двигателна терапия (96115 to 96129 [1876]) тези, където главната цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

96131-00 Умения за обучение в дейности,свързани с придвижване
Трениране на умения за придвижване до/от:
банята
леглото
стол
пода
душ
тоалет
количка

Не включва: такова при влизане и излизане от басейн за хидротерапия (96150-00 [1879]) такова, където главна цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878]) 96061-01 Позиционна терапия

96142-00 Обучение на умения в използване на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Разходка и тренинг на походка във връзка с употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Рехабилитационен тренинг при употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване Двигателен тренинг с помощни средства
Тренинг на умения в:
поставяне на превръзки и бандажи
системи за поставяне на медикаменти

Забележка: За списък на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване виж[1878])

Обучение за системи за поставяне на медикаменти включва умения и управление в употреба на системи за поставяне на

медикаменти като инхалатори с мерителна доза, стимулиращи дишането устройства, небулайзери, трансдермални лекарствени системи и продължителни парентерални инфузии. Също включва подпомагащи помощни средства.

Не включва: имплантиране на кохлеарно протезно устройство (41617-00 [329])

изваждане на кохлеарно протезно устройство (41617-01 [329])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде

Мануална руптура }

Освобождаване или разтягане } на става БДУ

Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение

Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96174-01 Стречинг на мускул или сухожилие

6174-02 Стречинг на фасция

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде

Мануална руптура }

Освобождаване или разтягане } на става БДУ

Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение

Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук

Не включва:диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

96153-00 Хидротерапия

Забележка: Външната употреба на вода, топла и/или студена, в терапевтично поведение на болест или травма. Използване на влажна топлина и гореща вода помага за успокояване на болката и подобрява циркулацията, подпомага релаксацията и намалява мускулния спазъм и включва мерки като топли вани, топли превръзки и компреси. Използване на студена вода помага за намаляване на телесната температура, намалява отока и свива кръвоносните съдове и включва мерки като студени превръзки, ледени компреси, студени вани и душ. Специално оборудване като резевоар на Hubbard или вани с джа-кузи са снабдени с устройства,които механично разклащат водата, осигурявайки по този начин фин масаж в допълнение към терапевтичните ефекти на топлината.

Не включва: хидродилатация на пикочен мехур (36827-00 [1108]) хидротубация на фалопиеви тръби (35703-01 [1248], 35703-00 [1258]) тези, които индуцират:

хипертермия (92178-00 [1880])

хипотермия (22065-00 [1880])

96211-00 Прилагане на диатермични токове

92178-00 Топлинна терапия

Хипертермична терапия

Включва: терапевтично поведение с използване на:

загряващи превръзки

инфрачервено облъчване

микровълни

къси вълни

парафин

Забележка: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстра-корпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана като допъл-нение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирана от микровълни, ултразвук, нискоенергийни радиочестотно провеждане или сонди.

Кодирай също когато е направена:

химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)

радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация) термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна) термокератопластика (90064 [173]) термосклеректомия (42746-03 [191])

термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])

Подводна гимнастика

Подводно струев масаж

Лечение с нискочестотни токове

Лечение със средночестотни токове

Лечение с високочестотни токове

Лечение с нискочестотно магнитно поле

90531-00 Тракция, некласифицирана другаде Ръчна или механична тракция БДУ

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Не включва: поставяне на превръзка на:

изгаряне (виж блок [1600])

рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

1908 Други терапевтични интервенции

96194-03 Рекреационна (възстановителна) терапия

Занимателна терапия

Игрова терапия

96146-00 Професионални умения и професионално обучение Тренинг на умения в:

намиране на работа

изпълнение на работни задължения

планиране на пенсиониране

професионално проучване

доброволно участие

Не включва: утежняване на работата/условията (виж Азбучен индекс: Обучение, умения, движение)

96146-00 Професионални умения и професионално обучение Тренинг на умения в:

намиране на работа

изпълнение на работни задължения

планиране на пенсиониране

професионално проучване

доброволно участие

Не включва: утежняване на работата/условията (виж Азбучен индекс: Обучение, умения, движение)

1879 Тренинг на други умения

96150-00 Обучение в умения, създаващи увереност във вода Тренинг на умения в:
привикване към водата, дишане и контрол на ротация
фактори за задържане над водата
влизане и излизане в басейна

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия

1888 Хипербарна кислородна терапия

Хипербарна оксигенация
Включва: 100% оксигенация тази при рана
13020-00 Хипербарна кислородна терапия, > 90 минути и ≤ 3 часа

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

22065-00 Студотерапия
Хипотермична терапия
Хипотермия на цяло тяло
Забележка: Използване на студ в терапевтично поведение при болест или травма. Хипотермия може да бъде индуцирана с ледени превръзки или компреси, охлаждащи чаршафи, поставяне в студена вода (вана или ведро) или чрез екстракорпорално охлаждане на кръвта. Хипотермия може да бъде също индуцирана като предпазна мярка при някои сърдечно-съдови или неврологични хирургични процедури или като допълнение към анестезията при хирургични процедури на крайници.
Не включва: криотерапевтична деструкция на тъкани (виж Индекс: Криотерапия, по локализация) дълбока хипотермия (22075-00 [642]) стомашна хипотермия (13500-00 [1899]) хипотермична терапия заедно със сърдечен и циркулаторен арест (22075-00 [642])

96155-00 Стимулираща терапия, некласифицирана другаде
Лечение с терапевтичен лазер БДУ
Включва: електрическа невромускулна нервна стимулация [EMS] функционална електростимулация [FES] интерферентна терапия [IFT] транскутанна електрическа нервна стимулация [TENS]
Забележка: Терапевтичното приложение на устройство (електрическо, лазер или ултразвук), който засилва или индуцира функционална активност в телесна част с цел подпомагане оздравяването и намаляване на болката

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96160-00 Фототерапия, става
Ултравиолетова терапия на става
96161-00 Фототерапия, мека тъкан
Ултравиолетова терапия на меки тъкани

1908 Други терапевтични интервенции

93173-00 Акупунктура

1920 Приложение на фармакотерапия

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Приложение на фармакологичен агент през отвор

Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент

Йонофореза

Топично }

Трансдермално } приложение на фармакологичен агент

Не включва: приложение на фармакологичен агент през устата (96203 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (двукратно - при приемане и преди изписване от лечебното заведение) и четири основни различни терапевтични процедури дневно, посочени в блок **Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ.**

ЕМГ изследването със заключение, да бъде направено от лекар специалист по нервни болести до края на шестия месец преди датата на хоспитализация по тази клинична пътека, удостоверено с фиш или отразено в епикриза от проведена хоспитализация.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Пациенти с диагнози G83.0 и G83.1, лекувани по тази клинична пътека, не могат да се лекуват със същите диагнози и по клинична пътека № 262 в рамките на една година. Изключения се допускат само за пациенти с травми на цервикалния отдел на гръбначния стълб (ниво С1 – С7), като травмите се доказват с образно изследване (КАТ/ ЯМР). Тези образни изследвания имат давност до 24 месеца преди хоспитализацията.

Проведените диагностични процедури задължително се отразяват в ИЗ, а терапевтичните - във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Физикална и рехабилитационна медицина", осъществявана най-малко на **второ ниво** на компетентност, съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина"

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина 2.Медицинска апаратура и оборудване, съгласно медицински стандарт по „Физикална и рехабилитационна медицина”.

НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина на 50 легла за рехабилитация **Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:**

най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина на 30 легла за рехабилитация

ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти със заболявания на периферната нервна система до 1 месец от проведено болнично лечение за новооткрито или усложнено основно заболяване и определена потребност от физикална терапия и рехабилитация от специалистите по профила на основното заболяване, провели болничното лечение, и наличие на: изразен двигателен дефицит - моно-, парапарези/парализи; данни за нервно-мускулно увреждане, установено с ЕМГ изследване; данни за коренчева компресия, установени с ЕМГ или образно изследване (КАТ/ЯМР); наличие на изразени мускулни контрактури, водещи до трудности в автономността; вертебрален синдром (сколиоза, ригидност на паравертебралната мускулатура, болка, ограничение в движенията на гръбначния стълб и др.).

Физикална терапия и рехабилитация на пациенти с политравма и такива с първични или ятрогенни увреди на периферната нервна система от ортопедично-травматологичен произход до 1 месец от приключване на лечението по основното заболяване.

Физикална терапия и рехабилитация на пациенти със заболявания или увреди на периферната нервна система в случаите с необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия и пациенти с трайно намалена работоспособност над 70% по повод основното заболяване.

Физикална терапия и рехабилитация на пациенти със заболявания на периферната нервна система, при които не е налице достъчен терапевтичен ефект от провежданата рехабилитация в извънболничната помощ - по преценка на лекаря специалист, провеждащ амбулаторното диспансерно наблюдение на пациента и/или рехабилитацията.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагнозата се основава на клиничното състояние, данни от предварително проведена задължителна електромиография до шестия месец преди хоспитализацията или епикриза за това заболяване (при наличие на такава).

Специалистът по физикална и рехабилитационна медицина при приемане на пациента прави клиничен преглед, включващ общ и локален статус с обща оценка на рехабилитационния потенциал, дефиниран чрез изискуемите по-горе диагностични процедури. Съставя индивидуална физикално-терапевтична и рехабилитационна програма, включваща конвенционални и специализирани методики и средства от физикалната и рехабилитационна медицина.

При оценка по ММТ под 3, задължително (с изключение на болести с код G 51.0) се включва йонофореза (код*99.27), електростимулация (код *93.39) на мускули с нарушена инервация), след извършване на КЕД (код **93.09) при липса на контраиндикации. Прилагат се минимум по пет терапевтични процедури от всеки вид.

Контраиндикации за провеждане на процедури *93.39 и *99.27, са: онкологични заболявания, тромбофлебит, епилепсия, ендогенни психози, наличие на метал в тъканите, пациенти с имплантирани електрокардиостимулатори.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се съобразно представените при приемането медицински документи (в т. ч. ЕМГ и/или (КАТ/ЯМР), епикриза при наличие на такава, първичния и текущите прегледи, извършени от лекаря специалист по физикална и рехабилитационна медицина, както и евентуално назначените допълнително изследвания и проведените консултации.

ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за подобряване на неврологичния и функционалния статус, обем на извършените процедури с резултат, план за поведение в последващия възстановителен период.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;

продължаване на лечението в извънболнични или домашни условия;

необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

Националната здравноосигурителна каса заплаща КП еднократно за една календарна година за лечение на един пациент. За диагноза G61.0 Синдром на Guillain-Barre Остър (пост-) инфекциозен полиневрит НЗОК заплаща клиничната пътека двукратно годишно за лечението на един пациент.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89), която е неразделна част от ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

"История на заболяването";

част III на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на периферната нервна система са често срещани.

Болестите на нервните коренчета и плексусите са широко разпространени заболявания в съвременния свят, дължащи се най-често на дегенеративни промени в шийните или поясните прешлени. При част от болните с тези заболявания се налага хоспитализация, с цел диагностично изясняване и лечение на мускулната слабост и болковия синдром.

Полиневропатиите могат да се проявят самостоятелно или да се придружават от увреждане на централната нервна система.

В клиничната практика се наблюдават случаи на засягане на един нерв **(мононевропатия)** или едновременно засягане на отделни нерви (множествена мононевропатия) или на група нерви **(полиневропатия)**, в резултат на което се увреждат функциите на горния, долния крайник или друга част от тялото. Причините за възникване на тази група заболявания са най-разнообразни: инфекциозни (вирус или бактерия – тогава говорим за **мононеврит или полиневрит**), токсични (органични и неорганични вещества, алергени), обменно-ендокринни, травматични и др.

Възпалителните и токсични невропатии са сред най-честите и се характеризират със силна болка, ирадииращa по хода на нерва и остро настъпваща пареза на мускулите.

Диабетната и медикаментозна полиневропатия са широко разпространени заболявания в нашата съвременност. Голяма част от диабетиците развиват увреда на периферните нерви (обикновено и вследствие влошен метаболитен контрол). Не бива да забравяте, че без овладяване на кръвно-захарния профил не може да се очаква и добър ефект от физикално-терапевтичния курс.

Полирадикулоневритът (синдром на Гилен-Баре) е сравнително рядко срещащо се остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви; което се характеризира с нарастваща слабост на долните или на долни и горни крайници (настъпваща в продължение на 1-3 седмици); понякога - парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. По-голямата част (90%) от случаите се възстановяват през следващите месеци, но

малка част (около 10%) от болните остават трайно инвалидизирани и се нуждаят от активна рехабилитация. В болничното заведение ще се проведе правилното лечение и рехабилитация, които са в състояние да ускорят функционалното възстановяване на пациента.

Невритът на лицевия нерв (фациална пареза или парализа на Бел) е сравнително често заболяване, което са обуславя от вирусна инфекция на ствола на нерва с развитие на парализа на мускулатурата на едната лицева половина. Той често се разглежда като леко страдание, което не застрашава човешкия живот, но обективно имаме не само козметичен дефект, а често и затруднение при хранене, вкусови смущения и сълзотечение. Не рядко, особено при тежките форми на заболяването, се получават две усложнения – лицева контрактура и синкинезии.

Идиопатичната **невралгия на троичния нерв** е рядко заболяване, което се характеризира с по-редки или по-чести болкови пристъпи в отделни области на лицето.

Травмите по време на раждането могат да предизвикат тежки увреждания на нервната система, които са в състояние да разстроят както движенията на детето, така и последващото му психическо развитие. Най-честа е **травмената увреда на раменния сплит**, изразяваща се в различна степен на затруднение в движенията на горния крайник.

Изграждането на качествена, индивидуално съобразена рехабилитационна програма за пациентите със заболявания на периферната нервна система включва участие на различни медицински професионалисти, обединени в РЕХАБИЛИТАЦИОНЕН ЕКИП (личен лекар, специалист по физикална и рехабилитационна медицина, невролог, кардиолог, ендокринолог, офталмолог, уролог, гинеколог, рехабилитатор). Важно е да проявите желание за сътрудничество и да предоставите на лекуващия Ви лекар – специалист по физикална и рехабилитационна медицина пълната медицинска документация от всички проведени от Вас консултации (по възможност при постъпването Ви в рехабилитационното заведение).

Активното участие на пациента в рехабилитационния процес е необходимо и задължително условие за осигуряване на положителен ефект от физикалната терапия и рехабилитация.

При неясноти по отношение рехабилитационните процедури – моля, поискайте подробно обяснение от лекуващия лекар.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от вземането на погрешно решение за лечение и рехабилитация.

Преди хоспитализацията ще получите копие от формулярите за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия личен лекар, със специалистите по неврология и физикална и рехабилитационна медицина от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

КП № 263.2 ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ С КОМПЛЕКСНА ПОДВОДНО-ЕКСТЕНЗИОННАТЕРАПИЯ ПРИ БОЛЕСТИ НА ПЕРИФЕРНА НЕРВНА СИСТЕМА С УВРЕЖДАНИЯ НА ГРЪБНАЧНИЯ СТЪЛБ

1.Минимален болничен престой – 7 дни

2. 1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури
Не включва: консултации (Z70—Z71)
Z50.8 Лечение, включващо други видове рехабилитационни процедури
Обучение за начини на самообслужване, НКД

Увреждания на нервни коренчета и плексуси
Не включва: травматични увреждания на нервни коренчета и плексуси — виж травми на нервите в различните области на тялото
увреждания на междупрешленните дискове (M50—M51)
невралгия или неврит БДУ (M79.2)
неврит или радикулит:
- брахиален БДУ
- лумбален БДУ
- лумбо-сакрален БДУ (M54.1)
- торакален БДУ

радикулит БДУ
радикулопатия БДУ
спондилоза (M47.—)
G54.2 Увреждания на шийните коренчета
G54.4 Увреждания на лумбо-сакралните коренчета

Притискане на нервни коренчета и плексуси при болести, класифицирани другаде
G55.1* Притискане на нервни коренчета и плексуси при болести на междупрешленните дискове (M50—M51†)
G55.2* Притискане на нервни коренчета и плексуси при спондилоза (M47.—†)

Код **Z50.8** се използва задължително като водеща диагноза, за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние, обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва да бъдат посочени съответното остатъчно състояние последвано от причината.

2.2. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1824	**Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка**
96037-00	Друга оценка, консултация или оценяване Оценка } Консултация } Оценяване } БДУ Интервю }
1820	**Физиологична оценка**
96192-00	Функционална оценка
96019-00	Биомеханична оценка Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване) Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност) Мобилност/анализ на походка Мускулоскелетна оценка

Оценка на стоежа

Не включва: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822])

обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96159-00 Обем на движение/тестване на мускул със специализирана техника
Изокинетично тестване

1866 Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91906-00 Измерване дължина на крайник

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

92210-00 Антропометрия (мензурация)

1822 Оценка на лична грижа и други дейности на ежедневен\независим живот

96021-00 Оценка на грижите за себе си
Оценка на ежедневни умения и дейности
Оценка на:
- къпане/душ
- миене на зъби
- обличане [дрехи]
- хранене
- изхранване
- функционална комуникация
- чистене
- мобилност в средата
- тоалет
- измиване на косата

Не включва: оценка на:
- стареене (96023-00 [1824])
- хранителен прием (диетичен) (калоричен) (96026-00 [1822])
- поддържане на здравето и възстановяване (96022-00 [1822])
- поддържане на дома (96028-00 [1822])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук

Не включва:диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения
96061-02 Механотерапия

96193-00 Упражнения срещу съпротива

96162-00 Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде
Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, проникване или седираща терапия

Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и

местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани.
Включва техники като:
• акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката
• разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани

Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905])
масаж:
• сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
• простата (92131-00 [1904])
• ректум (92094-00 [1899])

96061-03 Аналитична лечебна физкултура

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ

Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

Включва: адхезивни подложки
изкуствен [протезен] крайник(ци)
подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване за:
• игра/свободно време
• продуктивност
• грижи за себе си/поддържане
слухова помощ [кохлеарен имплант] [слухова помощ]
превръзки
подпори
скоби
гипсови шини (фибростъкло) (гипс) (пластмаса)
комуникационни системи (спешен отговор, системи за повикване, телефони)
корсет
патерици
превръзки (Velpeau)
еластичен чорап(и)
електронен уред за походка
електротактилна/вибротактилна помощ
обувки, произведени за специални нужди, напр. подпомагане на походка, адаптация на стойка или да се подпомогне употребата на протеза
устройство за променливо налягане
системи за поставяне на медикаменти
шийни укрепващи средства [шийна яка]
ортеза БДУ
успоредни пръчки
пресиращи превръзки [Gibney бандаж] [Robert Jones бандаж] [Shanz превръзка]
пресиращи панталони [анти-шокови] [MAST панталони] [съдовопневматично устройство]
ортези БДУ
релси
ребрен колан
седалка
гръбначно подпомагане
шина (акрилна) (корона) (метална шина) (филцова) (силиконова) (термопластична)
бинтов бандаж
поддържаща рамка

термопластична шина (динамична) (статична)
зрителна помощ [контактни лещи] [очила] [призми] [очила]
бастун
подвижен стол

Забележка: Този блок класифицира външни фиксиращи средства, които са най-общо неинвазивни по същност. Външни фиксиращи устройства, които са инвазивни (т.е. прикрепени към костта) са класифицирани другаде. виж Азбучния индекс за упътване.

Не включва: поставяне на:
- имобилизиращи устройства при фрактура и луксация (виж Индекс: Имобилизация, фрактура или имобилизация, луксация)
- опъващи устройства класифицирани другаде (виж Индекс: Опъване)

имплантация на протезни устройства на крайник (виж Индекс: Имплантация, протеза)
поставяне на протезни устройства (виж Индекс: Поставяне, протеза)
интервенции, включващи подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване, класифицирани другаде:
- оценка нужда от устройство (96024-00 [1822])
- подпомагане поставяне на устройство (96165-00 [1914])
- консултиране или обучение свързано с устройство (96071-00 [1867])
- измерване на устройство (96024-00 [1822])
- предписване на устройство (96024-00 [1822])
- само разглеждане на устройство (96025-00 [1822])
- трениране на умения за използване на устройство (96142-00 [1878])

90531-00 Тракция, некласифицирана другаде - Комбинирана подводно-екстензионна терапия

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Не включва: поставяне на превръзка на:
- изгаряне (виж блок [1600])
- рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

1876 Умения, придобити по време на движение

Двигателна терапия
Работа с нарастваща натовареност/трудни условия

Включва: оценка на прогреса

Забележка: Тренинг, включващ умения, изискващи асистиране или наблюдение на клиента при изпълнение на упражнения, с цел подобряване кондицията на тялото, подобряване на здравето или поддържане на форма или като средство за корекция на деформитет или възстановяване на органни и телесни функции до състояние на здраве.

96130-00 Умения за обучение в дейности, свързани с положение на тялото\мобилност\движение
Разходка и тренинг на походка
Тренинг на движение и позициониране на тялото като:
- движения в леглото
- извиване
- обръщане
- лягане до сядане
- седнал до изправяне
- баланс при седнало положение
- сядане извън леглото
- клякане
- баланс при изправено положение
- изправяне

Поддържане на стойка

Трениране умения в методи за подобряване осъзнаване на интегрирано движение напр.метод на Feldenkrais, Tai Chi, Yoga

Не включва: двигателна терапия (96115 to 96129 [1876]) тези, където главната цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

96131-00 Умения за обучение в дейности,свързани с придвижване
Трениране на умения за придвижване до/от:
- банята
- леглото
- стол
- пода
- душ
- тоалет
- количка

Не включва: такова при влизане и излизане от басейн за хидротерапия (96150-00 [1879])
такова, където главна цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

96061-01 Позиционна терапия

96142-00 Обучение на умения в използване на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Разходка и тренинг на походка във връзка с употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Рехабилитационен тренинг при употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Двигателен тренинг с помощни средства
Тренинг на умения в:
- поставяне на превръзки и бандажи
- системи за поставяне на медикаменти

Забележка: За списък на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване виж[1878])
Обучение за системи за поставяне на медикаменти включва умения и управление в употреба на системи за поставяне на медикаменти като инхалатори с мерителна доза, стимулиращи дишането устройства, небулайзери, трансдермални лекарствени системи и продължителни парентерални инфузии. Също включва подпомагащи помощни средства.

Не включва: имплантиране на кохлеарно протезно устройство (41617-00 [329])
изваждане на кохлеарно протезно устройство (41617-01 [329])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ

Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96174-01 Стречинг на мускул или сухожилие

6174-02 Стречинг на фасция

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ

Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96153-00 Хидротерапия

Забележка: Външната употреба на вода, топла и/или студена, в терапевтично поведение на болест или травма. Използване на влажна топлина и гореща вода помага за успокояване на болката и подобрява циркулацията, подпомага релаксацията и намалява мускулния спазъм и включва мерки като топли вани, топли превръзки и компреси. Използване на студена вода помага за намаляване на телесната температура, намалява отока и свива кръвоносните съдове и включва мерки като студени превръзки, ледени компреси, студени вани и душ. Специално оборудване като резевоар на Hubbard или вани с джа-кузи са снабдени с устройства,които механично разклащат водата, осигурявайки по този начин фин масаж в допълнение към терапевтичните ефекти на топлината.

Не включва: хидродилатация на пикочен мехур (36827-00 [1108])
хидротубация на фалопиеви тръби (35703-01 [1248], 35703-00 [1258])
тези, които индуцират:
- хипертермия (92178-00 [1880])
- хипотермия (22065-00 [1880])

92178-00 Топлинна терапия
Хипертермична терапия

Включва: терапевтично поведение с използване на:
- загряващи превръзки
- инфрачервено облъчване
- микровълни
- къси вълни
- парафин

Забележка: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстра-корпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана като допъл-нение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирана от микровълни, ултразвук, ниско-енергийни радиочестотно провеждане или сонди.

Кодирай също когато е направена:
- химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)
- радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация)
термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна)
термокератопластика (90064 [173])
термосклеректомия (42746-03 [191])
термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])

96194-00 Подводна гимнастика

96194-01 Подводно струев масаж

96149-00 Лечение с нискочестотни токове

96149-01 Лечение със средночестотни токове

96149-02 Лечение с високочестотни токове

96149-03 Лечение с нискочестотно магнитно поле

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Не включва: поставяне на превръзка на:

• изгаряне (виж блок [1600])
• рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

1908 Други терапевтични интервенции

96194-03 Рекреационна (възстановителна) терапия
Занимателна терапия
Игрова терапия

96146-00 Професионални умения и професионално обучение
Тренинг на умения в:
• намиране на работа
• изпълнение на работни задължения
• планиране на пенсиониране
• професионално проучване
• доброволно участие

Не включва: утежняване на работата/условията (виж Азбучен индекс: Обучение, умения, движение)

96146-00 Професионални умения и професионално обучение
Тренинг на умения в:
• намиране на работа
• изпълнение на работни задължения
• планиране на пенсиониране
• професионално проучване
• доброволно участие

Не включва: утежняване на работата/условията (виж Азбучен индекс: Обучение, умения, движение)

1879 Тренинг на други умения

96150-00 Обучение в умения, създаващи увереност във вода
Тренинг на умения в:
• привикване към водата, дишане и контрол на ротация
• фактори за задържане над водата
• влизане и излизане в басейна

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

1888 Хипербарна кислородна терапия

13020-00 Хипербарна кислородна терапия, > 90 минути и ≤ 3 часа

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

22065-00 Студотерапия
Хипотермична терапия
Хипотермия на цяло тяло

Забележка: Използване на студ в терапевтично поведение при болест или травма. Хипотермия може да бъде индуцирана с ледени превръзки или компреси, охлаждащи чаршафи, поставяне в студена вода (вана или ведро) или чрез екстракорпорално охлаждане на кръвта. Хипотермия може да бъде също индуцирана като предпазна мярка при някои сърдечно-съдови или неврологични хирургични процедури или като допълнение към анестезията при хирургични процедури на крайници.

Не включва: криотерапевтична деструкция на тъкани (виж Индекс: Криотерапия, по локализация)
дълбока хипотермия (22075-00 [642])
стомашна хипотермия (13500-00 [1899])
хипотермична терапия заедно със сърдечен и циркулаторен арест (22075-00 [642])

96155-00 Стимулираща терапия, некласифицирана другаде
Лечение с терапевтичен лазер БДУ

Включва: електрическа невромускулна нервна стимулация [EMS]
функционална електростимулация [FES]
интерферентна терапия [IFT]
транскутанна електрическа нервна стимулация [TENS]
Забележка: Терапевтичното приложение на устройство (електрическо, лазер или ултразвук), който засилва или индуцира функционална активност в телесна част с цел подпомагане оздравяването и намаляване на болката

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96160-00 Фототерапия, става
Ултравиолетова терапия на става

96161-00 Фототерапия, мека тъкан
Ултравиолетова терапия на меки тъкани

1908 Други терапевтични интервенции

93173-00 Акупунктура

1920 Приложение на фармакотерапия

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Приложение на фармакологичен агент през отвор
Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент
Йонофореза
Топично }
Трансдермално} приложение на фармакологичен агент
Не включва: приложение на фармакологичен агент през устата (96203 [1920])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (двукратно - при приемане и преди изписване от лечебното заведение) и четири основни различни терапевтични процедури дневно, посочени в блок **Кодове на основни процедури, като едната от тях задължително е 90531-00 Тракция, некласифицирана другаде - Комбинирана Подводно-екстензионна терапия**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

ЕМГ изследването със заключение, да бъде направено от лекар специалист по нервни болести до края на шестия месец преди датата на хоспитализация по тази клинична пътека, удостоверено с фиш или отразено в епикриза от проведена хоспитализация.

Пациенти с диагнози G83.0 и G83.1, лекувани по тази клинична пътека, не могат да се лекуват със същите диагнози и по клинична пътека № 262 в рамките на една година. Изключения се допускат само за пациенти с травми на цервикалния отдел на гръбначния стълб (ниво С1 – С7), като травмите се доказват с образно изследване (КАТ/ ЯМР). Тези образни изследвания имат давност до 24 месеца преди хоспитализацията.

Проведените диагностични процедури задължително се отразяват в ИЗ, а терапевтичните - във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Физикална и рехабилитационна медицина", осъществявана най-малко на **второ ниво** на компетентност, съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина"

4а).ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ,

ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина
2. Медицинска апаратура и оборудване, съгласно медицински стандарт по „Физикална и рехабилитационна медицина”.
3. Наличие на оборудване – вани с минерална вода с екстензионни маси за провеждане на Комбинирана подводна екстензионна терапия
4. Наличие на ортопедични легла за имобилизация в уилямсово положение на тялото

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина и Сертификат за ВСД – екстензионна терапия на 50 легла за рехабилитация,вкл. и за Комбинирана подводно-екстензионна терапия.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина и Сертификат за ВСД – екстензионна терапия на 30 легла за рехабилитация– екстензионна терапия на 50 легла за рехабилитация,вкл. и за Комбинирана подводно-екстензионна терапия.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти с вертеброгенни заболявания на периферната нервна система до 1 месец от проведено болнично лечение за новооткрито или усложнено основно заболяване и определена потребност от физикална терапия и рехабилитация от специалистите по профила на основното заболяване, провели болничното лечение, и наличие на:

вертебрален синдром (сколиоза, ригидност на паравертебралната мускулатура, болка, ограничение в движенията на гръбначния стълб и др.).

наличие на изразени мускулни контрактури, водещи до трудности в автономността

данни за коренчева компресия, установени с ЕМГ или образно изследване (КАТ/ЯМР);

данни за нервно-мускулно увреждане, установено с ЕМГ изследване;

изразен двигателен дефицит - моно-, парапарези/парализи;

вазодистрофични синдроми от цервикално естество – синдром на Barre-Lieon, вертеброгенно главоболие

функционални блокажи в интервертебралните стави

остатъчни коренчеви адхезии от неспецифично възпалително естество/след оперативно лечение на гръбначния стълб

1.3. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти с вертеброгенни заболявания или увреди на периферната нервна система в случаите с необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия и пациенти с трайно намалена работоспособност над 70% по повод основното заболяване.

1.4. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти с вертеброгенни заболявания на периферната нервна система, при които не е налице достъчен терапевтичен ефект от провежданата рехабилитация в извънболничата помощ - по преценка на лекаря специалист, провеждащ амбулаторното диспансерно наблюдение на пациента и/или рехабилитацията.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагнозата се основава на клиничното състояние, данни от предварително проведена задължителна електромиография до шестия месец преди хоспитализацията или епикриза за това заболяване (при наличие на такава).

Специалистът по физикална и рехабилитационна медицина при приемане на пациента прави клиничен преглед, включващ общ и локален статус с обща оценка на рехабилитационния потенциал, дефиниран чрез изискуемите по-горе диагностични процедури. Съставя индивидуална физикално-терапевтична и рехабилитационна програма, включваща конвенционални и специализирани методики и средства от физикалната и рехабилитационна медицина.

При оценка по ММТ под 3, задължително (с изключение на болести с код G 51.0) се включва йонофореза (код 96205-09), електростимулация (код 96155-00) на мускули с нарушена инервация), след извършване на КЕД (код **93.09) при липса на контраиндикации.

Прилагат се минимум по пет терапевтични процедури от всеки вид.

Контраиндикации за провеждане на процедури 96149-00; 96149-01; 96149-02; 9614903; 96205-09 (йонофореза), са: онкологични заболявания, тромбофлебит, епилепсия, ендогенни психози, наличие на метал в тъканите, пациенти с имплантирани електрокардиостимулатори.

Контраиндикации за провеждане на екстензионна терапия:

Активна туберкулоза

Костни тумори

Изразена остеопороза с патологични фрактури

Изразени спондилолистези

Склероза на артерия вертебралис и сънни артерии /при шийна екстензия/

Фебрилни състояния

Сърдечни заболявания в стадии на декомпенсация

Епилепсия

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се съобразно представените при приемането медицински документи (в т. ч. ЕМГ и/или (КАТ/ЯМР), епикриза при наличие на такава, първичния и текущите прегледи, извършени от лекаря специалист по физикална и рехабилитационна медицина, както и евентуално назначените допълнително изследвания и проведените консултации.

ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за подобряване на неврологичния и функционалния статус, обем на извършените процедури с резултат, план за поведение в последващия възстановителен период.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;

продължаване на лечението в извънболнични или домашни условия;

необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия

указания за ДЕЖ, двигателен режим, носене на лумбостат или шийна яка

контролна ЕМГ, направена след третия месец от дехоспитализацията

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

„Националната здравноосигурителна каса заплаща КП еднократно за една календарна година за лечение на един пациент.“

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури” - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89), която е неразделна част от ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

“История на заболяването”;

част III на *“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури” - бл.МЗ-НЗОК №7*;

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Заболяванията на периферната нервна система са често срещани.

Болестите на нервните коренчета и плексусите са широко разпространени заболявания в съвременния свят, дължащи се най-често на дегенеративни промени в шийните или поясните прешлени. При част от болните с тези заболявания се налага хоспитализация, с цел диагностично изясняване и лечение на мускулната слабост и болковия синдром.

Вертеброгенните заболявания включват дискова болест, спондилози, спондилоартрози, остеохондрози, дегенерация на интервертебралните стави и лигаменти.

Екстензионната терапия е кинезитерапевтичен пасивен метод, който се прилага мануално или с помощта на специални уреди – екстензионни маси, с оглед упражняване на механичен ефект на теглене върху гръбначния стълб.

Основната цел на екстензионната терапия е:

отстраняване на компресия и дразнене на мекотъканни и нервни елементи, и съдове

възстановяване на увредената функция на гръбначния стълб.

Уникалността на комбинираната екстензионно-тракционна терапия е комплекс от хидро- и тракционно терапевтични процедури по специфична методология и специализирано оборудване – екстензионна маса. Извършва се в оборудвани помещения, при строго спазване на: „Правила за ползване намарка на ЕС”, „Система за управление на качеството”, както и Дипломи, Сертификати за одобрение и пр., издавани от притежателя на МАРКАТА.

Трите основни ортопедични принципа - релаксация, екстензия и имобилизация са основните елементи при изпълнението на процедурата.

Изграждането на качествена, индивидуално съобразена рехабилитационна програма за пациентите с вертеброгенни заболявания на периферната нервна система включва участие на различни медицински професионалисти, обединени в РЕХАБИЛИТАЦИОНЕН ЕКИП (личен лекар, специалист по физикална и рехабилитационна медицина, невролог, кардиолог, ендокринолог, офталмолог, уролог, гинеколог, рехабилитатор). Важно е да проявите желание за сътрудничество и да предоставите на лекуващия Ви лекар – специалист по физикална и рехабилитационна медицина пълната медицинска документация от всички проведени от Вас консултации (по възможност при постъпването Ви в рехабилитационното заведение).

Активното участие на пациента в рехабилитационния процес е необходимо и задължително условие за осигуряване на положителен ефект от физикалната терапия и рехабилитация.

При неясноти по отношение рехабилитационните процедури – моля, поискайте подробно обяснение от лекуващия лекар.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от вземането на погрешно решение за лечение и рехабилитация.

Преди хоспитализацията ще получите копие от формулярите за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия личен лекар, със специалистите по неврология и физикална и рехабилитационна медицина от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Диабетната и медикаментозна полиневропатия са широко разпространени заболявания в нашата съвременност. Голяма част от диабетиците развиват увреда на периферните нерви (обикновено и вследствие влошен метаболитен контрол). Не бива да забравяте, че без овладяване на кръвно-захарния профил не може да се очаква и добър ефект от физикално-терапевтичния курс.

Полирадикулоневритът (синдром на Гилен-Баре) е сравнително рядко срещащо се остро или хронично заболяване на нервните коренчета и периферните нерви; което се характеризира с нарастваща слабост на долните или на долни и горни крайници (настъпваща в продължение на 1-3 седмици); понякога - парализи на гълтателната, лицевата или двигателната мускулатура. По-голямата част (90%) от случаите се възстановяват през следващите месеци, но малка част (около 10%) от болните остават трайно инвалидизирани и се нуждаят от активна рехабилитация. В

болничното заведение ще се проведе правилното лечение и рехабилитация, които са в състояние да ускорят функционалното възстановяване на пациента.

Невритът на лицевия нерв (фациална пареза или парализа на Бел) е сравнително често заболяване, което са обуславя от вирусна инфекция на ствола на нерва с развитие на парализа на мускулатурата на едната лицева половина. Той често се разглежда като леко страдание, което не застрашава човешкия живот, но обективно имаме не само козметичен дефект, а често и затруднение при хранене, вкусови смущения и сълзотечение. Не рядко, особено при тежките форми на заболяването, се получават две усложнения – лицева контрактура и синкинезии.

Идиопатичната **невралгия на троичния нерв** е рядко заболяване, което се характеризира с по-редки или по-чести болкови пристъпи в отделни области на лицето.

Травмите по време на раждането могат да предизвикат тежки увреждания на нервната система, които са в състояние да разстроят както движенията на детето, така и последващото му психическо развитие. Най-честа е **травмената увреда на раменния сплит**, изразяваща се в различна степен на затруднение в движенията на горния крайник.

Изграждането на качествена, индивидуално съобразена рехабилитационна програма за пациентите със заболявания на периферната нервна система включва участие на различни медицински професионалисти, обединени в РЕХАБИЛИТАЦИОНЕН ЕКИП (личен лекар, специалист по физикална и рехабилитационна медицина, невролог, кардиолог, ендокринолог, офталмолог, уролог, гинеколог, рехабилитатор). Важно е да проявите желание за сътрудничество и да предоставите на лекуващия Ви лекар – специалист по физикална и рехабилитационна медицина пълната медицинска документация от всички проведени от Вас консултации (по възможност при постъпването Ви в рехабилитационното заведение).

Активното участие на пациента в рехабилитационния процес е необходимо и задължително условие за осигуряване на положителен ефект от физикалната терапия и рехабилитация.

При неясноти по отношение рехабилитационните процедури – моля, поискайте подробно обяснение от лекуващия лекар.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от вземането на погрешно решение за лечение и рехабилитация.

Преди хоспитализацията ще получите копие от формулярите за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия личен лекар, със специалистите по неврология и физикална и рехабилитационна медицина от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

КП № 264 ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ СЛЕД ПРЕЖИВЯН/СТАР ИНФАРКТ НА МИОКАРДА И СЛЕД ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

1.Минимален болничен престой – 7 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури
Не включва: консултации (Z70—Z71)

Z50.0 Рехабилитация при болест на сърцето

Z54.8 Реконвалесценция след друго лечение

Z95.0 Наличие на кардиостимулатор

Не включва: поставяне и регулиране на кардиостимулатор(Z45.5)

Z95.1 Наличие на аортокоронарен шънтов трансплантант

Z95.2 Наличие на протеза на сърдечна клапа

Z95.3 Наличие на ксеногенна сърдечна клапа

Z95.4 Наличие на друг заместител на сърдечна клапа

Z95.5 Наличие на коронарен ангиопластичен имплантат и трансплантат
Наличие на протеза на коронарна артерия
Състояние след коронарна ангиопластика БДУ

Z95.8 Наличие на други сърдечни и съдови имплантанти и трансплантанти
Наличие на интраваскуларна протеза, НКД
Състояние след периферна ангиопластика БДУ

Z98.8 Други уточнени следхирургични състояния

I25.2 Стар инфаркт на миокарда
Оздравял инфаркт на миокарда
Прекаран инфаркт на миокарда, диагностициран с ЕКГ или друго специално изследване, но с липса на симптоматика в момента

I97.0 Посткардиотомен синдром
I97.1 Други функционални нарушения след сърдечна операция
Сърдечна инсуфициенция } след сърдечна операция или в резултат
Сърдечна недостатъчност } на наличието на сърдечна протеза

Код по МКБ-10: Z50.0 се използва задължително като водеща диагноза за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние обикновено лекувано преди това, както и Z54.8, Z95.0, Z95.1, Z95.2, Z95.3, Z95.4, Z95.5, Z95.8, Z98.8 и основни диагнози I25.2, I97.0, I97.1., които следва да бъдат посочени съответното като остатъчно състояние, последвано от причината.

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1942 Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва:такъв изпълнен:
- използвайки:
- мапиране с цветен поток
- Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
- механично секторно сканиране
- трансдюсер с фазово излъчване
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

55118-00 Двуизмерен трансезофагеален ултразвук на сърце в реално време

1857 Други сърдечно-съдови диагностични тестове, измервания или изследвания

11712-00 Кардиоваскуларен стрес тест
Двустъпков тест на Master
Многоканално ЕКГ мониториране и запис по време на упражнения или фармакологичен стрес
Thallium стрес тест

Включва: непрекъснато мониториране на кръвно налягане
измерване при упражнения с:
- колело
- изкачване на стълбичка
- тредмил

запис на други параметри

ЕКГ при почивка

1855 Друга електрокардиография [ЕКГ]

11713-00 ЕКГ запис с осреднен сигнал

Включва: анализ, интерпретация и доклад за записа
този, включващ не повече от 300 удара, използвайки поне 3 отвеждания с придобиване на данни на не по-малко от 1000 Hz на поне 100 QRS комплекса

11700-00 Друга електрокардиография [ЕКГ]

Не включва: тези включващи по-малко от 12 отвеждания – пропусни кода

1924 Биохимични изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-03 Кръвно-захарен профил

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-15 Клинично-химични изследвания за общ билирубин

91910-16 Клинично-химични изследвания за директен билирубин

91910-17 Клинично-химични изследвания за общ белтък

91910-18 Клинично-химични изследвания за албумин

91910-45 Клинично-химични изследвания за глобулин

91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин
91910-20	Клинично-химични изследвания за холестерол
91910-21	Клинично-химични изследвания за LDL-холестерол
91910-22	Клинично-химични изследвания за HDL-холестерол
91910-23	Клинично-химични изследвания за триглицериди
91910-24	Клинично-химични изследвания за гликиран хемоглобин
91910-25	Клинично-химични изследвания за пикочна киселина
91910-26	Клинично-химични изследвания за АСАТ
91910-27	Клинично-химични изследвания за АЛАТ
91910-28	Клинично-химични изследвания за Креатинкиназа (КК)
91910-29	Клинично-химични изследвания за ГГТ
91910-30	Клинично-химични изследвания за алкална фосфатаза (АФ)
91910-31	Клинично-химични изследвания за алфа-амилаза
91910-32	Клинично-химични изследвания за липаза
91910-33	Клинично-химични изследвания за Натрий и Калий
91910-34	Клинично-химични изследвания за Калций
91910-35	Клинично-химични изследвания за Фосфати
91910-36	Клинично-химични изследвания за Желязо
91910-37	Клинично-химични изследвания за ЖСК
91910-38	Клинично-химични изследвания за Хлориди
91910-39	Клинично-химични изследвания за Магнезий
91910-41	Клинично-химични изследвания за йонограма
91910-44	Определяне на Феритин
91905-02	Определяне на Beta2 микроглобулин
91910-46	Определяне на витамин В12 и фолиева киселина
91910-47	Изследване на еритропоетин
91904-00	Изследване на Лактатдехидрогеназа (LDH)
91904-13	Протеинограма (електрофореза на серумни белтъци)
91904-14	Орален глюкозотолерантен тест
91904-19	Други биохимични изследвания

1820	**Физиологична оценка**
96192-00	Функционална оценка

Оценка на лична грижа и други дейности на ежедневен\независим живот

96021-00 Оценка на грижите за себе си
Оценка на ежедневни умения и дейности
Оценка на:
- къпане/душ
- миене на зъби
- обличане [дрехи]
- хранене
- изхранване
- функционална комуникация
- чистене
- мобилност в средата

• тоалет
• измиване на косата

Не включва: оценка на:
• стареене (96023-00 [1824])
• хранителен прием (диетичен) (калоричен) (96026-00 [1822])
• поддържане на здравето и възстановяване (96022-00 [1822])
• поддържане на дома (96028-00 [1822])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения

96193-00 Упражнения срещу съпротива
96162-00 Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде
Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, проникване или седираща терапия

Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:
• акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката
• разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани

Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905])
масаж:
• сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
• простата (92131-00 [1904])
• ректум (92094-00 [1899])

96061-03 Аналитична лечебна физкултура

1876 Умения, придобити по време на движение

Двигателна терапия
Работа с нарастваща натовареност/трудни условия

Включва: оценка на прогреса

Забележка: Тренинг, включващ умения, изискващи асистиране или наблюдение на клиента при изпълнение на упражнения, с цел подобряване кондицията на тялото, подобряване на здравето или поддържане на форма или като средство за корекция на деформитет или възстановяване на органни и телесни функции до състояние на здраве.

96115-00 Терапия с упражнение на лицеви мускули/темпоромандибуларни стави
96116-00 Терапия с упражнение, очни мускули
96117-00 Терапия с упражнение, езофагеални мускули
Тренинг на гълтателни умения
96118-00 Терапия с упражнение, раменна става
96119-00 Терапия с упражнение, гръден кош или коремни мускули
96120-00 Терапия с упражнение, гръбни или шийни мускули
Двигателна терапия на мускули, поддържащи гръбнака [шиен] [лумбален] [гръден]
96121-00 Терапия с упражнение, мускули на ръцете
Възстановително обучение на горен крайник
96122-00 Терапия с упражнение, лакътна става
96123-00 Терапия с упражнение, мускули на ръце, китка или стави на пръсти
96124-00 Терапия с упражнение, тазобедрена става
96125-00 Терапия с упражнение, мускули на тазовото дъно
96126-00 Терапия с упражнение, мускули на долен крайник
96127-00 Терапия с упражнение, колянна става

96128-00 Терапия с упражнение, мускули на стъпало, глезен или стави на пръсти на крак
96129-00 Терапия с упражнение, цяло тяло
Двигателна терапия БДУ

Обща двигателна терапия като гимнастически групи, плуване

1877 Обучение на умения за функции на телесната система

Включва: оценка на прогреса

96138-00 Двигателна терапия, дихателна система [дишане]
Възстановяване на белодробен обем (чрез ръчна хипервентилация)
Забележка: Упражнения за увеличаване на белодробен обем и гръдните движения и подпомагане изхвърлянето на секрети и/или да подобряване параметрите на дишането

96139-00 Двигателна терапия, кардиореспираторна/сърдечно-съдова система
Програма за сърдечна рехабилитация
Забележка: Двигателна програма, насочена към достигане на максимална сърдечна и белодробна функция

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96149-00 Лечение с нискочестотни токове

96149-01 Лечение със средночестотни токове

96149-02 Лечение с високочестотни токове

96149-03 Лечение с нискочестотно магнитно поле

1879 Тренинг на други умения

Включва: оценка на прогреса

96151-00 Тренинг на други умения
Тренинг за шофьор
Тренинг за умения БДУ

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

1920 Приложение на фармакотерапия

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:
- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Кодирай също когато е направена:
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

96197-02	Мускулно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (двукратно – при приемане и преди изписване от лечебното заведение) и две основни различни терапевтични процедури дневно, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностично лечебни методики и процедури задължително се отразяват в ИЗ, а физиотерапевтичните и ЛФК процедури във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Физикална и рехабилитационна медицина", осъществявана най-малко на **второ ниво** на компетентност, съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина"

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина
2. ЕКГ

В случаи с развито едно направление на специалността или профилиране по нозология/и, свързано с профила на болницата, структурата може да бъде оборудвана само със съответната по вид апаратура.

4б). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/ медицинска апаратура
1. Лаборатория за медико-диагностични изследвания по клинична лаборатория
2. Отделение по образна диагностика

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години

най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина на 50 легла за рехабилитация.

лекар със специалност по кардиология

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години

най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина на 30 легла за рехабилитация.

лекар със специалност по детска кардиология/детска ревмокардиология

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1**.** Оценка на сърдечно-съдовия риск и рехабилитационния потенциал на пациенти след проведено активно болнично лечение до 1 година след:

остър инфаркт на миокарда със или без инвазивна процедура;

сърдечна операция;

хирургично лечение на усложнения, свързани със сърдечната хирургия.

1.2. Оценка по искане на специалиста провеждащ диспансерното наблюдение на пациента на сърдечно съдовия риск и рехабилитационния потенциал на пациенти след проведено болнично лечение с давност повече от 1 година по повод остър инфаркт на миокарда със или без инвазивна процедура, сърдечна операция, хирургично лечение на усложнения, свързани със сърдечната хирургия.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Начало на лечението - на рехабилитация подлежат всички пациенти, прекарали остър миокарден инфаркт или сърдечна операция по програми, съобразени със сърдечно-съдовия риск. **Целта е** подобряване на физическия работен капацитет, отстраняване или снижаване на сърдечно-съдовия риск, риска от инвалидност и риска от влошено качество на живот.

Определянето на **рехабилитационния потенциал** се базира на клиникофункционалния подход, който отчита клиничната тежест и риска, ЕКГ критерии за обширност, ензимни критерии за миокардна деструкция, лявокамерна дисфункция, биоелектрична стабилност, наличие на стенокардия, перикардит, нормализиране на артериалното налягане, психофизичен тонус, съпътстващи заболявания. Този подход определя болните с "**нисък**" и "**висок**" риск, подложени на различни по интензивност индивидуални рехабилитационни програми.

Възстановяването на болните след ОМИ или сърдечна операция се провежда по индивидуална програма, като двигателният режим трябва да бъде непосредствено продължение на достигнатия етап на рехабилитация. Кинезитерапевтичният комплекс включва активни гимнастически упражнения с повишаване на интензивността, специализирани дихателни упражнения, упражнения с и на уреди, теренно лечение.

Показания за физическо активиране: пациенти от I и II функционален клас по NYHA и относително в III ФК, нормофреквентно предсърдно мъждене, единични камерни екстрасистоли, AV блок I степен, аневризма на сърцето без сърдечна недостатъчност, хипертония до II-III ст., компенсиран захарен диабет.

Противопоказания за физическо активиране: кардиогенен шок, остра сърдечна слабост, тежки ритъмни и проводни нарушения, фебрилитет над 38 градуса и други съображения.

Постигната **добра адаптация** към натоварване се приема при: покачване на пулса с не повече от 15 – 20/мин, покачване на кръвното налягане с не повече от 15 – 20 mm.

Критерии за непоносимост: тахикардия (над горепосочените стойности), хипертония (над горепосочените стойности), брадикардия (респ. забавяне на сърдечната честота под изходните

стойности), хипотония (респ. понижаване на RR под изходните стойности), субективни оплаквания: умора, задух, изпотяване, пребледняване.

НЗОК заплаща клиничната пътека еднократно годишно за лечение на един пациент по повод инфаркт на миокарда или сърдечна операция, документирано доказан с епикриза.

ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Пациентът се хоспитализира за провеждане на рехабилитация след прекаран инфаркт на миокарда, диагностично уточнен в кардиологична клиника/отделение или след сърдечна операция.

ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за подобряване на функционалните възможности в зависимост от тежестта на прекарания остър инцидент.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;

продължаване на лечението в извънболнични или домашни условия;

необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89), която е неразделна част от ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

"История на заболяването";

част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Инфаркта на миокарда е животозастрашаващо състояние. Дължи се на запушване на артериален кръвоносен съд на сърцето от тромб. Тромбът обикновено се натрупва върху атеросклеротична плака. Когато кръвоснабдяването на част от сърцето се наруши, след запушения участък, мускулът на сърцето умира и това е миокардния инфаркт. Колкото побързо се възстанови кръвоснабдяването, толкова по-малък е инфаркта. Целта на лечението е максимално бързо запушеният участък да стане проходим за кръвта. Това става в интензивно кардиологично отделение.

Рехабилитацията е неразделна и много важна част от цялостния комплекс на лечение на острия миокарден инфаркт. Тя започва още първите часове и дни след острия инцидент, когато болния е в интензивна кардиологична структура. Двигателната програма се съставя от лекар - специалист по Физикална и рехабилитационна медицина. Той контролира и променя периодично

степента на физическото натоварване на пациента. Ежедневните процедури се провеждат от рехабилитатор, който спазва лекарските предписания. Целта на болничната рехабилитация е да подобри функцията на сърцето и да възвърне двигателната активност на пациента, за да може да се самообслужва след изписването от болницата. Рехабилитацията се извършва с активното съдействие на болния и спазване на всички инструкции, дадени от лекаря, сестрата и рехабилитатора.

Ако след инфаркта, болките в гърдите продължат, може да се наложи извършване на сърдечна катетеризация, чрез която да се прецени дали да се извършва разширяване на артерия на сърцето или болния да бъде опериран – да се постави бай-пас.

След инфаркта трябва непрекъснато да се приемат назначените лекарства, които намаляват вероятността от усложнения или друг инфаркт. Много важно е спазването на диетичния и хигиенно двигателния режим, препоръчан от лекаря. Рехабилитацията е препоръчително да продължи в специализирани извънболнични рехабилитационни структури или рехабилитационни болници и отделения.

Сърдечните операции са вече част от рутинните хирургични интервенции, извършвани в специализирани клиники с модерна апаратура по най-съвременни методи на лечение. Най-честите интервенции са бай-пас на коронарни артерии, сърдечно клапно протезиране и пластики на различни дефекти.

Целта на лечението е подобряване функционалните възможности на сърцето и организма като цяло. Това води до подобряване качеството на живот на пациента.

Рехабилитацията е неразделна и много важна част от цялостния комплекс на лечение след сърдечна операция. Тя започва още първите часове, след операцията, когато болния е в реанимационна структура. Рехабилитационната програма се съставя от лекар - специалист по Физикална и рехабилитационна медицина. Той контролира и променя периодично степента на физическото натоварване на пациента. Ежедневните процедури се провеждат от рехабилитатор, който спазва лекарските предписания. Целта на болничната рехабилитация е да подобри функцията на сърцето и да възвърне двигателната активност на пациента, за да може да се самообслужва след изписването от болницата. Рехабилитацията се извършва с активното съдействие на болния и спазване на всички инструкции, дадени от лекаря, сестрата и рехабилитатора.

След направената сърдечна операция, трябва стриктно да се приемат назначените лекарства, които намаляват вероятността от усложнения. Много важно е спазването на диетичния и хигиенно двигателния режим, препоръчан от лекаря. Рехабилитацията е препоръчително да продължи в специализирани извънболнични рехабилитационни структури или рехабилитационни болници и отделения.

КП № 265.1 ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ БОЛЕСТИ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЕН АПАРАТ

1. Минимален болничен престой – 7 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

I89.0 Лимфедем, некласифициран другаде

Лимфангиектазия

I89.1 Лимфангит

Лимфангит:

- БДУ
- хроничен
- подостър

I89.8 Други уточнени неинфекциозни болести на лимфните съдове и лимфните възли

Хидроцеле(нефилариозно)

Липомеланотична ретикулоза

I89.9 Неинфекциозна болест на лимфните съдове и лимфните възли, неуточнена

Болест на лимфните съдове БДУ

I97.2 Синдром на лимфедем след мастектомия

Елефантиаза } дължащи се на мастектомия

Облитерация на лимфните съдове }

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури

Не включва: консултации (Z70—Z71)

Z50.8 Лечение, включващо други видове рехабилитационни процедури
Обучение за начини на самообслужване, НКД

Синдром на Reiter-Leroy

M02.30 Множествена локализация

M02.35 Тазова област и бедро
сакрум
сакроилиачна става
тазобедрена става
таз
бедрена кост

M02.36 Колянна област
колянна става
голям пищял[тибиа]
малък пищял[фибула]

M02.37 Глезенна става и стъпало
глезенна става
тарзални кост
метатарзални кости
други стави на стъпалото

фаланги
M02.38 Други
гръбначен стълб
ребра
шия
череп
глава
тяло

Други реактивни артропатии
M02.80 Други реактивни артропатии - множествена локализация
M02.85 Други реактивни артропатии - тазова област и бедро
M02.86 Други реактивни артропатии - колянна област
M02.87 Други реактивни артропатии - глезенна става и стъпало
M02.88 Други реактивни артропатии - други

Серопозитивен ревматоиден артрит
Не включва: ревматична треска (I00)
ревматоиден артрит:
• на гръбначния стълб (M45)
• юношески (M08.—)
M05.00 Синдром на Felty - множествена локализация
Ревматоиден артрит със спленомегалия и левкопения
Други серопозитивни ревматоидни артрити
M05.80 Други серопозитивни ревматоидни артрити - множествена локализация
M05.85 Други серопозитивни ревматоидни артрити - тазова област и бедро
M05.86 Други серопозитивни ревматоидни артрити - колянна област
M05.87 Други серопозитивни ревматоидни артрити - глезенна става и стъпало
M05.88 Други серопозитивни ревматоидни артрити - други

Серонегативен ревматоиден артрит
M06.00 Серонегативен ревматоиден артрит - множествена локализация
M06.05 Серонегативен ревматоиден артрит - тазова област и бедро
M06.06 Серонегативен ревматоиден артрит - колянна става
M06.07 Серонегативен ревматоиден артрит - глезенна става и стъпало
M06.08 Серонегативен ревматоиден артрит - други

Болест на Still при възрастни
Не включва: Болест на Still БДУ (M08.2)
M06.10 Болест на Still при възрастни - множествена локализация
M06.15 Болест на Still при възрастни - тазова област и бедро
M06.16 Болест на Still при възрастни - колянна става
M06.17 Болест на Still при възрастни - глезенна става и стъпало
M06.18 Болест на Still при възрастни - други

Ревматоиден бурсит
M06.20 Ревматоиден бурсит - множествена локализация
M06.25 Ревматоиден бурсит - тазова област и бедро
M06.26 Ревматоиден бурсит - колянна става
M06.27 Ревматоиден бурсит - глезенна става и стъпало
M06.28 Ревматоиден бурсит - други

Възпалителна полиартропатия
Не включва: полиартрит БДУ (M13.0)
M06.40 Възпалителна полиартропатия - множествена локализация

Други уточнени ревматоидни артрити
M06.80 Други уточнени ревматоидни артрити - множествена локализация

M06.85 Други уточнени ревматоидни артрити - тазова област и бедро
M06.86 Други уточнени ревматоидни артрити - колянна става
M06.87 Други уточнени ревматоидни артрити - глезенна става и стъпало

Дистална интерфалангеална псориатична артропатия (L40.5†)

Не включва: ювенилни псориатични и ентеропатични артропатии (M09.— *)

M07.00* Множествена локализация
M07.04* Китка карпални кости ставите между всички
метакарпални кости тези кости
фаланги
M07.07* Глезенна става тарзални кости глезенна става
и стъпало метатарзални кости други стави на стъпалото
фаланги

Инвалидизиращ артрит (L40.5†)

M07.10* Множествена локализация
M07.11* Раменна ключица акромиоклавикуларна
област лопатка скапулохумерална стави
стерноклавикуларна
M07.15* Тазова област сакрум тазобедрена става
и бедро бедрена кост сакроилиачна става
таз
M07.16* Колянна голям пищял[тибиа] колянна става
област малък пищял[фибула]
M07.17* Глезенна става тарзални кости глезенна става
и стъпало метатарзални кости други стави на стъпалото
фаланги
M07.18* Други гръбначен стълб
ребра
шия
череп
глава
тяло

Псориатичен спондилит (L40.5†)

M07.28* Други гръбначен стълб

Идиопатична подагра

Подагрозен бурсит
Първична подагра
Подагрозни възли [уратни тофи] в сърцето† (I43.8*)
M10.00 Идиопатична подагра, множествена локализация

M10.01 Раменна ключица акромиоклавикуларна
област лопатка скапулохумерална стави
стерноклавикуларна
M10.02 Мишница раменна кост лакътна става
M10.03 Предмишница лакътна кост гривнена става
лъчева кост
M10.04 Китка карпални кости ставите между всички
метакарпални кости тези кости
фаланги
M10.05 Тазова област сакрум тазобедрена става
и бедро бедрена кост сакроилиачна става
таз
M10.06 Колянна голям пищял[тибиа] колянна става
област малък пищял[фибула]

M10.07	Глезенна става и стъпало	тарзални кости метатарзални кости фаланги	глезенна става други стави на стъпалото
M10.08	Други	гръбначен стълб ребра шия череп глава тяло	

Коксартроза [артроза на тазобедрената става]

M16.0 Първична коксартроза, двустранна
M16.1 Друга първична коксартроза
Първична коксартроза:
• БДУ
• едностранна
M16.2 Дисплазична коксартроза, двустранна

Гонартроза [артроза на колянната става]

M17.0 Първична гонартроза, двустранна
M17.1 Други първични гонартрози
първична гонартроза:
• БДУ
• едностранна
M17.2 Посттравматична гонартроза, двустранна
M17.3 Други посттравматични гонартрози
посттравматична гонартроза:
• БДУ
• едностранна
M17.4 Други вторични гонартрози, двустранни
M17.5 Други вторични гонартрози
Вторична гонартроза:
• БДУ
• едностранна

Първична артроза на други стави

M19.01 Първична артроза - раменна област
M19.07 Първична артроза - глезенна става и стъпало
M19.08 Първична артроза - други

Посттравматична артроза на други стави

M19.17 Посттравматична артро за - глезенна става и стъпало
M19.18 Посттравматична артроза - други

Друга вторична артроза

M19.27 Друга вторична артроза - глезенна става и стъпало
M19.28 Друга вторична артроза - други

Друга уточнена артроза

M19.87 Друга уточнена артроза - глезенна става и стъпало

Контрактура на става

Не включва: придобити деформации на крайниците (M20—M21)
контрактура на Dupuytren (M72.0)
контрактура на сухожилните влагалища без контрактура на ставата (M67.1)

M24.50 Контрактура на става - множествена локализация

M24.51 Контрактура на става - раменна област
M24.52 Контрактура на става - мишница
M24.55 Контрактура на става - тазова област и бедро
M24.56 Контрактура на става - колянна област
M24.57 Контрактура на става - глезенна става и стъпало
M24.58 Контрактура на става - други (гръбначен стълб, ребра, шия, череп, глава, тяло)

Анкилозиращ спондилит
Ревматоиден артрит на гръбначния стълб
Не включва: артропатия при синдрома на Reiter (M0
ювенилен (анкилозиращ) спондилит (M08.1)
синдром на Behcet (M35.2)
M45.0 Анкилозиращ спондилит - множествено засягане на гръбначния стълб
M45.1 Анкилозиращ спондилит - окципито-атланто-аксисен отдел
M45.2 Анкилозиращ спондилит - шийна област
M45.3 Анкилозиращ спондилит - шийногръден отдел
M45.4 Анкилозиращ спондилит - гръден отдел
M45.5 Анкилозиращ спондилит - гръднопоясен отдел
M45.6 Анкилозиращ спондилит - поясен отдел
M45.7 Анкилозиращ спондилит - пояснокръстен отдел
M45.8 Анкилозиращ спондилит - кръстен и кръстноопашен отдел

Други спондилози с миелопатия
Спондилоза, предизвикваща компресия на гръбначния мозък† (G99.2*)
Не включва: сублуксации на гръбначния стълб (M43.3—M43.5)
M47.10 Други спондилози с миелопатия - множествено засягане на гръбначния стълб
M47.11 Други спондилози с миелопатия - окципито-атланто-аксисен отдел
M47.12 Други спондилози с миелопатия - шийна област
M47.13 Други спондилози с миелопатия - шийногръден отдел
M47.14 Други спондилози с миелопатия - гръден отдел
M47.15 Други спондилози с миелопатия - гръднопоясен отдел
M47.16 Други спондилози с миелопатия - поясен отдел

M47.17 Други спондилози с миелопатия - пояснокръстен отдел
M47.18 Други спондилози с миелопатия - кръстен и кръстноопашен отдел

Други спондилози с радикулопатия
M47.20 Други спондилози с радикулопатия - множествено засягане на гръбначния стълб
M47.21 Други спондилози с радикулопатия - окципито-атланто-аксисен отдел
M47.22 Други спондилози с радикулопатия - шийна област
M47.23 Други спондилози с радикулопатия - шийногръден отдел
M47.24 Други спондилози с радикулопатия - гръден отдел
M47.25 Други спондилози с радикулопатия - гръднопоясен отдел
M47.26 Други спондилози с радикулопатия - поясен отдел
M47.27 Други спондилози с радикулопатия - пояснокръстен отдел
M47.28 Други спондилози с радикулопатия - кръстен и кръстноопашен отдел

Спинална стеноза
Каудална стеноза
M48.00 Спинална стеноза - множествено засягане на гръбначния стълб
M48.01 Спинална стеноза - окципито-атланто-аксисен отдел
M48.02 Спинална стеноза - шийна област
M48.03 Спинална стеноза - шийногръден отдел
M48.04 Спинална стеноза - гръден отдел

M48.05 Спинална стеноза - гръднопоясен отдел
M48.06 Спинална стеноза - поясен отдел
M48.07 Спинална стеноза - пояснокръстен отдел
M48.08 Спинална стеноза - кръстен и кръстноопашен отдел

Увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел

Включва: увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел с болков синдром
увреждания на междупрешленните дискове в шийногръдния отдел

M50.0† Увреждане на междупрешленните дискове в шийния отдел с миелопатия (G99.2*)

M50.1 Увреждане на междупрешленните дискове в шийния отдел с радикулопатия
Не включва: брахиален радикулит БДУ (M54.1)

Увреждания на междупрешленните дискове в други отдели

Включва: увреждания на междупрешленните дискове в гръдния, гръднопоясния и пояснокръстния отдел

M51.0† Увреждания на междупрешленните дискове в поясния и другите отдели на гръбначния стълб с миелопатия (G99.2*)

M51.1 Увреждания на междупрешленните дискове в поясния и другите отдели на гръбначния стълб с радикулопатия
Ишиас, дължащ се на увреждане в междупрешленен диск
Не включва: лумбален радикулит БДУ (M54.1)

M51.2 Друг тип уточнена хернизация на междупрешленен диск
Лумбаго, дължащо се на дискова херния

M51.3 Друга уточнена дегенерация на междупрешленен диск

Алгоневродистрофия

Синдром рамо-ръка
Атрофия на Sudeck

Симпатикова рефлекторна дистрофия

M89.00 Алгоневродистрофия - множествена локализация
M89.05 Алгоневродистрофия - тазова област и бедро
M89.06 Алгоневродистрофия – колянна област
M89.07 Алгоневродистрофия – глезенна става и стъпало
M89.08 Алгоневродистрофия – други (гръбначен стълб, ребра, шия, череп, глава, тяло)

Вродени деформации на бедрото

Не включва: щракащо бедро (R29.4)

Q65.0 Вродена луксация на бедрото, едностранно
Q65.1 Вродена луксация на бедрото, двустранно
Q65.2 Вродена луксация на бедрото, неуточнена
Q65.3 Вродена сублуксация на бедрото, едностранна
Q65.4 Вродена сублуксация на бедрото, двустранна
Q65.5 Вродена сублуксация на бедрото, неуточнена
Q65.8 Други вродени деформации на бедрото
Изкривяване на бедрената шийка напред
Вродена дисплазия на ацетабулума
Вродено:
• валгусно положение [coxa valga]
• варусно положение [coxa vara]

Други вродени костно-мускулни деформации

Не включва: редукционни дефекти на крайник(-ци) (Q71—Q73)

Q68.2 Вродена деформация на коляното
Вроден(-а):
• луксация на коляното
• genu recurvatum

Q68.3 Вродено изкривяване на бедрената кост
Не включва: изкривяване на бедро (шийка) напред (Q65.8)

Q68.4 Вродено изкривяване на тибията и фибулата

Други вродени аномалии (пороци на развитието) на крайник (крайници)

Не включва: полидактилия (Q69.—)
редукционен дефект на крайник (Q71—Q73)
синдактилия (Q70.—)

Q74.1 Вродена аномалия на коляното
Вроден(-а):
• липса на патела
• дислокация на патела
• genu valgum
• genu varum
Рудиментарна патела
Не включва: вроден(-а):
• дислокация на коляното (Q68.2)
• genu recurvatum (Q68.2)
синдром “нокти—патела” (Q87.2)

Q74.2 Други вродени аномалии на долен крайник (крайници), включително и на тазовия пояс
Вродено(-а):
• сраствane на сакроилиачната става
• аномалия на:
• глезена (глезенната става)
•сакроилиачната става
Не включва: изместване на шийката на бедрената кост напред (Q65.8)

Q74.3 Arthrogriposis multiplex congenita

Q74.8 Други уточнени вродени аномалии на крайник (крайници)

Вродени аномалии (пороци на развитието) на гръбначния стълб и гръдния кош

Не включва: вродени костно-мускулни деформации на гръбначния стълб и гръдния кош (Q67.5—Q67.8)

Q76.0 Spina bifida occulta
Не включва: менингоцеле (спинално) (Q05.—)
spina bifida (aperta) (cystica) (Q05.—)

Q76.1 Синдром на Klippel-Feil
Синдром на сраствane на шийните прешлени

Q76.2 Вродена спондилолистеза
Вродена спондилолиза
Не включва: спондилолистеза (придобита) (M43.1)
спондилолиза (придобита) (M43.0)

Q76.3 Вродена сколиоза, дължаща се на вродена костна аномалия
Хемивертебрално сраствane или непълна сегментация със сколиоза

Q76.4 Други вродени аномалии на гръбначния стълб, несвързани със сколиоза
Вроден(-а)(-о):
- липса на прешлен
- сраствane на гръбначния стълб
- кифоза
- лордоза
- аномалия на лумбосакралната става) (област)

неуточнен(-а)(-о) или несвързан(-а)(-о) със сколиоза

Хемивертебра
Аномалия на гръбначния стълб
Платиспондилиза
Добавъчен прешлен

Q76.5 Шийно ребро
Добавъчно ребро в шийната област
Q76.8 Други вродени аномалии на торакалните кости

Остеохондродисплазия с дефекти в растежа на тръбести кости и гръбначния стълб
Не включва: мукополизахаридоза (E76.0—E76.3)
Q77.0 Ахондрогенеза
Хипохондрогенеза
Q77.3 Chondrodysplasia punctata
Q77.4 Ахондроплазия
Хипохондроплазия
Q77.5 Дистрофична дисплазия
Q77.6 Хондроектодермална дисплазия
Синдром на Ellis-van Creveld
Q77.7 Спондилоепифизарна дисплазия
Q77.8 Друга остеохондродисплазия с дефекти в растежа на тръбестите кости и гръбначния стълб

Други остеохондродисплазии
Q78.0 Osteogenesis imperfecta
Вродена чупливост на костите
Остеопсатироза
Q78.1 Полиостеозна фиброзна дисплазия
Синдром на Albright (-McCune) (-Sternberg)
Q78.2 Остеопетроза
Синдром на Albers-Schönberg
Q78.3 Прогресираща диафизарна дисплазия
Синдром на Camurati-Engelmann
Q78.4 Енхондроматоза
Синдром на Maffucci
Болест на Ollier
Q78.5 Метафизарна дисплазия
Синдром на Pyle
Q78.6 Множествени вродени екзостози
Диафизарна аклазия
Q78.8 Други уточнени остеохондродисплазии
Остеопойкилоза

Вродени аномалии (пороци на развитието) на костно-мускулната система, некласифицирани другаде)
Не включва: вроден (стерномастоиден) тортиколис (крива шия) (Q68.0)
Q79.6 Синдром на Ehlers-Danlos
Q79.9 Вродена аномалия на костно-мускулната система, неуточнена
Вродена:
• аномалия БДУ
• деформация БДУ на костно-мускулната система БДУ

Последици от травми на шията и тялото
T91.0 Последици от повърхностна травма и открита рана на шията и тялото.
Последици от травми, класифицирани в рубриките S10—S11, S20—S21, S30—S31, T09.0—T09.1
T91.1 Последици от счупване на гръбначния стълб
Последици от травми, класифицирани в рубриките S12.0, S 12.1, S 12.2; S 12.7;

S22.0; S22.1, S32.0, S32.7 и T08

T91.2 Последици от други счупвания на гръден кош и таза
Последици от травми, класифицирани в рубриките S22.2-22.9, S 32.1-32-5 и S 32.8;

Последици от травми на горен крайник

T92.0 Последици от открита рана на горен крайник
Последици от травми, класифицирани в рубриките S41.—, S51.—, S61.— и T11.1

T92.1 Последици от счупване на горен крайник, с изключение на китката и дланта
Последици от травми, класифицирани в рубриките S42.—, S52.— и T10

T92.2 Последици от счупване на ниво китка и длан
Последици от травми, класифицирани в рубриката S62.—

T92.3 Последици от изкълчване, навяхване и разтягане на горен крайник
Последици от травми, класифицирани в рубриките S43.—, S53.—, S63.— и T11.2

T92.5 Последици от травма на мускул и сухожилие на горен крайник
Последици от травми, класифицирани в рубриките S46.—, S56.—, S66.— и T11.5

T92.6 Последици от смазване и травматична ампутация на горен крайник
Последици от травми, класифицирани в рубриките S47—S48, S57—S58, S67—S68 и T11.6

T92.8 Последици от други уточнени травми на горен крайник
Последици от травми, класифицирани в рубриките S40.—, S45.—, S49.7—S49.8, S50.—, S55.—, S59.7—S59.8, S60.—, S65.—, S69.7—S69.8, T11.0, T11.4 и T11.8

Последици от травми на долен крайник

T93.0 Последици от открита рана на долен крайник
Последици от травми, класифицирани в рубриките S71.—, S81.—, S91.— и T13.1

T93.1 Последици от счупване на бедро
Последици от травми, класифицирани в рубриката S72.—

T93.2 Последици от други счупвания на долен крайник
Последици от травми, класифицирани в рубриките S82.—,

T93.3 Последици от изкълчване, навяхване и разтягане на долен крайник
Последици от травми, класифицирани в рубриките S73.—, S83.—, S93.0 – S93.2

T93.5 Последици от травма на мускул и сухожилие на долен крайник
Последици от травми, класифицирани в рубриките S86.0; S86.1 , S96.7

T93.6 Последици от смазване и травматична ампутация на долен крайник
Последици от травми, класифицирани в рубриките S77—S78, S87—S88, S97—S98 и T13.6

Последици от термични и химични изгаряния, и измръзване

T95.0 Последици от от термично химично изгаряне, и измръзване на главата и шията
Последици от травми, класифицирани в рубриките T20.—, T33.0—T33.1, T34.0—T34.1 и T35.2

T95.1 Последици от от термично химично изгаряне, и измръзване на тялото
Последици от травми, класифицирани в рубриките T21.—, T33.2—T33.3, T34.2—T34.3 и T35.3

T95.2 Последици от от термично и химично изгаряне, и измръзване на горен крайник
Последици от травми, класифицирани в рубриките T22—T23, T33.4—T33.5, T34.4—T34.5 и T35.4

T95.3 Последици от от термично и химично изгаряне, и измръзване на долен крайник
Последици от травми, класифицирани в рубриките T24—T25, T33.6—T33.8, T34.6—T34.8 и T35.5

Придобита липса на крайник

Включва: загуба на крайник:
• следоперативна
• посттравматична
Не включва: придобита деформация на крайници (M20—M21)
вродена липса на крайници (Q71—Q73)
Z89.5 Придобита липса на крак над или под коляното

Наличие на други функционални имплантати
Не включва: усложнения във връзка с вътрешни протезни устройства, имплантати и частици (T82—T85)
проба и ажустиране на протеза и друго устройство (Z44—Z46)
Z96.6 Наличие на ортопедични имплантати на стави
Заместване на тазобедрена/ колянна става (частично) (пълно), раменна става, лакътна става, глезенна става

Наличие на други устройства
Не включва: усложнения във връзка с вътрешни протезни устройства, имплантати и трансплантати (T82—T85)
проба и ажустиране на протеза и друго устройство (Z44—Z46)
наличие на устройство за дренаж на гръбначномозъчна течност (Z98.2)
Z97.1 Наличие на изкуствен крайник (пълно) (частично)

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Код Z50.8 се използва задължително като водеща диагноза за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва да бъдат посочени съответното остатъчно състояние, последвано от причината.

2.2. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ	
1820 Физиологична оценка	
96192-00	Функционална оценка
96019-00	Биомеханична оценка Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване) Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност) Мобилност/анализ на походка Мускулоскелетна оценка Оценка на стоежа *Не включва*: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822]) обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])
1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат	
96159-	Обем на движение/тестване на мускул със специализирана техника Изокинетично тестване
1866 Други диагностични тестове, измервания или изследвания	
91906-00	Измерване дължина на крайник
1824	**Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка**
92210-00	Антропометрия (мензурация)

Оценка на лична грижа и други дейности на ежедневен\независим живот

96021-00 Оценка на грижите за себе си
Оценка на ежедневни умения и дейности
Оценка на:
- къпане/душ
- миене на зъби
- обличане [дрехи]
- хранене
- изхранване
- функционална комуникация
- чистене
- мобилност в средата
- тоалет
- измиване на косата

Не включва: оценка на:
- стареене (96023-00 [1824])
- хранителен прием (диетичен) (калоричен) (96026-00 [1822])
- поддържане на здравето и възстановяване (96022-00 [1822])
- поддържане на дома (96028-00 [1822])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук
Не включва: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения

96061-02 Механотерапия

1908 Други терапевтични интервенции

96193-00 Упражнения срещу съпротива

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ
Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

96162-00 Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде
Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, проникване или седираща терапия
Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:
- акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката
- разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани

Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905])
масаж:
- сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
- простата (92131-00 [1904])
- ректум (92094-00 [1899])

96061-02 Механотерапия

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

Включва: адхезивни подложки
изкуствен [протезен] крайник(ци)
подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване за:
- игра/свободно време
- продуктивност
- грижи за себе си/поддържане

слухова помощ [кохлеарен имплант] [слухова помощ]
превръзки подпори скоби
гипсови шини (фибростъкло) (гипс) (пластмаса)
комуникационни системи (спешен отговор, системи за повикване, телефони)
корсет патерици
превръзки (Velpeau)
еластичен чорап(и)
електронен уред за походка

електротактилна/вибротактилна помощ
обувки, произведени за специални нужди, напр. подпомагане на походка, адаптация на стойка или да се подпомогне употребата на протеза
устройство за променливо налягане
системи за поставяне на медикаменти
шийни укрепващи средства [шийна яка]
ортеза БДУ
успоредни пръчки
пресиращи превръзки [Gibney бандаж] [Robert Jones бандаж] [Shanz превръзка]
пресиращи панталони [анти-шокови] [MAST панталони] [съдовопневматично устройство]
ортези БДУ
релси
ребрен колан
седалка
гръбначно подпомагане
шина (акрилна) (корона) (метална шина) (филцова) (силиконова) (термопластична)
бинтов бандаж
поддържаща рамка
термопластична шина (динамична) (статична)
зрителна помощ [контактни лещи] [очила] [призми] [очила]
бастун
подвижен стол

Забележка: Този блок класифицира външни фиксиращи средства, които са най-общо неинвазивни по същност. Външни фиксиращи устройства, които са инвазивни (т.е. прикрепени към костта) са класифицирани другаде. виж Азбучния индекс за упътване.

Не включва: поставяне на:
- имобилизиращи устройства при фрактура и луксация (виж Индекс: Имобилизация, фрактура или имобилизация, луксация)

опъващи устройства класифицирани другаде (виж Индекс: Опъване) имплантация на протезни устройства на крайник (виж Индекс: Имплантация, протеза) поставяне на протезни устройства (виж Индекс: Поставяне, протеза) интервенции, включващи подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване, класифицирани другаде:
- оценка нужда от устройство (96024-00 [1822])
- подпомагане поставяне на устройство (96165-00 [1914])
- консултиране или обучение свързано с устройство (96071-00 [1867])
- измерване на устройство (96024-00 [1822])
- предписване на устройство (96024-00 [1822])
- само разглеждане на устройство (96025-00 [1822])
- трениране на умения за използване на устройство (96142-00 [1878])

90531-00 Тракция, некласифицирана другаде
Ръчна или механична тракция БДУ

96130-00 Умения за обучение в дейности, свързани с положение на тялото\мобилност\движение
Разходка и тренинг на походка
Тренинг на движение и позициониране на тялото като:
- движения в леглото
- извиване
- обръщане
- лягане до сядане
- седнал до изправяне
- баланс при седнало положение
- сядане извън леглото
- клякане
- баланс при изправено положение

- изправяне

Поддържане на стойка
Трениране умения в методи за подобряване осъзнаване на интегрирано движение напр.метод на Feldenkrais, Tai Chi, Yoga
Не включва: двигателна терапия (96115 to 96129 [1876])
тези, където главната цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване
Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Не включва: поставяне на превръзка на:
- изгаряне (виж блок [1600])
- рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601

1876 Умения, придобити по време на движение

Двигателна терапия
Работа с нарастваща натовареност/трудни условия
Включва: оценка на прогреса
Забележка: Тренинг, включващ умения, изискващи асистиране или наблюдение на клиента при изпълнение на упражнения, с цел подобряване кондицията на тялото, подобряване на здравето или поддържане на форма или като средство за корекция на деформитет или възстановяване на органни и телесни функции до състояние на здраве.

96131-00 Умения за обучение в дейности,свързани с придвижване
Трениране на умения за придвижване до/от:
- банята
- леглото
- стол
- пода
- душ
- тоалет
- количка

Не включва: такова при влизане и излизане от басейн за хидротерапия (96150-00 [1879])
такова, където главна цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

1908 Други терапевтични интервенции

96061-01 Позиционна терапия
96194-00 Подводна гимнастика
96194-01 Подводно струев масаж
96194-02 Криоелектрофореза
96194-03 Рекреационна (възстановителна) терапия

Занимателна терапия
Игрова терапия

93173-00 Акупунктура

1878 Умения за лична хигиена и други ежедневни дейности / независим живот

Включва: оценка на прогреса

96142-00 Обучение на умения в използване на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Разходка и тренинг на походка във връзка с употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Рехабилитационен тренинг при употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Двигателен тренинг с помощни средства
Тренинг на умения в:
- поставяне на превръзки и бандажи
- системи за поставяне на медикаменти

Забележка: За списък на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване виж[1878])
Обучение за системи за поставяне на медикаменти включва умения и управление в употреба на системи за поставяне на медикаменти като инхалатори с мерителна доза, стимулиращи дишането устройства, небулайзери, трансдермални лекарствени системи и продължителни парентерални инфузии. Също включва подпомагащи помощни средства.

Не включва: имплантиране на кохлеарно протезно устройство (41617-00 [329])
изваждане на кохлеарно протезно устройство (41617-01 [329])

96146-00 Професионални умения и професионално обучение
Тренинг на умения в:
- намиране на работа
- изпълнение на работни задължения
- планиране на пенсиониране
- професионално проучване
- доброволно участие

Не включва: утежняване на работата/условията (виж Азбучен индекс: Обучение, умения, движение)

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ
Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

96174-01 Стречинг на мускул или сухожилие

96174-02 Стречинг на фасция

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96153-00 Хидротерапия

Забележка: Външната употреба на вода, топла и/или студена, в терапевтично поведение на болест или травма. Използване на влажна топлина и гореща вода помага за успокояване на болката и подобрява циркулацията, подпомага релаксацията и намалява мускулния спазъм и включва мерки като топли вани, топли превръзки и компреси. Използване на студена вода помага за намаляване на телесната температура, намалява отока и свива кръвоносните съдове и включва мерки като студени превръзки, ледени компреси, студени вани и душ.

Специално оборудване като резевоар на Hubbard или вани с джа-кузи са снабдени с устройства,които механично разклащат водата, осигурявайки по този начин фин масаж в допълнение към терапевтичните ефекти на топлината.

Не включва: хидродилатация на пикочен мехур (36827-00 [1108])
хидротубация на фалопиеви тръби (35703-01 [1248], 35703-00 [1258])
тези, които индуцират:
- хипертермия (92178-00 [1880])
- хипотермия (22065-00 [1880])

96211-00 Прилагане на диатермични токове

92178-00 Топлинна терапия
Хипертермична терапия
Включва: терапевтично поведение с използване на:
- загряващи превръзки
- инфрачервено облъчване
- микровълни
- къси вълни
- парафин

Забележка: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстра-корпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана кат допълнение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирана от микровълни, ултразвук, нискоенергийни радиочестотно провеждане или сонди.
Кодирай също когато е направена:
- химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)
- радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация)
термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна)
термокератопластика (90064 [173])
термосклеректомия (42746-03 [191])
термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])
Лечение с нискочестотни токове
Лечение със средночестотни токове
Лечение с високочестотни токове
Лечение с нискочестотно магнитно поле

22065-00 Студотерапия
Хипотермична терапия
Хипотермия на цяло тяло
Забележка: Използване на студ в терапевтично поведение при болест или травма. Хипотермия може да бъде индуцирана с ледени превръзки или компреси, охлаждащи чаршафи, поставяне в студена вода (вана или ведро) или чрез екстракорпорално охлаждане на кръвта. Хипотермия може да бъде също индуцирана като предпазна мярка при някои сърдечно-съдови или неврологични хирургични процедури или като допълнение към анестезията при хирургични процедури на крайници.
Не включва: криотерапевтична деструкция на тъкани (виж Индекс: Криотерапия, по локализация)

дълбока хипотермия (22075-00 [642])
стомашна хипотермия (13500-00 [1899])
хипотермична терапия заедно със сърдечен и циркулаторен арест (22075-00 [642])

96155-00 Стимулираща терапия, некласифицирана другаде
Лечение с терапевтичен лазер БДУ
Включва: електрическа невромускулна нервна стимулация [EMS]
функционална електростимулация [FES]
интерферентна терапия [IFT]
транскутанна електрическа нервна стимулация [TENS]
Забележка: Терапевтичното приложение на устройство (електрическо, лазер или ултразвук), който засилва или индуцира функционална активност в телесна част с цел подпомагане оздравяването и намаляване на болката

1879 Тренинг на други умения

Включва: оценка на прогреса
96151-00 Тренинг на други умения
Тренинг за шофьор
Тренинг за умения БДУ

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

1920 Приложение на фармакотерапия

▽ 0042
Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект
Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
- анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
- имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
- локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
- поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
- поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
- перфузия (виж блок [1886])
- ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])
Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия
96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Приложение на фармакологичен агент през отвор
Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент Йонофореза
Топично }
Трансдермално } приложение на фармакологичен агент
Не включва: приложение на фармакологичен агент през устата (96203 [1920])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96160-00 Фототерапия, става
Ултравиолетова терапия на става

96161-00 Фототерапия, мека тъкан
Ултравиолетова терапия на меки тъкани

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (двукратно - при приемане и преди изписване от лечебното заведение) и три основни различни терапевтични процедури дневно, **посочени в блок Кодове на основни процедури по МКБ-9 КМ.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Рентгенография или КАТ, или МРТ, или ехография на стави (с изкл. на артрозна болест) – се счита за валидна с давност до 24 месеца преди хоспитализацията), удостоверено с фиш или отразено в епикриза от проведена хоспитализация ;

Проведените диагностични процедури задължително се отразяват в ИЗ, а терапевтичните - във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Физикална и рехабилитационна медицина", осъществявана най-малко на **второ ниво** на компетентност, съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина"

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Задължително звено/медицинска апаратура
Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина Медицинска апаратура и оборудване, съгласно медицински стандарт по „Физикална и рехабилитационна медицина”.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по образна диагностика – допуска се договор на територията на областта

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина на 50 легла за рехабилитация.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина на 30 легла за рехабилитация.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти с:

1.1.1. заболявания на опорно-двигателния апарат до 1 месец (при медицински противопоказания до 3 месеца) от проведено болнично лечение за новооткрито или усложнено основно заболяване, посочени в блок „Кодове на болести по МКБ-1" на клинична пътека (удостоверява се с приложена в ИЗ епикриза);

1.1.1.1. определена потребност от физикална терапия и рехабилитация от специалистите по профила на основното заболяване, провели болничното лечение; 1.1.1.2. наличие на:

изразен функционален дефицит поради намален обем на движение на големите стави и наличие на контрактури;

затруднена локомоция, ограничени ДЕЖ и автономност;

развитие на следтравмени усложнения (рефлексна симпатикусова дистрофия и др.);

изразен неврологичен дефицит - изразени парези/парализи в долните крайници;

1.1.2. претърпели големи и много големи оперативни интервенции на гръбнак, таз и долен крайник и много големи процедури на горен крайник, болни след алопластика, пострадали с политравма и такива с първични или ятрогенни увреди на периферната нервна система от ортопедично-травматологичен произход.

1.2. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти със заболявания или увреди на опорнодвигателния апарат в случаите с необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия за едногодишен период и пациенти с трайно намалена работоспособност над 70% по повод на основно заболяване.

1.3. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти със заболявания на опорнодвигателния апарат, при които не е налице достъчен терапевтичен ефект от провежданата рехабилитация в извънболничната помощ по искане на лекаря специалист, провеждащ амбулаторното диспансерно наблюдение на пациента и/или рехабилитацията.

5. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Диагнозата се основава на клиничното състояние и данни от инструментални изследвания, както и на епикриза от пролежаване в други отделения (при наличие на такава).

При наличие на Решение на ТЕЛК с определена трайна неработоспособност по повод дефинитивно увреждане на опорно - двигателния апарат, не се изисква представяне на образно изследване.

Специалистът по физикална и рехабилитационна медицина при приемане на пациента извършва клиничен преглед, включващ общ и локален статус с оценка на рехабилитационния потенциал. Съставя индивидуална рехабилитационна програма, съдържаща конвенционални и специализирани методики и средства от физикалната и рехабилитационна медицина, а при показания се включват и други средства от медицинската практика.

При оценка по ММТ под 3 задължително се включва електростимулация на мускулите с нарушена инервация след извършване на КЕД.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се съобразно представените при приемането медицински документи, първичния и текущите прегледи, извършени от специалиста по физикална и рехабилитационна медицина и резултатите от назначените и проведени допълните.

7. ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за възстановяване на функционалната и двигателната активност в обем, преценен от лекуващия лекар и в зависимост от състоянието.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;

продължаване на лечението в извънболнични или домашни условия;

необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия за едногодишен период.

„Националната здравноосигурителна каса заплаща КП еднократно за една календарна година за лечение на един пациент.“
При пациенти, лекувани по тази клинична пътека, се заплаща повторна хоспитализация в рамките на същия период само по диагнози, включени в рубрики Т91.1; Т91.2; Т92.1 до Т92.8; Т93.1 до Т93.6; Т95.0 до Т95.3; Z89.5, Z96.6 и Z97.1.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА
ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури” - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89), която е неразделна част от ИЗ.

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:
- “История на заболяването”;
- част III на *“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури” - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Остеоартрозата и нейните разновидности **(сподилоартроза, коксартроза, гонартроза)**, както и вродените и придобити **деформитети на гръбначния стълб** са сред най-честите заболявания на съвременността, понижаващи качеството на живот на пациента. Те се третират не само медикаментозно, но и с ортотични средства, физикално-медицински и рехабилитационни мероприятия (вкл. кинезитерапевтични методики) под системен лекарски контрол.

Травмите и заболяванията на меките тъкани изискват ранна прецизна диагноза и съответна комплексна терапия за намаляване на болките и възстановяване на нормалната функция. Прилагат се ортотични средства, медикаменти, естествени и преформирани физикални фактори. При нужда се прибягва до оперативно лечение с последваща следоперативна рехабилитация. Същото се отнася и до последици от счупвания на костите. След проведеното от ортопед-травматолог лечение с обездвижване чрез гипсова превръзка или оперативно възстановяване чрез метална остеосинтеза, е необходимо да се проведе рехабилитация за възстановяване на загубената функция и предотвратяване на усложнения като трайно обездвижване на ставите, ограничен обем на движение, мускулна слабост, нарушена функция. За целта трябва да се обърнете към специалист по физикална терапия.

Една типична болест, която се явява като късно усложнение след травми – главно в областта на гривнената и глезенната стави (с или без фрактури на костите), е **алгоневродистрофията на Зудек**. Рентгенологично тази болест се изразява с неравномерно (петнисто) извличане на калций от костите в засегната област, а клинично – с болки, оток, промени в цвета и влажността на кожата и ограничение на подвижността на съседните стави. При неправилно лечение може да доведе до тежка инвалидизация. Лечението е трудно. Прилага се под формата на медикаменти, физиотерапия и кинезитерапия САМО ПОД ЛЕКАРСКИ КОНТРОЛ. Оперативното лечение не може да спре хода на болестта. Топлинни процедури от всякакъв вид са ПРОТИВОПОКАЗАНИ. Същото се отнася и до груб масаж или прекалено енергични манипулации за възстановяване на ограничения обем на движенията в ставите. Препоръчват се криотерапия (студени компреси, масаж с ледено блокче и др.) и кинезитерапия под контрол на опитен специалист.

Изграждането на качествена, индивидуално съобразена рехабилитационна програма за пациентите със заболявания на опорно-двигателния апарат включва участие на различни медицински професионалисти, обединени в РЕХАБИЛИТАЦИОНЕН ЕКИП (личен лекар, специалист по физикална и рехабилитационна медицина, ортопед – травматолог, ревматолог, невролог, кардиолог, рехабилитатор). Важно е да проявите желание за сътрудничество и да предоставите на

лекуващия Ви лекар – специалист по физикална и рехабилитационна медицина пълната медицинска документация от всички проведени от Вас консултации (по възможност при постъпването Ви в рехабилитационното заведение).

Активното участие на пациента в рехабилитационния процес е необходимо и задължително условие за осигуряване на положителен ефект от физикалната терапия и рехабилитация. При неясноти по отношение рехабилитационните процедури – моля, поискайте подробно обяснение от лекуващия лекар.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от вземането на погрешно решение за лечение и рехабилитация.

Преди хоспитализацията ще получите копие от формулярите за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия личен лекар, със специалистите по неврология и физикална и рехабилитационна медицина от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет. Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните физикално-терапевтични и рехабилитационни процедури. Ако сте съгласен трябва да подпишете информираното съгласие, според което разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните мероприятия. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение – то информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 265.2 ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ С КОМПЛЕКСНА ПОДВОДНО-ЕКСТЕНЗИОННА ТЕРАПИЯ ПРИ БОЛЕСТИ НА ГРЪБНАЧНИЯ СТЪЛБ

1.Минимален болничен престой – 7 дни

I89.0 Лимфедем, некласифициран другаде
Лимфангиектазия
I89.1 Лимфангит
Лимфангит:
- БДУ
- хроничен
- подостър

I89.8 Други уточнени неинфекциозни болести на лимфните съдове и лимфните възли
Хидроцеле(нефилариозно)
Липомеланотична ретикулоза
I89.9 Неинфекциозна болест на лимфните съдове и лимфните възли, неуточнена
Болест на лимфните съдове БДУ
I97.2 Синдром на лимфедем след мастектомия
Елефантиаза } дължащи се на мастектомия
Облитерация на лимфните съдове }

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури
Не включва:консултации (Z70—Z71)
Z50.8 Лечение, включващо други видове рехабилитационни процедури
Обучение за начини на самообслужване, НКД

Други спондилози с миелопатия
Спондилоза, предизвикваща компресия на гръбначния мозък† (G99.2*)
Не включва: сублуксации на гръбначния стълб (M43.3—M43.5)
M47.10 Други спондилози с миелопатия - множествено засягане на гръбначния стълб
M47.11 Други спондилози с миелопатия - окципито-атланто-аксисен отдел
M47.12 Други спондилози с миелопатия - шийна област
M47.13 Други спондилози с миелопатия - шийногръден отдел
M47.14 Други спондилози с миелопатия - гръден отдел
M47.15 Други спондилози с миелопатия - гръднопоясен отдел
M47.16 Други спондилози с миелопатия - поясен отдел
M47.17 Други спондилози с миелопатия - пояснокръстен отдел
M47.18 Други спондилози с миелопатия - кръстен и кръстноопашен отдел

Други спондилози с радикулопатия
M47.20 Други спондилози с радикулопатия - множествено засягане на гръбначния стълб
M47.21 Други спондилози с радикулопатия - окципито-атланто-аксисен отдел
M47.22 Други спондилози с радикулопатия - шийна област
M47.23 Други спондилози с радикулопатия - шийногръден отдел
M47.24 Други спондилози с радикулопатия - гръден отдел
M47.25 Други спондилози с радикулопатия - гръднопоясен отдел
M47.26 Други спондилози с радикулопатия - поясен отдел
M47.27 Други спондилози с радикулопатия - пояснокръстен отдел
M47.28 Други спондилози с радикулопатия - кръстен и кръстноопашен отдел

Спинална стеноза
Каудална стеноза
M48.00 Спинална стеноза - множествено засягане на гръбначния стълб
M48.01 Спинална стеноза - окципито-атланто-аксисен отдел
M48.02 Спинална стеноза - шийна област
M48.03 Спинална стеноза - шийногръден отдел
M48.04 Спинална стеноза - гръден отдел
M48.05 Спинална стеноза - гръднопоясен отдел
M48.06 Спинална стеноза - поясен отдел
M48.07 Спинална стеноза - пояснокръстен отдел
M48.08 Спинална стеноза - кръстен и кръстноопашен отдел

Увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел
Включва: увреждания на междупрешленните дискове в шийния отдел с болков синдром
увреждания на междупрешленните дискове в шийногръдния отдел

M50.0† Увреждане на междупрешленните дискове в шийния отдел с миелопатия (G99.2*)
Увреждане на междупрешленните дискове в шийния отдел с радикулопатия
Не включва: брахиален радикулит БДУ (M54.1)

Увреждания на междупрешленните дискове в други отдели
Включва: увреждания на междупрешленните дискове в гръдния, гръднопоясния и пояснокръстния отдел

M51.0† Увреждания на междупрешленните дискове в поясния и другите отдели на гръбначния стълб с миелопатия (G99.2*)
Увреждания на междупрешленните дискове в поясния и другите отдели на гръбначния стълб с радикулопатия
Ишиас, дължащ се на увреждане в междупрешленен диск
Не включва: лумбален радикулит БДУ (M54.1)

Друг тип уточнена хернизация на междупрешленен диск
Лумбаго, дължащо се на дискова херния

M51.3 Друга уточнена дегенерация на междупрешленен диск

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Код Z50.8 се използва задължително като водеща диагноза за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва да бъдат посочени съответното остатъчно състояние, последвано от причината.

2.2. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1820 Физиологична оценка

96192-00 Функционална оценка
96019-00 Биомеханична оценка
Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване)
Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност)
Мобилност/анализ на походка
Мускулоскелетна оценка
Оценка на стоежа
Не включва: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822])
обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

Обем на движение/тестване на мускул със специализирана техника
Изокинетично тестване

1866 Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91906-00 Измерване дължина на крайник

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

92210-00 Антропометрия (мензурация)

1822 Оценка на лична грижа и други дейности на ежедневен\независим живот

96021-00 Оценка на грижите за себе си
Оценка на ежедневни умения и дейности Оценка на:

- къпане/душ
- миене на зъби
- обличане [дрехи]
- хранене
- изхранване
- функционална комуникация
- чистене
- мобилност в средата
- тоалет
- измиване на косата

Не включва: оценка на:

- стареене (96023-00 [1824])
- хранителен прием (диетичен) (калоричен) (96026-00 [1822])
- поддържане на здравето и възстановяване (96022-00 [1822])
- поддържане на дома (96028-00 [1822])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19 92191-01
Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3 ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук
Не включва: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения
96061-02 Механотерапия
96193-00 Упражнения срещу съпротива
Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде
Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, проникване или седираща терапия
Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:

- акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката
- разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани

Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905])
масаж:

- сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
- простата (92131-00 [1904])
- ректум (92094-00 [1899])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ
Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

Включва:
Забележка:
Не ключва:
адхезивни подложки
изкуствен [протезен] крайник(ци)
подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване за:

- игра/свободно време
- продуктивност
- грижи за себе си/поддържане

слухова помощ [кохлеарен имплант] [слухова помощ]
превръзки
подпори
скоби
гипсови шини (фибростъкло) (гипс) (пластмаса)
комуникационни системи (спешен отговор, системи за повикване, телефони)
корсет
патерици
превръзки (Velpeau)
еластичен чорап(и)
електронен уред за походка
електротактилна/вибротактилна помощ
обувки, произведени за специални нужди, напр. подпомагане на походка, адаптация на стойка или да се подпомогне употребата на протеза устройство за променливо налягане
системи за поставяне на медикаменти
шийни укрепващи средства [шийна яка]
ортеза БДУ
успоредни пръчки
пресиращи превръзки [Gibney бандаж] [Robert Jones бандаж] [Shanz превръзка]
пресиращи панталони [анти-шокови] [MAST панталони] [съдовопневматично устройство]
ортези БДУ
релси
ребрен колан
седалка
гръбначно подпомагане
шина (акрилна) (корона) (метална шина) (филцова) (силиконова)
(термопластична) бинтов бандаж поддържаща рамка
термопластична шина (динамична) (статична) зрителна помощ [контактни лещи] [очила] [призми] [очила] бастун подвижен стол
Този блок класифицира външни фиксиращи средства, които са най-общо неинвазивни по същност. Външни фиксиращи устройства, които са инвазивни (т.е. прикрепени към костта) са класифицирани другаде. виж Азбучния индекс за упътване. поставяне на:
имобилизиращи устройства при фрактура и луксация (виж Индекс:
Имобилизация, фрактура или имобилизация, луксация)
опъващи устройства класифицирани другаде (виж Индекс: Опъване) имплантация на протезни устройства на крайник (виж Индекс: Имплантация, протеза)
поставяне на протезни устройства (виж Индекс: Поставяне, протеза) интервенции, включващи подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни

средства или оборудване, класифицирани другаде:
- оценка нужда от устройство (96024-00 [1822])
- подпомагане поставяне на устройство (96165-00 [1914])
- онсултиране или обучение свързано с устройство (96071-00 [1867])
- измерване на устройство (96024-00 [1822])
- предписване на устройство (96024-00 [1822])
- само разглеждане на устройство (96025-00 [1822])
- трениране на умения за използване на устройство (96142-00 [1878])

90531-00 Тракция, некласифицирана другаде - Комбинирана подводно-екстензионна терапия

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Не включва: поставяне на превръзка на:
- изгаряне (виж блок [1600])
- рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

1876 Умения, придобити по време на движение

Двигателна терапия

Работа с нарастваща натовареност/трудни условия

Включва: оценка на прогреса

Забележка: Тренинг, включващ умения, изискващи асистиране или наблюдение на клиента при изпълнение на упражнения, с цел подобряване кондицията на тялото, подобряване на здравето или поддържане на форма или като средство за корекция на деформитет или възстановяване на органни и телесни функции до състояние на здраве.

96130-00 Умения за обучение в дейности, свързани с положение на тялото\мобилност\движение

Разходка и тренинг на походка

Тренинг на движение и позициониране на тялото като:
- движения в леглото
- извиване
- обръщане
- лягане до сядане
- седнал до изправяне
- баланс при седнало положение
- сядане извън леглото
- клякане
- баланс при изправено положение
- изправяне

Поддържане на стойка

Трениране умения в методи за подобряване осъзнаване на интегрирано движение напр.метод на Feldenkrais, Tai Chi, Yoga

Не включва: двигателна терапия (96115 to 96129 [1876])
тези, където главната цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

96131-00 Умения за обучение в дейности,свързани с придвижване

Трениране на умения за придвижване до/от:
- банята
- леглото
- стол
- пода
- душ
- тоалет

- количка

Не включва: такова при влизане и излизане от басейн за хидротерапия (96150-00 [1879])

такова, където главна цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

1908 Други терапевтични интервенции

96061-01 Позиционна терапия
96194-00 Подводна гимнастика
96194-01 Подводно струев масаж
96194-02 Криоелектрофореза

1878 Умения за лична хигиена и други ежедневни дейности / независим живот

96142-00 Обучение на умения в използване на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Разходка и тренинг на походка във връзка с употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Рехабилитационен тренинг при употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване Двигателен тренинг с помощни средства Тренинг на умения в:

- поставяне на превръзки и бандажи
- системи за поставяне на медикаменти

Забележка: За списък на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване виж[1878])
Обучение за системи за поставяне на медикаменти включва умения и управление в употреба на системи за поставяне на медикаменти като инхалатори с мерителна доза, стимулиращи дишането устройства, небулайзери, трансдермални лекарствени системи и продължителни парентерални инфузии. Също включва подпомагащи помощни средства.
Не включва: имплантиране на кохлеарно протезно устройство (41617-00 [329])
изваждане на кохлеарно протезно устройство (41617-01 [329])

96146-00 Професионални умения и професионално обучение
Тренинг на умения в:

- намиране на работа
- изпълнение на работни задължения
- планиране на пенсиониране
- професионално проучване
- доброволно участие

Не включва: утежняване на работата/условията (виж Азбучен индекс: Обучение, умения, движение)

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96174-01 Стречинг на мускул или сухожилие
96174-02 Стречинг на фасция
50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ
Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение
96160-00 Фототерапия, става
Ултравиолетова терапия на става
96161-00 Фототерапия, мека тъкан
Ултравиолетова терапия на меки тъкани

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96153-00 Хидротерапия
Забележка: Външната употреба на вода, топла и/или студена, в терапевтично поведение на болест или травма. Използване на влажна топлина и гореща вода помага за успокояване на болката и подобрява циркулацията, подпомага релаксацията и намалява мускулния спазъм и включва мерки като топли вани, топли превръзки и компреси. Използване на студена вода помага за намаляване на телесната температура, намалява отока и свива кръвоносните съдове и включва мерки като студени превръзки, ледени компреси, студени вани и душ. Специално оборудване като резевоар на Hubbard или вани с джа-кузи са снабдени с устройства,които механично разклащат водата, осигурявайки по този начин фин масаж в допълнение към терапевтичните ефекти на топлината.
Не включва: хидродилатация на пикочен мехур (36827-00 [1108])
хидротубация на фалопиеви тръби (35703-01 [1248], 35703-00 [1258])
тези, които индуцират:
- хипертермия (92178-00 [1880])
- хипотермия (22065-00 [1880])

96211-00 Прилагане на диатермични токове
92178-00 Топлинна терапия
Хипертермична терапия
Включва: терапевтично поведение с използване на:
- загряващи превръзки
- инфрачервено облъчване
- микровълни
- къси вълни
- парафин

Забележка: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстра-корпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана като допъл-нение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирана от микровълни, ултразвук, нискоенергийни радиочестотно провеждане или сонди.
Кодирай също когато е направена:
- химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)
- радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация) термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна)
термокератопластика (90064 [173])
термосклеректомия (42746-03 [191])
термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])

96149-00 Лечение с нискочестотни токове
96149-01 Лечение със средночестотни токове
96149-02 Лечение с високочестотни токове
96149-03 Лечение с нискочестотно магнитно поле
22065-00 Студотерапия
Хипотермична терапия
Хипотермия на цяло тяло
Забележка: Използване на студ в терапевтично поведение при болест или травма. Хипотермия може да бъде индуцирана с ледени превръзки или компреси, охлаждащи чаршафи, поставяне в студена вода (вана или ведро) или чрез екстракорпорално охлаждане на кръвта. Хипотермия може да бъде също индуцирана като предпазна мярка при някои сърдечно-съдови или неврологични хирургични процедури или като допълнение към анестезията при хирургични процедури на крайници.
Не включва: криотерапевтична деструкция на тъкани (виж Индекс: Криотерапия, по локализация)
дълбока хипотермия (22075-00 [642]) стомашна хипотермия (13500-00 [1899])
хипотермична терапия заедно със сърдечен и циркулаторен арест (22075-00 [642])

96155-00 Стимулираща терапия, некласифицирана другаде
Лечение с терапевтичен лазер БДУ
Включва: електрическа невромускулна нервна стимулация [EMS] функционална електростимулация [FES] интерферентна терапия [IFT]
транскутанна електрическа нервна стимулация [TENS]
Забележка: Терапевтичното приложение на устройство (електрическо, лазер или ултразвук), който засилва или индуцира функционална активност в телесна част с цел подпомагане оздравяването и намаляване на болката

1908 Други терапевтични интервенции

96194-03 Рекреационна (възстановителна) терапия
Занимателна терапия
Игрова терапия

1879 Тренинг на други умения

Включва: оценка на прогреса
96151-00 Тренинг на други умения
Тренинг за шофьор
Тренинг за умения БДУ

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

1920 Приложение на фармакотерапия

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Приложение на фармакологичен агент през отвор
Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент Йонофореза
Топично } приложение на фармакологичен агент
Трансдермално }
Не включва: приложение на фармакологичен агент през устата (96203 [1920])

1908 Други терапевтични интервенции

93173-00 Акупунктура

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (двукратно - при приемане и преди изписване от лечебното заведение) и три основни различни терапевтични процедури дневно, **посочени в блок Кодове на основни процедури, като едната от тях задължително е 90531-00 Тракция, некласифицирана другаде Комбинирана Подводно-екстензионна терапия**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Рентгенография или КАТ, или МРТ, или ехография на стави (с изкл. на артрозна болест) – се счита за валидна с давност до 24 месеца преди хоспитализацията), удостоверено с фиш или отразено в епикриза от проведена хоспитализация ;

При диагнози с код М 51.1 (при радикулопатия, дължаща се на увреждане на междупрешленен диск) – с наличие на ЕМГ–данни за увреда (съгласно ЕМГ-изследване, направено до края на шестия месец преди датата на хоспитализацията), удостоверено с фиш или отразено в епикриза от проведена хоспитализация;

Проведените диагностични процедури задължително се отразяват в ИЗ, а терапевтичните - във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Физикална и рехабилитационна медицина", осъществявана най-малко на **второ ниво** на компетентност, съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина"

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина терапия
2.Медицинска апаратура и оборудване, съгласно медицински стандарт по „Физикална и рехабилитационна медицина”.
3.Наличие на оборудване – вани с минерална вода с екстензионни маси за провеждане на Комбинирана подводна екстензионна
4.Наличие на легла за имобилизация в уилямсово положение на тялото

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по образна диагностика – допуска се договор на територията на областта

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина и Сертификат за ВСД – екстензионна терапия на 50 легла за рехабилитация, – екстензионна терапия на 50 легла за рехабилитация,вкл. и за Комбинирана подводно-екстензионна терапия.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина и Сертификат за ВСД – екстензионна терапия на 30 легла за рехабилитация, – екстензионна терапия на 50 легла за рехабилитация,вкл. и за Комбинирана подводно-екстензионна терапия.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти с:

1.1.1. Вертеброгенни заболявания до 1 месец (при медицински противопоказания до 3 месеца) от проведено болнично лечение за новооткрито или усложнено основно заболяване, посочени в блок „Кодове на болести по МКБ-1" на клинична пътека (удостоверява се с приложена в ИЗ епикриза);

1.1.1.1. определена потребност от физикална терапия и рехабилитация от специалистите по профила на основното заболяване, провели болничното лечение;

1.1.1.2. наличие на:

- изразен функционален дефицит поради намален обем на движение на големите стави и наличие на неврогенни контрактури;
- затруднена локомоция, ограничени ДЕЖ и автономност;
- изразен неврологичен дефицит - изразени парези/парализи в долните крайници;
- вазодистрофични синдроми от цервикално естество – синдром на Barre-Lieon, вертеброгенно главоболие
- функционални блокажи в интервертебралните стави
- остатъчни коренчеви адхезии от неспецифично възпалително естество/след оперативно лечение на гръбначния стълб

1.2. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти със заболявания или увреди на опорнодвигателния апарат в случаите с необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия за едногодишен период и пациенти с трайно намалена работоспособност над 70% по повод на основно заболяване.

1.3. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти със заболявания на опорнодвигателния апарат, при които не е налице достъчен терапевтичен ефект от провежданата рехабилитация в извънболничната помощ по искане на лекаря специалист, провеждащ амбулаторното диспансерно наблюдение на пациента и/или рехабилитацията.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Диагнозата се основава на клиничното състояние и данни от инструментални изследвания, както и на епикриза от пролежаване в други отделения (при наличие на такава).

При наличие на Решение на ТЕЛК с определена трайна неработоспособност по повод дефинитивно увреждане на опорно - двигателния апарат, не се изисква представяне на образно изследване.

Специалистът по физикална и рехабилитационна медицина при приемане на пациента извършва клиничен преглед, включващ общ и локален статус с оценка на рехабилитационния потенциал. Съставя индивидуална рехабилитационна програма, съдържаща конвенционални и специализирани методики и средства от физикалната и рехабилитационна медицина, а при показания се включват и други средства от медицинската практика.

При оценка по ММТ под 3 задължително се включва електростимулация на мускулите с нарушена инервация след извършване на КЕД.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се съобразно представените при приемането медицински документи, първичния и текущите прегледи, извършени от специалиста по физикална и рехабилитационна медицина и резултатите от назначените и проведени допълните.

7. ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

1. Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за възстановяване на функционалната и двигателната активност в обем, преценен от лекуващия лекар и в зависимост от състоянието.

2. Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

- контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
- продължаване на лечението в извънболнични или домашни условия;
- необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия за едногодишен период.

„Националната здравноосигурителна каса заплаща КП еднократно за една календарна година за лечение на един пациент.“

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в “*История на заболяването*” (ИЗ) и в част II на *“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури” - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *“История на заболяването”* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89), която е неразделна част от ИЗ.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

“История на заболяването”;

част III на *“Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури” - бл.МЗ-НЗОК №7*;

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *“История на заболяването”.*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ “ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО”.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Остеоартрозата и нейните разновидности **(сподилоартроза, коксартроза, гонартроза)**, както и вродените и придобити **деформитети на гръбначния стълб** са сред най-честите заболявания на съвременността, понижаващи качеството на живот на пациента. Те се третират не само медикаментозно, но и с ортотични средства, физикално-медицински и рехабилитационни мероприятия (вкл. кинезитерапевтични методики) под системен лекарски контрол.

Вертеброгенните заболявания включват дискова болест, спондилози, спондилоартрози, остеохондрози, дегенерация на интервертебралните стави и лигаменти.

Екстензионната терапия е кинезитерапевтичен пасивен метод, който се прилага мануално или с помощта на специални уреди – екстензионни маси, с оглед упражняване на механичен ефект на теглене върху гръбначния стълб.

Основната цел на екстензионната терапия е

отстраняване на компресия и дразнене на мекотъканни и нервни елементи, и съдове

възстановяване на увредената функция на гръбначния стълб.

Уникалността на комбинираната екстензионно-тракционна терапия е комплекс от хидро- и тракционно терапевтични процедури по специфична методология и специализирано оборудване – екстензионна маса. Извършва се в оборудвани помещения, при строго спазване на: „Правила за ползване намарка на ЕС”, „Система за управление на качеството”, както и Дипломи, Сертификати за одобрение и пр., издавани от притежателя на МАРКАТА.

Трите основни ортопедични принципа - релаксация, екстензия и имобилизация са основните елементи при изпълнението на процедурата.

Изграждането на качествена, индивидуално съобразена рехабилитационна програма за пациентите със заболявания на опорно-двигателния апарат включва участие на различни медицински професионалисти, обединени в РЕХАБИЛИТАЦИОНЕН ЕКИП (личен лекар, специалист по физикална и рехабилитационна медицина, ортопед – травматолог, ревматолог, невролог, кардиолог, рехабилитатор). Важно е да проявите желание за сътрудничество и да предоставите на лекуващия Ви лекар – специалист по физикална и рехабилитационна медицина пълната медицинска документация от всички проведени от Вас консултации (по възможност при постъпването Ви в рехабилитационното заведение).

Активното участие на пациента в рехабилитационния процес е необходимо и задължително условие за осигуряване на положителен ефект от физикалната терапия и рехабилитация.

При неясноти по отношение рехабилитационните процедури – моля, поискайте подробно обяснение от лекуващия лекар.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от вземането на погрешно решение за лечение и рехабилитация.

Преди хоспитализацията ще получите копие от формулярите за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия личен лекар, със специалистите по неврология и физикална и рехабилитационна медицина от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните физикално-терапевтични и

рехабилитационни процедури. Ако сте съгласен трябва да подпишете информираното съгласие, според което разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните мероприятия. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение – то информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 265.3 ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ И РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ТРАВМИ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЕН АПАРАТ СЛЕД НЕПОСРЕДСТВЕНА ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ ОТ ПРОФИЛИРАНА КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОСНОВНОТО ЗАБОЛЯВАНЕ

1.Минимален болничен престой – 7 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

I89.0 Лимфедем, некласифициран другаде

Лимфангиектазия

I89.1 Лимфангит

Лимфангит:

- БДУ
- хроничен
- подостър

I89.8 Други уточнени неинфекциозни болести на лимфните съдове и лимфните възли

Хидроцеле(нефилариозно)

Липомеланотична ретикулоза

I89.9 Неинфекциозна болест на лимфните съдове и лимфните възли, неуточнена

Болест на лимфните съдове БДУ

I97.2 Синдром на лимфедем след мастектомия

Елефантиаза } дължащи се на мастектомия

Облитерация на лимфните съдове }

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури

Не включва: консултации (Z70—Z71)

Z50.8 Лечение, включващо други видове рехабилитационни процедури

Обучение за начини на самообслужване, НКД

Последици от травми на шията и тялото

T91.1 Последици от счупване на гръбначния стълб

Последици от травми, класифицирани в рубриките:

S12.0 Счупване на първи шиен прешлен
S12.1 Счупване на втори шиен прешлен
S12.2 Счупване на други уточнени шийни прешлени
S12.7 Множествени счупвания на шийни прешлени
S22.0 Счупване на гръбначен прешлен
S22.1 Множествени счупвания на гръдната част на гръбначния стълб
S32.0 Счупване на гръбначния стълб в поясната област
S32.7 Множествени счупвания на лумбосакралната част на гръбначния стълб и таза

T91.2 Последици от други счупвания на гръден кош и таза

Последици от травми, класифицирани в рубриките:

S32.1 Счупване на сакрума
S32.2 Счупване на опашната кост
S32.3 Счупване на илиачната кост
S32.4 Счупване на ацетабулума
S32.5 Счупване на пубиса (срамна кост)
S32.8 Счупване на други и неуточнени части на лумбосакралната част на гръбначния стълб и таза

Последици от травми на горен крайник

T92.1 Последици от счупване на горен крайник, с изключение на китката и дланта

Последици от травми, класифицирани в рубриките:
S42.2 Счупване на горния край на раменната кост (хумерус)
S42.4 Счупване на долния край на хумеруса
S42.7 Множествени счупвания на ключицата, лопатката и раменната кост

T92.6 Последици от смазване и травматична ампутация на горен крайник
Последици от травми, класифицирани в рубриките:
S48.0 Травматична ампутация на ниво раменна става
S48.1 Травматична ампутация на ниво между раменната и лакътната става
S48.9 Травматична ампутация на раменния пояс и мишницата на неуточнено ниво

Последици от травми на долен крайник

T93.1 Последици от счупване на бедро
Последици от травми, класифицирани в рубриките:
S72.0 Счупване на бедрената шийка
S72.1 Пертрохантерно счупване
S72.2 Субтрохантерна фрактура
S72.3 Счупване на тялото [диафиза] на бедрената кост
S72.4 Счупване на долния край на бедрената кост
S72.7 Множествени счупвания на бедрената кост

T93.2 Последици от други счупвания на долен крайник
Последици от травми, класифицирани в рубриките:
S82.0 Счупване на пателата
S82.1 Счупване на горния край на тибията (голям пищял)
S82.2 Счупване на тялото [диафиза] на тибията
S82.3 Счупване на дисталната част на тибията
S82.4 Счупване само на фибулата
S82.5 Счупване на вътрешния [медиален] малеолус
S82.6 Счупване на външен [латерален] малеолус
S82.7 Множествени счупвания на подбедрицата

T93.6 Последици от смазване и травматична ампутация на долен крайник

Z89.5 Придобита липса на крак над или под коляното
Включва: загуба на крайник:
- следоперативна
- посттравматична

Не включва: придобита деформация на крайници (M20—M21)
вродена липса на крайници (Q71—Q73)

Наличие на други функционални импланти

Z96.6 Наличие на ортопедични имплантати на стави
Заместване на тазобедрена/ колянна става (частично) (пълно), раменна става, лакътна става, глезенна става
Включва: такава след травматична увреда

Не включва: усложнения във връзка с вътрешни протезни устройства, имплантати и частици (T82—T85)
проба и ажустиране на протеза и друго устройство (Z44—Z46)

Код Z50.8 се използва задължително като водеща диагноза за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва да бъдат посочени съответното остатъчно състояние, последвано от причината.

2.2. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1820 Физиологична оценка

96192-00 Функционална оценка
96019-00 Биомеханична оценка
Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване)
Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност)
Мобилност/анализ на походка
Мускулоскелетна оценка
Оценка на стоежа
Не включва: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822])
обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96159-00 Обем на движение/тестване на мускул със специализирана техника
Изокинетично тестване

1866 Други диагностични тестове, измервания или изследвания

91906-00 Измерване дължина на крайник

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

92210-00 Антропометрия (мензурация)

Оценка на лична грижа и други дейности на ежедневен\независим живот

96021-00 Оценка на грижите за себе си
Оценка на ежедневни умения и дейности
Оценка на:
- къпане/душ
- миене на зъби
- обличане [дрехи]
- хранене
- изхранване
- функционална комуникация
- чистене
- мобилност в средата
- тоалет
- измиване на косата

Не включва: оценка на:
- стареене (96023-00 [1824])
- хранителен прием (диетичен) (калоричен) (96026-00 [1822])
- поддържане на здравето и възстановяване (96022-00 [1822])
- поддържане на дома (96028-00 [1822])

Друга електрокардиография [ЕКГ]

11700-00 Друга електрокардиография [

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

91910-05 Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване

91910-06 Морфология на еритроцити – визуално микроскопско изследване

91910-07 Скорост на утаяване на еритроцитите

91910-08 Изследване на време на кървене

91904-04 Изследване на фактори на коагулация фактор II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII

91913-01 Изследване на тромбоцити

91910-09 Изследване на протромбиново време

1926 Микробиологични изследвания

91936-07 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от раневи секрет и/или гной

91937-01 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура

91937-02 Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

91913-10 Други микробиологични/микроскопски изследвания

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3.ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1601 Превръзка на друга рана

30055-00 Превръзка на рана – при необходимост

Смяна на превръзка – при необходимост

Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96154-00 Терапевтичен ултразвук
Не включва: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения

96061-02 Механотерапия

1908 Други терапевтични интервенции

96193-00 Упражнения срещу съпротива

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ
Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

96162-00 Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде
Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, проникване или седираща терапия
Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:
• акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката
• разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани
Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905])
масаж:
• сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
• простата (92131-00 [1904])
• ректум (92094-00 [1899])
96061-02 Механотерапия

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

Включва: адхезивни подложки
изкуствен [протезен] крайник(ци)
подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване за:
• игра/свободно време
• продуктивност
• грижи за себе си/поддържане
слухова помощ [кохлеарен имплант] [слухова помощ]
превръзки
подпори
скоби
гипсови шини (фибростъкло) (гипс) (пластмаса)
комуникационни системи (спешен отговор, системи за повикване, телефони)
корсет
патерици
превръзки (Velpeau)
еластичен чорап(и)
електронен уред за походка
електротактилна/вибротактилна помощ
обувки, произведени за специални нужди, напр. подпомагане на походка, адаптация на стойка или да се подпомогне употребата на протеза
устройство за променливо налягане
системи за поставяне на медикаменти
шийни укрепващи средства [шийна яка]
ортеза БДУ
успоредни пръчки
пресиращи превръзки [Gibney бандаж] [Robert Jones бандаж] [Shanz превръзка]
пресиращи панталони [анти-шокови] [MAST панталони] [съдовопневматично устройство]
ортези БДУ
релси
ребрен колан
седалка
гръбначно подпомагане
шина (акрилна) (корона) (метална шина) (филцова) (силиконова) (термопластична)
бинтов бандаж
поддържаща рамка
термопластична шина (динамична) (статична)

зрителна помощ [контактни лещи] [очила] [призми] [очила]
бастун
подвижен стол

Забележка: Този блок класифицира външни фиксиращи средства, които са най-общо неинвазивни по същност. Външни фиксиращи устройства, които са инвазивни (т.е. прикрепени към костта) са класифицирани другаде. виж Азбучния индекс за упътване.

Не включва: поставяне на:
• имобилизиращи устройства при фрактура и луксация (виж Индекс: Имобилизация, фрактура или имобилизация, луксация)
• опъващи устройства класифицирани другаде (виж Индекс: Опъване)
имплантация на протезни устройства на крайник (виж Индекс: Имплантация, протеза)
поставяне на протезни устройства (виж Индекс: Поставяне, протеза)
интервенции, включващи подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване, класифицирани другаде:
• оценка нужда от устройство (96024-00 [1822])
• подпомагане поставяне на устройство (96165-00 [1914])
• консултиране или обучение свързано с устройство (96071-00 [1867])
• измерване на устройство (96024-00 [1822])
• предписване на устройство (96024-00 [1822])
• само разглеждане на устройство (96025-00 [1822])
• трениране на умения за използване на устройство (96142-00 [1878])

90531-00 Тракция, некласифицирана другаде
Ръчна или механична тракция БДУ

96130-00 Умения за обучение в дейности, свързани с положение на тялото\мобилност\движение
Разходка и тренинг на походка
Тренинг на движение и позициониране на тялото като:
• движения в леглото
• извиване
• обръщане
• лягане до сядане
• седнал до изправяне
• баланс при седнало положение
• сядане извън леглото
• клякане
• баланс при изправено положение
• изправяне
Поддържане на стойка
Трениране умения в методи за подобряване осъзнаване на интегрирано движение напр.метод на Feldenkrais, Tai Chi, Yoga

Не включва: двигателна терапия (96115 to 96129 [1876])
тези, където главната цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Не включва: поставяне на превръзка на:
• изгаряне (виж блок [1600])
• рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601

1876 Умения, придобити по време на движение

Двигателна терапия
Работа с нарастваща натовареност/трудни условия

Включва: оценка на прогреса

Забележка: Тренинг, включващ умения, изискващи асистиране или наблюдение на клиента при изпълнение на упражнения, с цел подобряване кондицията на тялото, подобряване на здравето или поддържане на форма или като средство за корекция на деформитет или възстановяване на органни и телесни функции до състояние на здраве.

96131-00 Умения за обучение в дейности,свързани с придвижване
Трениране на умения за придвижване до/от:
- банята
- леглото
- стол
- пода
- душ
- тоалет
- количка

Не включва: такова при влизане и излизане от басейн за хидротерапия (96150-00 [1879])
такова, където главна цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])

1908 Други терапевтични интервенции

96061-01 Позиционна терапия
96194-00 Подводна гимнастика
96194-01 Подводно струев масаж
96194-02 Криоелектрофореза
96194-03 Рекреационна (възстановителна) терапия
Занимателна терапия
Игрова терапия
93173-00 Акупунктура

1878 Умения за лична хигиена и други ежедневни дейности / независим живот

Включва: оценка на прогреса
96142-00 Обучение на умения в използване на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Разходка и тренинг на походка във връзка с употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Рехабилитационен тренинг при употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване
Двигателен тренинг с помощни средства
Тренинг на умения в:
- поставяне на превръзки и бандажи
- системи за поставяне на медикаменти

Забележка: За списък на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване виж[1878])
Обучение за системи за поставяне на медикаменти включва умения и управление в употреба на системи за поставяне на медикаменти като инхалатори с мерителна доза, стимулиращи дишането устройства, небулайзери, трансдермални лекарствени системи и продължителни парентерални инфузии. Също включва подпомагащи помощни средства.

Не включва: имплантиране на кохлеарно протезно устройство (41617-00 [329])
изваждане на кохлеарно протезно устройство (41617-01 [329])

96146-00 Професионални умения и професионално обучение
Тренинг на умения в:
- намиране на работа
- изпълнение на работни задължения
- планиране на пенсиониране
- професионално проучване
- доброволно участие

Не включва: утежняване на работата/условията (виж Азбучен индекс: Обучение, умения, движение)

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ

Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

96174-01 Стречинг на мускул или сухожилие

96174-02 Стречинг на фасция

1880 Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде

96153-00 Хидротерапия

Забележка: Външната употреба на вода, топла и/или студена, в терапевтично поведение на болест или травма. Използване на влажна топлина и гореща вода помага за успокояване на болката и подобрява циркулацията, подпомага релаксацията и намалява мускулния спазъм и включва мерки като топли вани, топли превръзки и компреси. Използване на студена вода помага за намаляване на телесната температура, намалява отока и свива кръвоносните съдове и включва мерки като студени превръзки, ледени компреси, студени вани и душ. Специално оборудване като резевоар на Hubbard или вани с джакузи са снабдени с устройства,които механично разклащат водата, осигурявайки по този начин фин масаж в допълнение към терапевтичните ефекти на топлината.

Не включва: хидродилатация на пикочен мехур (36827-00 [1108])
хидротубация на фалопиеви тръби (35703-01 [1248], 35703-00 [1258])
тези, които индуцират:
• хипертермия (92178-00 [1880])
• хипотермия (22065-00 [1880])

96211-00 Прилагане на диатермични токове

92178-00 Топлинна терапия
Хипертермична терапия

Включва: терапевтично поведение с използване на:
• загряващи превръзки
• инфрачервено облъчване
• микровълни
• къси вълни
• парафин

Забележка: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстракорпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана като допълнение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирана от микровълни, ултразвук, ниско-енергийни радиочестотно провеждане или сонди.

Кодирай също когато е направена:
• химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия)
• радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация)

Не включва: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация)
термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна)
термокератопластика (90064 [173])
термосклеректомия (42746-03 [191])
термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])

96149-00 Лечение с нискочестотни токове

96149-01 Лечение със средночестотни токове

96149-02 Лечение с високочестотни токове

96149-03 Лечение с нискочестотно магнитно поле

22065-00 Студотерапия
Хипотермична терапия
Хипотермия на цяло тяло

Забележка: Използване на студ в терапевтично поведение при болест или травма. Хипотермия може да бъде индуцирана с ледени превръзки или компреси, охлаждащи чаршафи, поставяне в студена вода (вана или ведро) или чрез екстракорпорално охлаждане на кръвта. Хипотермия може да бъде също индуцирана като предпазна мярка при някои сърдечно-съдови или неврологични хирургични процедури или като допълнение към анестезията при хирургични процедури на крайници.

Не включва: криотерапевтична деструкция на тъкани (виж Индекс: Криотерапия, по локализация)
дълбока хипотермия (22075-00 [642])
стомашна хипотермия (13500-00 [1899])
хипотермична терапия заедно със сърдечен и циркулаторен арест (22075-00 [642])

96155-00 Стимулираща терапия, некласифицирана другаде
Лечение с терапевтичен лазер БДУ

Включва: електрическа невромускулна нервна стимулация [EMS]
функционална електростимулация [FES]
интерферентна терапия [IFT]
транскутанна електрическа нервна стимулация [TENS]

Забележка: Терапевтичното приложение на устройство (електрическо, лазер или ултразвук), който засилва или индуцира функционална активност в телесна част с цел подпомагане оздравяването и намаляване на болката

1879 Тренинг на други умения

Включва: оценка на прогреса

96151-00 Тренинг на други умения
Тренинг за шофьор
Тренинг за умения БДУ

1889 Други терапевтични интервенции на дихателна система

92043-00 Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер
Овлажняваща терапия

1920 Приложение на фармакотерапия

□ 0042

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:
- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96205-09 Друго приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

	Приложение на фармакологичен агент през отвор Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент Йонофореза Топично } Трансдермално } приложение на фармакологичен агент *Не включва*: приложение на фармакологичен агент през устата (96203 [1920])
1905	**Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат**
96160-00	Фототерапия, става Ултравиолетова терапия на става
96161-00	Фототерапия, мека тъкан Ултравиолетова терапия на меки тъкани

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични, (двукратно – при приемане и преди изписване от лечебното заведение**), /едната е ЕКГ с код по КСМП 11700-00 /при прием с гръдна болка, преди изписване - по преценка/** и четири основни различни терапевтични процедури дневно, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностични процедури задължително се отразяват в ИЗ, а терапевтичните - във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Физикална и рехабилитационна медицина", осъществявана на **трето ниво** на компетентност, съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина.

4а. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина – трето ниво на компетентност
2. Отделение/клиника по ортопедия и травматология – най-малко II ниво на компетентност
3. Отделение/клиника по неврохирургия – най-малко II ниво на компетентност
4. Отделение/клиника по кардиология и/или вътрешни болести
5. Клинична лаборатория
6. Отделение по Образна диагностика от второ ниво на компетентност /осигуряващо КТ/МРТ/

1а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1.Микробиологична лаборатория – допуска се договор на територията на областта

4б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

-най-малко трима лекари, от които най-малко двама с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- най-малко трима лекари, от които най-малко двама с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина.

5I. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дейностите и услугите се осъществяват и се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5а. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. Физикална терапия и рехабилитация на пациенти с:

1.1.1. Тежки травми на опорно-двигателния апарат - нараняване или комбинация от наранявания, които са животозастрашаващи и/или могат да променят живота поради възможността да завършат с дългосрочна инвалидност, при следните условия:

- до 1 месец (при медицински противопоказания до 3 месеца) от проведено болнично лечение за новооткрито или усложнено основно заболяване, посочени в блок „Кодове на болести по МКБ-10" на клиничната пътека (удостоверява се с приложена в ИЗ епикриза);
- определена потребност от физикална терапия и рехабилитация от специалистите по профила на основното заболяване, провели болничното лечение;

1.1.1.1.Наличие на:

- изразен функционален дефицит поради намален обем на движение на големите стави и наличие на контрактури;
- затруднена локомоция, ограничени ДЕЖ и автономност;
- развитие на следтравмени усложнения (рефлексна симпатикусова дистрофия и др.);
- изразен неврологичен дефицит - изразени парези/парализи в долните крайници;

1.1.2. претърпели големи и много големи оперативни интервенции на гръбнак, таз и долен крайник и много големи процедури на горен крайник по повод на травматични увреждания, , пострадали с политравма и такива с първични или ятрогенни увреди на периферната нервна система от ортопедично-травматологичен произход с изразен неврологичен дефицит.

5б.ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Диагнозата се основава на клиничното състояние и данни от инструментални изследвания, както и на епикриза от пролежаване в други отделения ~~(при наличие на такава).~~

Специалистът по физикална и рехабилитационна медицина при приемане на пациента извършва клиничен преглед, включващ общ и локален статус с оценка на рехабилитационния потенциал. Съставя индивидуална рехабилитационна програма, съдържаща конвенционални и специализирани методики и средства от физикалната и рехабилитационна медицина, а при показания се включват и други средства от медицинската практика.

При оценка по ММТ под 3 задължително се включва електростимулация на мускулите с нарушена инервация след извършване на КЕД.

Медико-диагностични изследвания на биологичен материал /кръв/ и образни изследвания се извършват по преценка на лекуващия лекар.

При пациенти с хемипарези, хемиплегии, параплегии и тетраплегии, по преценка на лекуващия лекар, се осъществява консултация с невролог.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се съобразно представените при приемането медицински документи, първичния и текущите прегледи, извършени от специалиста по физикална и рехабилитационна медицина и резултатите от назначените и проведени допълни изследвания.

7. ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

1. Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за възстановяване на функционалната и двигателната активност в обем, преценен от лекуващия лекар и в зависимост от състоянието.

2. Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

- контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
- продължаване на лечението в извънболнични или домашни условия;
- необходимост от последваща рехабилитация в болнични условия за едногодишен период.

НЗОК заплаща клиничната пътека еднократно в рамките на една календарна година за всеки нов инцидент, доказан с епикриза от пролежаване в специализирана структура по профилната специалност. Разрешава се последователна повторна хоспитализация 14 дни годишно.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89), която е неразделна част от ИЗ.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Травмите и заболяванията на меките тъкани изискват ранна прецизна диагноза и съответна комплексна терапия за намаляване на болките и възстановяване на нормалната функция. Прилагат се ортотични средства, медикаменти, естествени и преформирани физикални фактори. Същото се отнася и до последици от счупвания на костите. След проведеното от ортопед-травматолог лечение с обездвижване чрез гипсова превръзка или оперативно възстановяване чрез метална остеосинтеза, е необходимо да се проведе рехабилитация за възстановяване на загубената функция и предотвратяване на усложнения като трайно обездвижване на ставите, ограничен обем на движение, мускулна слабост, нарушена функция. За целта трябва да се обърнете към специалист по физикална терапия.

Една типична болест, която се явява като късно усложнение след травми – главно в областта на гривнената и глезенната стави (с или без фрактури на костите), е **алгоневродистрофията на Зудек**. Рентгенологично тази болест се изразява с неравномерно (петнисто) извличане на калций от костите в засегната област, а клинично – с болки, оток, промени в цвета и влажността на кожата и ограничение на подвижността на съседните стави. При неправилно лечение може да доведе до тежка инвалидизация. Лечението е трудно. Прилага се под формата на медикаменти, физиотерапия и кинезитерапия САМО ПОД ЛЕКАРСКИ КОНТРОЛ. Оперативното лечение не може да спре хода на болестта. Топлинни процедури от всякакъв вид са ПРОТИВОПОКАЗАНИ. Същото се отнася и до груб масаж или прекалено енергични манипулации за възстановяване на ограничения обем на движенията в ставите. Препоръчват се криотерапия (студени компреси, масаж с ледено блокче и др.) и кинезитерапия под контрол на опитен специалист.

Изграждането на качествена, индивидуално съобразена рехабилитационна програма за пациентите със заболявания на опорно-двигателния апарат включва участие на различни медицински професионалисти, обединени в РЕХАБИЛИТАЦИОНЕН ЕКИП (личен лекар, специалист по физикална и рехабилитационна медицина, ортопед – травматолог, ревматолог, невролог, кардиолог, рехабилитатор). Важно е да проявите желание за сътрудничество и да предоставите на лекуващия Ви лекар – специалист по физикална и рехабилитационна медицина пълната медицинска документация от всички проведени от Вас консултации (по възможност при постъпването Ви в рехабилитационното заведение).

Активното участие на пациента в рехабилитационния процес е необходимо и задължително условие за осигуряване на положителен ефект от физикалната терапия и рехабилитация. При неясноти по отношение рехабилитационните процедури – моля, поискайте подробно обяснение от лекуващия лекар.

Отказът Ви от постъпване в болнично лечебно заведение крие риск от вземането на погрешно решение за лечение и рехабилитация.

Преди хоспитализацията ще получите копие от формулярите за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия личен лекар, със специалистите по неврология и физикална и рехабилитационна медицина от извънболничната помощ или с лекаря от приемния кабинет. Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и че сте осмислили необходимостта от извършване на съответните физикално-терапевтични и рехабилитационни процедури. Ако сте съгласен трябва да подпишете информираното съгласие, според което разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата и да бъдат извършени съответните мероприятия. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява сам да вземете решение – то информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 266 РЕЧЕВА РЕХАБИЛИТАЦИЯ СЛЕД ЛАРИНГЕКТОМИЯ

1.Минимален болничен престой – 3 дни

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Болести на гласните връзки и ларинкса, некласифицирани другаде

Не включва: вроден стридор на ларинкса (Q31.4)
ларингит:
- обструктивен (остър) (J05.0)
- улцерозен (J04.0)

следпроцедурно субглотисно стеснение (J95.5)
стридор (R06.1)

J38.0 Парализа на гласните връзки и ларинкса
Ларингоплегия
Парализа на глотиса

Нарушения на гласа

Не включва: психогенни нарушения на гласа (F44.4)

R49.0 Дисфония

R49.1 Афония

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

532	**Процедури за изследване на трахея**
41764-04	Трахеоскопия чрез изкуствена стома *Включва*: биопсия
520	**ПРОЦЕДУРИ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ НА ЛАРИНКСА**
	Включва: биопсия трахеоскопия
41849-00	Ларингоскопия Директна ларингоскопия
41849-01	Индиректна ларингоскопия
41764-03	Фиброоптична ларингоскопия Фиброоптична ларингоскопия
41855-00	Микроларингоскопия *Не включва*: микроларингоскопия с изваждане на тумор или лезия (41864-00, 41861-00 [523])
1934	**Други лабораторни изследвания**
92191-00 92191-01	Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1874	**Обучение на умения, свързани с глас, реч, умение на езика и комуникация**
96172-00	Трениране в езофагеален говор
96134-00	Умения за обучение на гласа

1879 ТРЕНИНГ НА ДРУГИ УМЕНИЯ	
Включва:	оценка на прогреса
96151-00	Тренинг на други умения Тренинг за умения БДУ

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени една основна диагностична и една основна терапевтична процедура, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностично лечебни методики и процедури задължително се отразяват в ИЗ, а физиотерапевтичните и ЛФК процедури във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Ушно-носно-гърлени болести", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност съгласно медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести". Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести".

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по заболявания на гласа и гласова рехабилитация или Клиника/отделение/ по УНГ болести
2. Кабинет за фонетографско изследване
3. Клинична лаборатория *
4. Образна диагностика

***Забележка:** В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по УНГ болести.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено /медицинска апаратура
1. Апаратура за КАТ или МРТ, с осигурено обслужване на болницата 24 часа в денонощието, включително и при спешни състояния
2. Отделение/лаборатория по клинична патология
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- двама лекари със специалност по "УНГ болести", от които един със завършен курс по фониатрия;
- логопед / фонопед (допуска се по договор);
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- двама лекари със специалност по "УНГ болести", от които един със завършен курс по фониатрия;
- логопед / фонопед
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по педиатрия.

5. <u>ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ</u>

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

състояния след ларингектомия и частична ларингеална резекция; ларингеална пареза след остри и тъпи травми в областта на шията и гръдната кухина,

при токсоинфекциозна генеза в резултат на компресия на възвратните нерви; дисфония и афония след микроларингохирургия; функционални дисфонии или афонии; хипо- или хипер назалитет.

Дейностите и услугите по тази КП се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на рехабилитационна програма.

1. В случай, че ЛЗ назначава медико-диагностични изследвания, биологичният материал (кръв) за медико-диагностични изследвания се взема до края на първия ден от хоспитализацията на пациента.

2. Фонетографско изследване се извършва до 24 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

При редица заболявания на гласовия апарат (функционални дисфонии и афонии, ларингеални парези и парализи, хипо-/хиперназалитет, фонастения след микроларингохирургия, загуба на гласа след ларингектомия и парциална резекция на ларинкса и др.) гласовата рехабилитация се явява основен метод на лечение. В резултат на прилагане на специализирани комплекси от дихателни фонаторни и резонаторни упражнения се подобряват или възстановяват нарушените говорни или гласови качества.

Освен това не рядко (около 15% от всички случаи) при оперативни интервенции в областта на шията, белите дробове и сърцето е възможно увреждане на възвратните нерви, което рязко нарушава фонаторната или дихателната функция на ларинкса.

Цел: възстановяване на комуникативните възможности на пациента, а оттам - професионална и социална реинтеграция.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Въз основа на типична клинична картина, съобразена със стандартните методи за изследване на ларинкса и специализираните изследвания на качествата на гласа (фонетография) и вибраторната активност на глотиса (стробоскопия).

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Пациентът се дехоспитализира при подобрена или възстановена гласова или говорна функция.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за възстановяване или подобряване на гласовата или говорна функция в обем, преценен от лекуващия лекар и в зависимост от състоянието.

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

"История на заболяването";

част III на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7);

епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Рехабилитацията на гласа е свързана с възстановяване на фонаторната функция, с цел осъществяване на нормална комуникация. Нарушенията на гласа предполагат промяна на основните качества на гласа, проявени в различна степен, което определя и обема на рехабилитация. При всички пациенти с гласова патология има съпътстваща картина от ларингеални парестезии, свързани с богата гама неприятни усещания. Терапията се провежда поетапно и индивидуално, съдържа комплекс от дихателни, гласови и рационални психотерапевтични методи.

При ларингектомираните пациенти се работи върху получаването на езофагиален глас, като най ефиктивния начин за реинтеграция и социализация на тази група болни.

КП № 267 ФИЗИКАЛНА ТЕРАПИЯ, РЕХАБИЛИТАЦИЯ И СПЕЦИАЛИЗИРАНИ ГРИЖИ СЛЕД ЛЕЧЕНИЕ ОТ COVID-19

1.Болничен престой до 10 дни при еднократна хоспитализация в календарната година

2.1. КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Помощ, включваща използване на рехабилитационни процедури

Не включва: консултации (Z70—Z71)

Z50.8 Лечение, включващо други видове рехабилитационни процедури

Обучение за начини на самообслужване, НКД

U07.1 COVID-19 - идентифициран вирус

Този код се използва, когато COVID-19 е потвърден чрез лабораторно изследване, независимо от тежестта на клиничните признаци или симптоми. При необходимост от идентифициране на пневмония или други прояви използвайте допълнителен код.

Не включва:

- коронавирусна инфекция, неуточнена локализация (B34.2)
- коронавирус като причина за болести, класифицирани другаде (B97.2)
- тежък остър респираторен синдром (SARS)
- неуточнен (U04.9)

U07.2 COVID-19 - неидентифициран вирус

Този код се използва, когато COVID-19 е диагностициран клинично или епидемиологично, но лабораторнитне изследвания са неубедителни или не са налични. При необходимост от идентифициране на пневмония или други прояви използвайте допълнителне код.

Не включва:

- коронавирусна инфекция, неуточнена локализация (B34.2) COVID-19
- потвърден чрез лабораторно изследване (U07.1)
- специално скринингово изследване за откриване на други вирусни болести (Z11.5)
- наблюдение при съмнение за други болести или състояния (Z03.8)

Код Z50.8 се използва задължително като водеща диагноза за да покаже, че пациентът е приет за извършване на рехабилитационни процедури за състояние обикновено лекувано преди това. Като допълнителни диагнози следва да бъдат посочени съответното остатъчно състояние, последвано от причината.

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ И 2.3. ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2. ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1820 Физиологична оценка

Забележка: Физиологично изследване, за да оцени функцията, използвайки техники като анамнеза, наблюдение, оглед, палпация, перкусия, аускултация и други физикални тестове

Не включва: такава, които са част от:

- оценка на стареене (96023-00 [1824])
- тестване на развитие (96184-00 [1824])
- генетична оценка (96035-00 [1824])
- психическа или поведенческа оценка (96175-00 [1823])

96192-00 Функционална оценка

92001-00 Друга физиологична оценка
Общ физикален преглед
Преглед на новородено
Включва: базови физикални измервания:
- кръвно налягане
- височина/дължина
- температура
- тегло

Не включва: тестване за развитие (96184-00 [1824])
физикален преглед като част от генетична оценка (96035-00 [1824])

96019-00 Биомеханична оценка
Обем на движения/тестване на мускулатура (без устройства или оборудване)
Оценка на равновесие (с тестване на сензорна организираност)
Мобилност/анализ на походка
Мускулоскелетна оценка
Оценка на стоежа
Не включва: оценка на функционална мобилност, свързана със средата на клиента (96021-00 [1822])
обем на движения/тестване на мускулатура със специализирано оборудване (96159-00 [1905])

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

96159-00 Обем на движение/тестване на мускул със специализирана техника
Изокинетично тестване

1824 Друга оценка, консултация, интервю, изследване или преценка

92210-00 Антропометрия (мензурация)

1822 Оценка на лична грижа и други дейности на ежедневен\независим живот

96021-00 Оценка на грижите за себе си
Оценка на ежедневни умения и дейности
Оценка на:
- къпане/душ
- миене на зъби
- обличане [дрехи]
- хранене
- изхранване
- функционална комуникация
- чистене
- мобилност в средата
- тоалет
- измиване на косата

Не включва: оценка на:
- стареене (96023-00 [1824])
- хранителен прием (диетичен) (калоричен) (96026-00 [1822])
- поддържане на здравето и възстановяване (96022-00 [1822])
- поддържане на дома (96028-00 [1822])

1934 Други лабораторни изследвания

92191-00 Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19
92191-01 Тест за откриване на антиген на SARS – CoV-2

2.3. ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1880	**Терапии с използване на агенти, некласифицирани другаде**
96154-00	Терапевтичен ултразвук *Не включва*: диагностичен ултразвук (виж блокове [1940] до [1950])
96153-00	Хидротерапия *Забележка*: Външната употреба на вода, топла и/или студена, в терапевтично поведение на болест или травма. Използване на влажна топлина и гореща вода помага за успокояване на болката и подобрява циркулацията, подпомага релаксацията и намалява мускулния спазъм и включва мерки като топли вани, топли превръзки и компреси. Използване на студена вода помага за намаляване на телесната температура, намалява отока и свива кръвоносните съдове и включва мерки като студени превръзки, ледени компреси, студени вани и душ. Специално оборудване като резевоар на Hubbard или вани с джакузи са снабдени с устройства,които механично разклащат водата, осигурявайки по този начин фин масаж в допълнение към терапевтичните ефекти на топлината. *Не включва*: хидродилатация на пикочен мехур (36827-00 [1108]) хидротубация на фалопиеви тръби (35703-01 [1248], 35703-00 [1258]) тези, които индуцират: • хипертермия (92178-00 [1880]) • хипотермия (22065-00 [1880])
96211-00	Прилагане на диатермични токове
92178-00	Топлинна терапия Хипертермична терапия *Включва*: терапевтично поведение с използване на: • загряващи превръзки • инфрачервено облъчване • микровълни • къси вълни • парафин *Забележка*: Използване на топлина при терапевтично поведение на болест и травма. Хипертермия може да бъде индуцирана чрез топли превръзки или компреси, електрически одеала, поставяне в топла вода (вана или ведро), използване на влажен въздух или чрез екстракорпорално затопляне на кръвта. Хипертермия може също да бъде използвана като допълнение към радио-терапия или химиотерапия и индуцирана от микровълни, ултразвук, ниско-енергийни радиочестотно провеждане или сонди. *Кодирай също когато е направена:* • химиотерапия (виж Индекс: Химиотерапия) • радио-терапия (виж Индекс: Терапия, радиация) *Не включва*: термокаутеризация (виж Индекс: Термокаутеризация) термокоагулация (виж Индекс: Невротомия, по локализация, радиочестотна) термокератопластика (90064 [173]) термосклеректомия (42746-03 [191]) термотерапия на простата чрез микровълни (37203-04 [1166])
96149-00	Лечение с нискочестотни токове
96149-01	Лечение със средночестотни токове
96149-02	Лечение с високочестотни токове
96149-03	Лечение с нискочестотно магнитно поле
96152-00	Биофиидбек

Забележка: Процес,чрез който физиологичната активност на клиента може да бъде превърната в електрически сигнали на зрителна и слухова системи. Примери за видове биологичен фиидбек, които могат да се посочат, включват информация за промени на кожна температура, мускулен тонус, сърдечносъдова дейност, кръвно налягане и вълни на мозъчна активност

96155-00 Стимулираща терапия, некласифицирана другаде

Лечение с терапевтичен лазер БДУ

Включва: електрическа невромускулна нервна стимулация [EMS]

функционална електростимулация [FES]

интерферентна терапия [IFT]

транскутанна електрическа нервна стимулация [TENS]

Забележка: Терапевтичното приложение на устройство (електрическо, лазер или ултразвук), който засилва или индуцира функционална активност в телесна част с цел подпомагане оздравяването и намаляване на болката.

1908 Други терапевтични интервенции

96061-00 Пасивни упражнения
96061-01 Позиционна терапия
96061-02 Механотерапия
96061-03 Аналитична лечебна физкултура

96193-00 Упражнения срещу съпротива
96162-00 Лечебен масаж или манипулация на съединителна/мека тъкан, некласифицирани другаде
Втриване на терапевтичен гел, крем или лосион в тъкан на белег или рана
Точково стимулиране, проникване или седираща терапия
Забележка: Мануална терапия, включваща манипулация на съединителна тъкан/меки тъкани на тялото и прилагана, за да произведе ефект върху нервна и мускулна система и местна или обща циркулация на кръвта и лимфата. Принципно се изпълнява с ръце, но други механични устройства като вибратор също могат да бъдат използвани. Включва техники като:
- акупресура, където се прилага налягане на акупунктурни места, за облекчаване на болката
- разтриване, малки, точно локализирани, проникващи движения, изпълнени в кръгова или напречна посока върху меките тъкани

Не включва: манипулация на става (50115-00 [1905])
масаж:
- сърдечен (затворен гръден кош) (92053-00 [1890])
- простата (92131-00 [1904])
- ректум (92094-00 [1899])

Подводна гимнастика

Подводно струев масаж

96194-02 Криоелектрофореза

96194-03 Рекреационна (възстановителна) терапия
Занимателна терапия
Игрова терапия

1905 Терапевтични интервенции на опорно-двигателния апарат

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде

Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ

Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

96174-01 Стречинг на мускул или сухожилие

96174-02 Стречинг на фасция

50115-00 Манипулация/мобилизация на става, некласифицирана другаде
Мануална руптура }
Освобождаване или разтягане } на става БДУ

Забележка: Манипулация – насилствено пасивно движение на става над активния J лимит на движение
Мобилизация – освобождаване на телесна част(и) с помощта на нарастващо движение

96160-00 Фототерапия, става
Ултравиолетова терапия на става

96161-00 Фототерапия, мека тъкан
Ултравиолетова терапия на меки тъкани

1877 Обучение на умения за функции на телесната система

96138-00 Двигателна терапия, дихателна система [дишане]

96139-00 Двигателна терапия, кардиореспираторна/сърдечно-съдова система

Програма за сърдечна рехабилитация

Забележка: Двигателна програма, насочена към достигане на максимална сърдечна и белодробна функция

1870 Интервенции включващи подпомагащо или адаптивно устройство, помощно средство или оборудване

Включва: адхезивни подложки
изкуствен [протезен] крайник(ци)
подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване за:
- игра/свободно време
- продуктивност
- грижи за себе си/поддържане

слухова помощ [кохлеарен имплант] [слухова помощ]
превръзки
подпори
скоби
гипсови шини (фибростъкло) (гипс) (пластмаса)
комуникационни системи (спешен отговор, системи за повикване, телефони)
корсет
патерици
превръзки (Velpeau)
еластичен чорап(и)
електронен уред за походка
електротактилна/вибротактилна помощ
обувки, произведени за специални нужди, напр. подпомагане на походка, адаптация на стойка или да се подпомогне употребата на протеза
устройство за променливо налягане
системи за поставяне на медикаменти
шийни укрепващи средства [шийна яка]
ортеза БДУ

успоредни пръчки
пресиращи превръзки [Gibney бандаж] [Robert Jones бандаж] [Shanz превръзка]
пресиращи панталони [анти-шокови] [MAST панталони] [съдовопневматично устройство]
ортези БДУ
релси ребрен колан седалка
гръбначно подпомагане
шина (акрилна) (корона) (метална шина) (филцова) (силиконова) (термопластична)
бинтов бандаж
поддържаща рамка
термопластична шина (динамична) (статична) зрителна помощ [контактни лещи] [очила] [призми] [очила]
бастун
подвижен стол

Забележка: Този блок класифицира външни фиксиращи средства, които са най-общо неинвазивни по същност. Външни фиксиращи устройства, които са инвазивни (т.е. прикрепени към костта) са класифицирани другаде. виж Азбучния индекс за упътване.

Не включва: поставяне на:

- имобилизиращи устройства при фрактура и луксация (виж Индекс: Имобилизация, фрактура или имобилизация, луксация)
- опъващи устройства класифицирани другаде (виж Индекс: Опъване)
  имплантация на протезни устройства на крайник (виж Индекс: Имплантация, протеза)
  поставяне на протезни устройства (виж Индекс: Поставяне, протеза)
  интервенции, включващи подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване, класифицирани другаде:
- оценка нужда от устройство (96024-00 [1822])
- подпомагане поставяне на устройство (96165-00 [1914])
- консултиране или обучение свързано с устройство (96071-00 [1867])
- измерване на устройство (96024-00 [1822])
- предписване на устройство (96024-00 [1822])
- само разглеждане на устройство (96025-00 [1822])
- трениране на умения за използване на устройство (96142-00 [1878])

90531-00 Тракция, некласифицирана другаде
Ръчна или механична тракция БДУ

96092-00 Прилагане, приспособяване, настройване или подмяна на друго подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Издаване на подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване
Програмиране на подпомагащо или адаптиращо устройстово, помощно средство или оборудване

Включва: инструкция за използване и грижи за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или оборудване

Не включва: поставяне на превръзка на:

- изгаряне (виж блок [1600])
- рана, друга освен изгаряне (30055-00 [1601])

1876 Умения, придобити по време на движение

Двигателна терапия
Работа с нарастваща натовареност/трудни условия

Включва: оценка на прогреса

Забележка: Тренинг, включващ умения, изискващи асистиране или наблюдение на клиента при изпълнение на упражнения, с цел подобряване кондицията на тялото, подобряване на здравето или поддържане на форма или като средство за корекция на деформитет или възстановяване на органни и телесни функции до състояние на здраве

96130-00	Умения за обучение в дейности, свързани с положение на тялото\мобилност\движение Разходка и тренинг на походка Тренинг на движение и позициониране на тялото като: • движения в леглото • извиване • обръщане • лягане до сядане • седнал до изправяне • баланс при седнало положение • сядане извън леглото • клякане • баланс при изправено положение • изправяне Поддържане на стойка Трениране умения в методи за подобряване осъзнаване на интегрирано движение напр.метод на Feldenkrais, Tai Chi, Yoga *Не включва*: двигателна терапия (96115 to 96129 [1876]) тези, където главната цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])
96131-00	Умения за обучение в дейности,свързани с придвижване Трениране на умения за придвижване до/от: • банята • леглото • стол • пода • душ • тоалет • количка *Не включва*: такова при влизане и излизане от басейн за хидротерапия (96150-00 [1879]) такова, където главна цел е да се тренира употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])
1867	**Консултация или обучение свързани с лична грижа и други ежедневни дейности/независим живот**
96071-00	Консултация или обучение за подпомагащо или адаптиращо устройство, помощно средство или екипировка *Забележка*: За списък на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване виж блок [1870] *Не включва*: тези с поставяне, изпробване, пригаждане или подмяна на други подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96092-00 [1870])
96076-00	Консултация или обучение за поддъжане или възстановяване на здравето Съвет за поддържане на здравословни дейности като: • диагностично тестване/мониторинг (за състояния като ампутационен чукан, астма, диабет) • грижи за стъпало/крак (включва съвет за халукс валгус, язви или рани, основна хигиена на стъпало) • управление на болест или състояние (напр. след придобито увреждане на мозъка) • устна хигиена • самоизследване (гърди) (гениталии) • грижи за стома Консултиране или обучение при възстановяване след болест БДУ *Не включва*: консултиране, обучение при: • помощни или адаптиращи устройства, помощно средство или оборудване (96071-00 [1867]) • пристрастяване към комар /залагания (96074-00 [1867]) • скръбни/загуба при смърт (96085-00 [1868]) • загуба на слуха или слухово разстройство (96068-00 [1867]) • управление на медикаментозно лечение (96072-00 [1867])

	• привикване към субстанции (96073-00 [1867]) • загуба на зрение или очни нарушения (96069-00 [1867]) • гласови, речеви, лекота на говора или езика (96070-00 [1867]) хранително/диетично консултиране, обучение (96067-00 [1867]) превантивно консултиране, обучение (96066-00 [1867])
1878	**Умения за лична хигиена и други ежедневни дейности / независим живот**
	Включва: оценка на прогреса
96140-00	Обучение на умения в дейности, свързани със самостоятелни грижи/възстановяване Тренинг на умения в: • къпане/душ • миене на зъби • обличане [дрехи] • хранене • изхранване • хранителен прием [диетичен] [калоричност] • функционална комуникация • чистене • тоалет • измиване на коса *Не включва*: тренинг на умения за: • дейности за поддържане на здравето (96141-00 [1878]) • домакински дейности (96143-00 [1878]) • придвижване (96130-00 [1876]) • употреба на подпомагащи или адаптиращи устройства, помощни средства или оборудване (96142-00 [1878])
96146-00	Професионални умения и професионално обучение Тренинг на умения в: • намиране на работа • изпълнение на работни задължения • планиране на пенсиониране • професионално проучване • доброволно участие *Не включва*: утежняване на работата/условията (виж Азбучен индекс: Обучение, умения, движение)
1879	**Тренинг на други умения**
	Включва: оценка на прогреса
96150-00	Обучение в умения, създаващи увереност във вода Тренинг на умения в: • привикване към водата, дишане и контрол на ротация • фактори за задържане над водата • влизане и излизане в басейна
96151-00	Тренинг на други умения Тренинг за шофьор Тренинг за умения БДУ
1889	**Други терапевтични интервенции на дихателна система**
92043-00	Респираторен медикамент, прилаган чрез небулайзер Овлажняваща терапия
1888	**Хипербарна кислородна терапия**
	Хипербарна оксигенация *Включва*: 100% оксигенация

	тази при рана
13020-00	Хипербарна кислородна терапия, > 90 минути и ≤ 3 часа
1920	**Приложение на фармакотерапия**
96205-09	Друго приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент Приложение на фармакологичен агент през отвор Интрадермално инжектиране на фармакологичен агент Йонофореза Топично } Трансдермално } приложение на фармакологичен агент *Не включва*: приложение на фармакологичен агент през устата (96203 [1920])
96199-09	Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96200-09	Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
96197-09	Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични (двукратно - при приемане и преди изписване от лечебното заведение) и три основни различни терапевтични процедури дневно, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Клиничната пътека включва диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги, предоставяни на задължително здравноосигурени лица с отрицателен PCR тест и остатъчни проблеми за здравето след проведено активно болнично лечение от COVID-19 (заболяване по МКБ-10: U07.1, U07.2).

Рентгенография или КАТ, или МРТ – се счита за валидна с давност до 3 месеца преди хоспитализацията), удостоверено с фиш или отразено в епикриза от проведена хоспитализация ;

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

Проведените диагностично лечебни методики и процедури задължително се отразяват в ИЗ, а физиотерапевтичните и ЛФК процедури във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89).

Допълнителни критерии за хоспитализация:

1. Пациент, преболедувал COVID-19 и с оплаквания, може да постъпи по КП № 267 при спазване на следния ред:
2. Обръщане към ОПЛ, който издава амбулаторен лист – бл. МЗ-НЗОК № 1;
3. С Направление – Талон за медицинска експертиза – бл. МЗ-НЗОК № 6, издадено от ОПЛ или СИМП, или лекар от частен прием се насочва към ЛКК;
4. ЛКК изготвя Протокол за клиничното състояние на пациента, който се предоставя на ОПЛ;
5. При положително становище на ЛКК или вписано в епикризата от ЛЗБП експертно становище, ОПЛ издава НХ бл. МЗ – НЗОК № 7 МЗ за включване на пациента по КП № 267;
6. Пациентът се свързва с ЛЗБП изпълняващо КП № 267 по договор с НЗОК, за планов прием.

Условие за включване на пациент по КП № 267 е отрицателен PCR test/antigen test, отразен в протокола на ЛКК или епикризата от предходната хоспитализация.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност "Физикална и рехабилитационна медицина", осъществявана най-малко на **второ ниво** на компетентност, съгласно медицински стандарт "Физикална и рехабилитационна медицина".

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Задължително звено/медицинска апаратура
Клиника/отделение по физикална и рехабилитационна медицина Медицинска апаратура и оборудване, съгласно медицински стандарт по „Физикална и рехабилитационна медицина”.

4а). ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
Клиника/отделение по образна диагностика – допуска се договор на територията на областта Лаборатория /клинична/ за медико-диагностични изследвания – допуска се договор на територията на областта

4б). НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина на 40 легла за рехабилитация.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- най-малко двама лекари, от които най-малко един с придобита специалност по физикална и рехабилитационна медицина на 30 легла за рехабилитация.

НЕОБХОДИМИ ДОКУМЕНТИ ЗА ПОСТЪПВАНЕ.

- Направление за хоспитализация НХ бл. МЗ – НЗОК № 7 с диагноза: Последици след преболедуване от Covid-19
- Епикриза от проведено активно болнично лечение от Covid-19 или настъпили усложнения след преболедуването в рамките на 3 месеца след дехоспитализация, при която са изчерпани възможностите на активното лечение на основното заболяване, усложненията и придружаващите заболявания или до 1 месец слез изтичане на карантинния период.
- Отрицателен RT-PCR/Антигенен тест (в случай, че такъв не е отразен в епикризата при дехоспитализация)

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Дейностите и услугите се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на заболяването и определения диагностично-лечебен план.

5а). ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

1.1. Пациенти с уточнена диагноза, преминали периода на активно лечение от COVID-

19 в лечебни заведения за болнична помощ в рамките на до 3 месеца след дехоспитализация, при които са изчерпани възможностите на активното лечение на основното заболяване, усложненията и придружаващите заболявания;

1.2. Наличие на остатъчни явления (кардиоваскуларни, белодробни, невромусулни, неврологични нарушения; ограничени във функционалния капацитет), представляващи проблеми за здравето на пациента и чието разрешаване не може да се осъществи в извънболнични и/или домашни условия;

1.3. Стабилизирано соматично и неврологично състояние на пациента – с данни за стабилни хемодинамика и дихателна функция; с компенсирана сърдечна, бъбречна и чернодробна функция, или до I стадий на сърдечна, бъбречна и чернодробна недостатъчност, без данни за или с компенсиран анемичен синдром; без нарушения в кръвосъсирването; без необходимост от хирургична обработка на декубитални рани; без данни за активно възпаление на различни органи и системи; без усложнения, изискващи активно лечение и консултации със специалисти по кардиология, пневмология и фтизиатрия и др.

5б). ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план

Диагнозата се основава на клиничното състояние и данни от инструментални изследвания, както и на епикриза от пролежаване в други отделения.

Специалистът по физикална и рехабилитационна медицина при приемане на пациента извършва клиничен преглед, включващ общ и локален статус с оценка на рехабилитационния потенциал. Съставя индивидуална рехабилитационна програма, съдържаща конвенционални и специализирани методики и средства от физикалната и рехабилитационна медицина, а при показания се включват и други средства от медицинската практика.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Поставя се съобразно представените при приемането медицински документи, първичния и текущите прегледи, извършени от специалиста по физикална и рехабилитационна медицина и резултатите от назначените и проведени допълнителни оценки.

7. ДИАГНОСТИЧНИ, ЛЕЧЕБНИ И РЕХАБИЛИТАЦИОННИ ДЕЙНОСТИ И УСЛУГИ ПРИ ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилно общо състояние (клинични/параклинични), възстановяване на функционалната и двигателна активност в обем, преценен от лекуващия лекар и в зависимост от състоянието, и изпълнение на диагностичната и планираните в рехабилитационната програма терапевтични процедури

Оценка на потребностите от диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги след приключване на хоспитализацията, в т. ч.:

- контролни прегледи в изписващото лечебно заведение;
- продължаване на лечението в извънболнични или домашни условия;
- необходимост от последваща рехабилитация в болнични/извънболнични условия.

8. <u>ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА</u>

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването"* и във физиопроцедурна карта (бл. МЗ № 509-89), която е неразделна част от ИЗ.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ) – подписва от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ФИЗИОПРОЦЕДУРНАТА КАРТА (БЛ. МЗ № 509-89) И ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯТ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО".

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

В периода след боледуване от COVID 19 има само частично възстановяване на здравния статус на пациентите и много малка част от тях имат пълно възстановяване дори месеци след острата фаза на болестта. Остатъчната симтоматика зависи от възраст, болничен престой, тежко протичане и наличие на задух още в началото на болестта, придружаващи предхождащи заболявания. Остатъчни соматични и функционални проблеми, обаче се регистрират и при боледувалите в домашноамбулаторни условия с “лека форма”. Същите могат да просъществуват за продължителен период и да нарушат качеството на живот на преболедувалите.

Това налага необходимостта от рехабилитация, която се осъществява от рехабилитационен екип, ръководен от лекар специалист по Физикална и рехабилитационна медицина, който подбира необходимите естествени и преформирани физикални фактори.

По този начин се цели преодоляване на последиците от заболяването и подобряване на функционалния капацитет и качество на живот на пациентите.

КП № 269 ТРАНЗИТОРНА ИСХЕМИЧНА АТАКА

Минимален болничен престой - 3 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Преходни церебрални исхемични пристъпи (атаки) и сродни синдроми

Не включва: неонатална церебрална исхемия (P91.0)

G45.0 Синдром на вертебробазиларната артериална система

G45.1 Синдром на каротидната артерия (хемисферен)

G45.2 Множествени и двустранни синдроми на церебралните артерии

G45.3 Преходна слепота

G45.4 Транзиторна глобална амнезия

Не включва: амнезия БДУ (R41.3)

G45.8 Други преходни церебрални исхемични атаки и свързани с тях синдроми

G45.9 Преходна церебрална исхемична атака, неуточнена

Спазъм на церебрална артерия

Преходна церебрална исхемия БДУ

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

2.2 ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Лумбална пункция

39000-00	Лумбална пункция Спинална пункция

Компютърна томография на мозък

Компютърна томография на глава БДУ

Не включва: компютърна томография:

- при спирална ангиография (57350 [1966]) при сканиране на:
- гръден кош (57001, 57007 [1957])
  - и корем (57001-01, 57007-01 [1957])
- лицева кост и околоносен синус (56030-00, 56036-00 [1956])
- средно ухо и темпорална кост (56016-02, 56016-03, 56016-06, 56016-07 [1955])
- орбита (56013-02, 56013-03 [1954])
- питуитарна ямка (56010-02, 56010-03 [1953])

56001-00	Компютърна томография на мозък
56007-00	Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя Компютърна томография на мозък без, след това с венозен контраст

Друга рентгенография на гръден кош

58500-00 Рентгенография на гръден кош

Включва: бронх
диафраг
ма сърце
бял дроб
медиастинум

Не включва: такава на:
- ребра (58521-01, 58524-00 [1972])
- гръдна кост (58521-00 [1972])
- гръден вход (58509-00 [1974])
- трахея (58509-00 [1974])

Друга ангиография

59970-02 Мозъчна ангиография

Ултразвук на глава или шия

55028-00 Ултразвук на глава

Ехоенцефалография

Не включва: фетална цефалометрия (55700-01 [1943])
такава за орбитално съдържание (55030-00 [1940])

55032-00 Ултразвук на шия

Не включва: дуплекс скан на каротидни съдове (виж блокове [1944] и [1946])

Ултразвук на сърце

Ехокардиография

Включва: такъв изпълнен:
- използвайки:
  - мапиране с цветен поток
  - Доплер техники (продължителна вълна) (пулсираща вълна)
  - механично секторно сканиране
  - трансдюсер с фазово излъчване
  - трансезофагеална ЕхоКг
- с видео запис

55113-00 М-режим и двуизмерен ултразвук на сърце в реално време

Магнитно резонансен образ

90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък

Не включва: функционално магнитно резонансно изследване на мозък (90901-09 [2015])

Електроенцефалография [ЕЕГ]

11000-00 Електроенцефалография

1934 Други лабораторни изследвания

92182-07 Общо изследване на ликвор

Изследване на ликвор за белтък, клетки, ксантохромия, захар и електролити

1926 Микробиологични изследвания

при необходимост:

92182-01 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура

при необходимост:

92182-02 Микробиологично/микроскопско изследване на проба от нервната система и/или ликвор за култура и чувствителност

Включва: изолиране на причинител, доказване на вирус, антитела срещу и /или антиген на причинител

1923 Хематологични изследвания

91910-04 Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC

1924 Биохимична изследвания

91910-12 Клинично-химични изследвания за глюкоза

91910-13 Клинично-химични изследвания за креатинин

91910-14 Клинично-химични изследвания за урея

91910-41 Клинично-химични изследвания за йонограма

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-07 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, хранително вещество

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-11 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, антикоагулант
Виж допълнителни знаци
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96200-11 Подкожно приложение на фармакологичен агент, антикоагуланти
Виж допълнителни знаци
Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър
Кодирай също когато е направена:
• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])
Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96197-09 Мускулно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

96200-09 Подкожно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент
Кодирай също когато е направена:
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент
Прилагане на фармакологичен агент чрез:
• инфузионен порт
• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)

• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени три основни диагностични и две основни терапевтични процедури, посочени в таблица **Кодове на основни процедури.**

Процедура **56001-00 Компютърна томография на мозък** или **56007-00 Компютърна томография на мозък с интравенозна контрастна материя (**или **90901-00 Магнитно резонансна томография на мозък)** е задължителна диагностична процедура, която се провежда до 24 часа от хоспитализацията - за изключване на тумор, кръвоизливи или друга патология

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1923 и 1924 се извършват и кодират кодовете от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

Когато се налага използване на кодовете от блокове 1926 и 1934, се извършват и кодират необходимите кодове от блоковете, като всички кодове на изследвания от блоковете се считат за една диагностична процедура за завършване и отчитане на тази КП.

В случаите, когато резултатите от проведени образни изследвания не могат да останат в болничното лечебно заведение, в ИЗ на пациента следва да се опише точно резултата от проведеното образно изследване, а самите снимки от него се предоставят на пациента срещу подпис в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека включва дейности и услуги от обхвата на медицинската специалност „Нервни болести“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност (в условията на спешност най-малко на първо ниво на компетентност), съгласно медицински стандарт „Нервни болести“.

Съгласно медицински стандарт „Нервни болести”, **отделение/клиника от I ниво** на компетентност може да осъществява диагностично-лечебни дейности по отношение на пациенти с ТИА в случай, че отговаря на всички изисквания за отделение/клиника по нервни болести от II ниво, с изключение на изискванията за персонал при осигуряване на непрекъснато 24-часово изпълнение на лечебната дейност.

А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Неврологична клиника/отделение
2. Клиника/отделение по неврология с легла за интензивно лечение и възможност за дихателна реанимация или ОАИЛ/КАИЛ
3. Клинична лаборатория II ниво (с възможност и за ликворологично изследване, хемостазеология и КГА)*
4. Кабинет (апарат) по доплерова сонография и с възможност за изследване на мозъчното кръвообращение
5. Образна диагностика - КТ или МРТ в режим на непрекъснатост.

*- В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по нервни болести.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Образна диагностика - рентгенов апарат за скопия и графия
2. Отделение/лаборатория по клинична патология в рамките на областта
3. Микробиологична лаборатория, на територията на областта

Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- лекар със специалност по нервни болести - за структури II ниво на компетентност двама лекари с придобита специалност; (за структури I ниво – минимум двама лекари с придобита специалност по нервни болести);

- лекар със специалност по анестезиология и интензивно лечение

или

лекар с призната специалност по нервни болести и над 3-годишен стаж по интензивно лечение, когато към клиниката или отделението са обособени легла за интензивно лечение на неврологични заболявания.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА:

4.1. За Доплерова сонография (невросонология) – лекар със специалност по нервни болести или друг специалист с квалификация за доплерова сонография на мозъчно кръвообращение (съгласно медицински стандарт "Нервни болести"), удостоверена чрез сертификат.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ:

- Диагностика и лечение на ТИА.
- Лечение на ТИА, с медицинска необходимост от активно лечение в рамките на 1 месец след дехоспитализацията

Б. ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ.

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

Диагностиката и лечението се осъществява, съгласно „Националния консенсус за диагностика и лечение на мозъчно – съдови заболявания 2024 г."

Биологичен материал (кръв) за медико-диагностични изследвания се взема до 3-тия час от приемането на болния. КТ или МРТ се извършва до 24 часа от началото на хоспитализацията за изключване на хеморагия или тумор.

Диагностични методи за уточняване на диагнозата, когато пациента е в стационар:

- КТ/МРТ;
- кръвна захар, урея, креатинин, електролити;
- хемостазеологичен статус - по клинични показания;
- ЕКГ;
- изследване на очни дъна - по клинични показания;
- рентгенография на бял дроб и сърце - по клинични показания;
- лумбална пункция - по показания;
- доплерова сонография (ДС);
- ангиография на мозъчни артерии - по показания;
- RR, пулс, анамнеза за артериална хипертония, сърдечно заболяване, захарен диабет.
- ЕЕГ - по показания.

Особености в протичането на болестта

Диагностичният процес в болничното заведение включва установяване на:

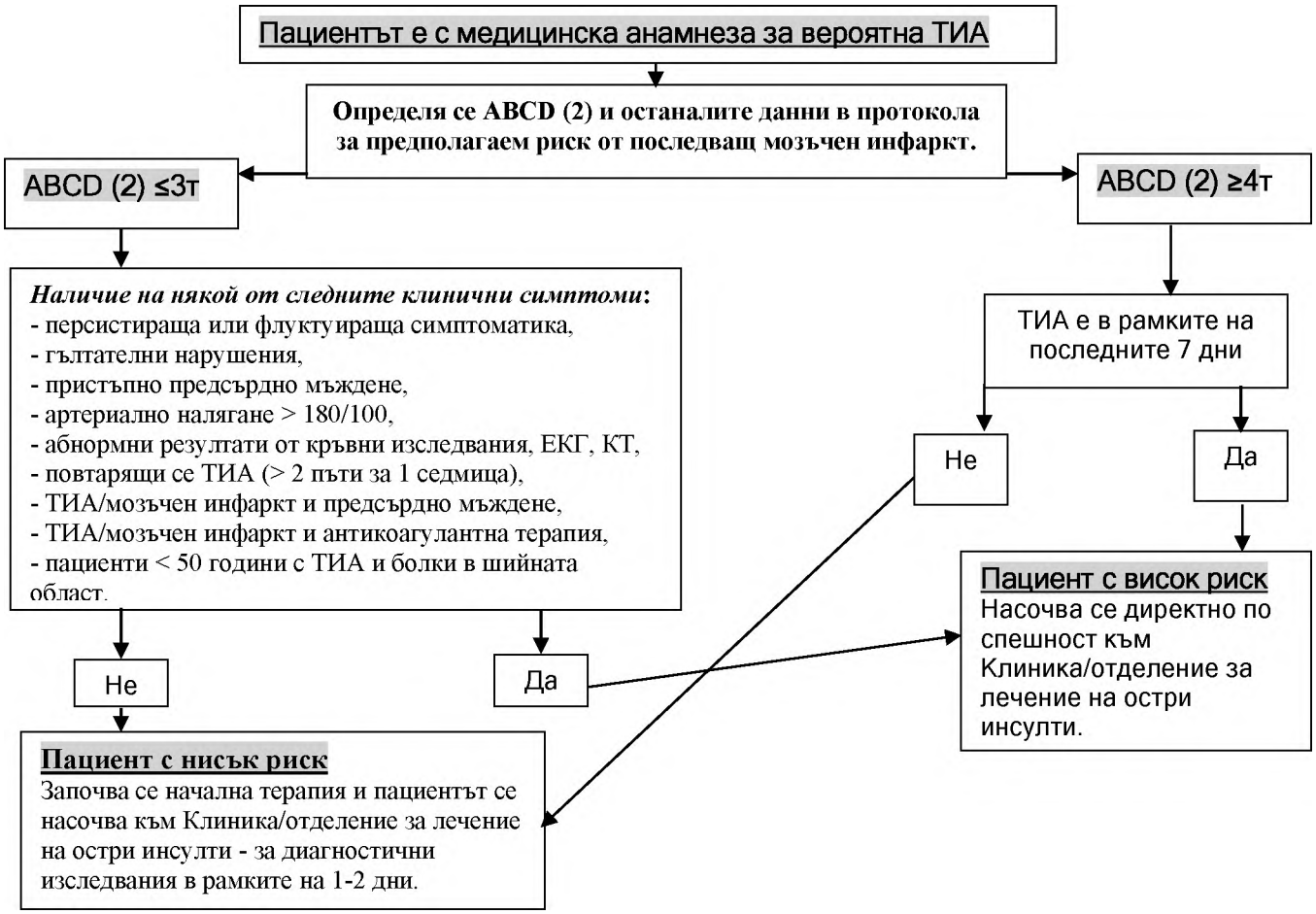
- вида на острото разстройство на мозъчното кръвообращение (ОРМК);
- локализацията - топична диагноза;
- етиологията - етиологична диагноза;
- тежест;
- придружаващите заболявания (сърдечно-съдови и други соматични);
- оценката на рисковите фактори.

Скала за оценка на последващия риск от развитие на мозъчен инфаркт при ТИА

Оценката по тази скала трябва да бъде задължителна част от документацията при дехоспитализация

ABCD(2) скала за оценка на последващия риск от развитие на мозъчен инфаркт (заграждa се по един резултат за всяка от изброените категории)		
Възраст:	≥ 60 години	1
	< 60 години	0
Артериално налягане:	Систола ≥ 140 mmHg или диастола ≥ 90 mmHg	1
	Систола < 140 mmHg и диастола < 90 mmHg	0
Клинична картина:	Едностранна слабост на крайниците	2
	Говорни нарушения без двигателен дефицит	1
	Други	0
Продължителност на клиничната симптоматика:	≥ 60 минути	2
	Между 10 и 59 минути	1
	< 10 минути	0
Захарен диабет:	Наличие	1
	Липса	0
	ОБЩО	

Алгоритъм на поведение към пациент с ТИА.



Диагностични методи, чието приложение се изисква за уточняване на особеностите в протичане на болестта: ангиография (магнитно-резонансна, КТ- и конвенционална) – по преценка; ехокардиография – по преценка.

СПЕЦИФИЧНО ЛЕЧЕНИЕ НА ТИА

- *Антиагреганти:* Acidum acetylsalicylicum - 325 мг (включен в първите 24 - 48 ч. след ТИА намалява сигнификантно леталитета и честотата на рецидивите).
- *Директни орални антикоагуланти* (ДОАК) - при предсърдно мъждене
- **Неспецифично лечение на ОРМК**:
- профилактика и лечение на дълбоки венозни тромбози - нискомолекулни хепарини;
- корекция на артериалното налягане;
- корекция на сърдечните аритмии и сърдечната недостатъчност;
- противооточно лечение – манитол – 1-2 g/kg/24 h., на 4-6 часа в бързи болусни инфузии и/или фуроземид 20 - 40 mg венозно;
- аналгетици (metamizole sodium);
- седация - бензодиазепини производни (диазепам);
- хидратация с левулозни и водно-солеви разтвори;
- кислородолечение при SaO2 <90%;
- инсулин при кръвна захар >12 mmol/l;
- антипиретици (при фебрилитет);
- антибиотик при инфекция.

Антиепилептично лечение (при необходимост) - според вида на евентуални гърчове и данните от ЕЕГ.

Антиеметично (при необходимост) - метоклопрамид (1 до 3 ампули венозно).

Поддържане на нормален флуиден статус.

Реанимационни мерки при усложнения:

- ендотрахеална интубация;
- поставяне на централен венозен катетър и следене на ЦВН;
- поставяне на назогастрална сонда за хранене;
- провеждане на апаратна вентилация;
- извършване на трахеостомия;
- определяне на кръвна група и кръвопреливане.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се поставя на базата на анамнезата, клиничното протичане на заболяването и извършените специализирани изследвания.

При персистиране на неврологичната симптоматика повече от 24 часа, пациентът се отчита по КП 50.1 - Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт без тромболиза при лица над 18 години.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

Диагностични, лечебни и рехабилитационни дейности и услуги при дехоспитализацията:

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични и/или медико-диагностични) и едно или повече от следните условия:

- установяване на топичната и етиологичната диагноза;

- липса на остър възпалителен процес.

Болните с ТИА се изписват от болницата и се насочват да продължат лечение (посочено в епикризата) и рехабилитация (двигателна и говорна) в домашни условия, балнеосанаториални заведения или хосписи под контрола на ОПЛ и специалиста невролог.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на „Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).

2. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ - в *"История на заболяването"*.

3. ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури" (бл. МЗ - НЗОК № 7).*;
- епикриза - получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника), отразен в ИЗ.

4. ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването"*.

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Мозъчно-съдовите заболявания включват различни исхемични и хеморагични нарушения, които се развиват в артериалната и венозната част на мозъчното кръвообращение: транзиторни исхемични атаки (ТИА), исхемични инсулти; мозъчни кръвоизливи (в мозъчното вещество) и/или в субарахноидното пространство (между мозъчните обвивки).

Сред социално значимите широко разпространени заболявания в нашата съвременност мозъчно-съдовите нарушения заемат основно място. Тяхното първостепенно медико-социално значение е резултат както от високата заболеваемост и леталитет, така и от тежката инвалидизация на част от преживелите мозъчен инсулт болни. Рисковите фактори, които довеждат до мозъчни инсулти, са: артериалната хипертония; генерализираната атеросклероза; диабетът; сърдечните пороци; сърдечните аритмии; кръвните заболявания и др. Важно значение имат и рисковите фактори по отношение начина на живот и хранене – наднормено тегло, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и медикаменти, стресови състояния и др.

Острите разстройства на мозъчното кръвообращение възникват остро с главоболие, гадене, повръщане с парализа на ръка и крак, и др. Това състояние изисква незабавен преглед от Вашия общопрактикуващ лекар или от лекар - специалист и е необходимо незабавно да постъпите в болница за диагностично уточняване и съответно лечение.

Отказът Ви от постъпване в болнично заведение крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение. Преди хоспитализацията ще получите копие от формуляра за информация на пациента. Можете да задавате въпросите си и да коментирате информацията с Вашия общопрактикуващ лекар, с невролога от извънболничната помощ или лекаря от приемния кабинет.

Трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте осмислили необходимостта от извършване на съответните диагностични и лечебни процедури. Ще получите допълнителна информация преди извършване на всяко изследване, както и преди оперативното лечение. Ако сте съгласен трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да бъдете приет в болницата да бъдат извършени съответните процедури. Ако Вашето състояние е такова, че не позволява да вземете сам решение (при нарушено съзнание), в тези случаи информираното съгласие ще бъде подписано от членове на Вашето семейство.

КП № 270 ЛЕЧЕНИЕ НА ИНФЕКЦИИ НА ПИКОЧО-ПОЛОВАТА СИСТЕМА

1. Минимален болничен престой - 5 дни

2.1 КОДОВЕ НА БОЛЕСТИ ПО МКБ-10

Възпалителни заболявания на бъбреците	
N10	Остър тубулоинтерстициален нефрит
N11.0	Необструктивен хроничен пиелонефрит, свързан с рефлукс
N11.1	Хроничен обструктивен пиелонефрит
N11.8	Други хронични тубулоинтерстициални нефрити
N11.9	Хроничен тубулоинтерстициален нефрит, неуточнен
N13.6	Пионефроза
N15.1	Бъбречен и пернефрален абсцес
A18.1†	Туберкулоза на пикочо-половите органи
Възпалителни заболявания на прикочен мехур	
N30	Цистит
N30.0	Остър цистит
N30.1	Интерстициален цистит (хроничен)
N30.2	Друг хроничен цистит
N30.3	Тригонит
N30.4	Радиационен цистит
N30.8	Други цистити
N30.9	Цистит, неуточнен
N33.0*	Туберкулозен цистит (използва се като допълнителен код към A18.1 - Туберкулоза на пикочо-половите органи)
O23.1	Възпалителни болести на пикочния мехур по време на бременността
Възпалителни заболявания на уретра	
N34	Уретрит и уретрален синдром
N34.0	Абсцес на уретрата
N34.1	Неспецифичен уретрит
N34.2	Други уретрити
N34.3	Уретрален синдром, неуточнен
A54.0	Гонококова инфекция на долните отдели на пикочо-половия тракт
A56.0	Хламидийни инфекции на долните отдели на пикочо-половия тракт
N37.0*	Уретрит при болести, класифицирани другаде
N39.0	Инфекция на пикочните пътища без уточнена локализация
Възпалителни заболявания на простатата	
N41.0	Остър простатит
N41.1	Хроничен простатит
N41.2	Абсцес на простатата
N41.3	Простатоцистит
N41.8	Други възпалителни болести на простатата
N41.9	Възпалителна болест на простатата, неуточнена
A59.0	Простатит† (N51.0*), причинен от *Trichmonas (vaginalis)*

N45	Орхит и епидидимит
N45.0	Орхит, епидидимит и (епидидимо-орхит) орхиепидидимит с абсцес
N45.9	Орхит, епидидимит и орхиепидидимит без абсцес
B26.0†	Паротитен орхит
N51.1*	Увреждания на тестиса и на епидидима при болести, класифицирани другаде
A60.0	Херпес-вирусни инфекции на половите органи и пикочо-половия тракт (могат да включват орхит/епидидимит, свързан с херпес)

Възпалителни заболявания на половия член и скротум

N48.1	Баланопостит
N48.2	Други възпалителни увреждания на половия член
N48.6	Баланит
N49.2	Възпалителни увреждания на скротума

Възпалителни заболявания на мъжките полови органи некласифицирани другаде

N49.0 Възпалителни увреждания на семенните мехурчета
N49.1 Възпалителни увреждания на семенната връв, на влагалищната обвивка и на семенния канал
N49.8 Възпалителни увреждания на други уточнени мъжки полови органи
N49.9 Възпалително увреждане на неуточнен мъжки полов орган

КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ ПО МКБ-9 КМ

ОСНОВНИ ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1923 Хематологични изследвания

91910-04	Кръвна картина – поне осем или повече от посочените показатели: хемоглобин, еритроцити, левкоцити, хематокрит, тромбоцити, MCV, MCH, MCHC
91910-05	Диференциално броене на левкоцити – визуално микроскопско или автоматично апаратно изследване
91910-07	Скорост на утаяване на еритроцитите

1926 Микробиологични изследвания

91920-02	Микробиологично/микроскопско изследване на урина за култура и чувствителност *Включва*: урокултура антибиограма
91937-02	Микробиологично/микроскопско изследване на кръв за култура и чувствителност

91932-02	Микробиологично/микроскопско изследване на проба от пикочен мехур и/или уретра и/или простата и/или семинални везикули и/или перивезикална тъкан и/или урина и сперма за култура и чувствителност

1932	Изследвания на урината
91920-12	Химично изследване на урина pH Белтък Билирубин Уробилиноген Глюкоза Кетони Относително тегло Нитрити Левкоцити Кръв
91920-01	Изследване на уринен седимент

1924	Биохимични изследвания
91910-13	Клинично-химични изследвания за креатинин
91910-14	Клинично-химични изследвания за урея
91910-19	Клинично-химични изследвания за С-реактивен протеин

1943 Ултразвук на корем и таз

55036-00 Ултразвук на корем

Включва: сканиране на уринарен тракт

Не включва: коремна стена (55812-00 [1950])
при състояния, свързани с бременност (55700 [1943], 55729-01 [1945])

1962 Компютърна томография на корем

Включва: регион от диафрагмата до криста илиака

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
при сканиране на:
- гръден кош (56301-01, 56307-01 [1957])
  - и
  - мозък (57001-01, 57007-01 [1957])
    - таз (56801-00, 56807-00 [1961])
- таз (56501-00, 56507-00 [1963])

56401-00 Компютърна томография на корем

1936 Компютърна томография на корем и таз

Включва: кост
бъбрек, уретер и мехур
меки тъкани

Не включва: компютърна томография при спирална ангиография (57350 [1966])
тази при сканиране на гръден кош (56801-00, 56807-00 [1961])

56501-00 Компютърна томография на корем и таз

56507-00 Компютърна томография на корем и таз с интравенозна контрастна материя
Компютърна томография на корем и таз без, след това с венозен контраст

ОСНОВНИ ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

1920 Приложение на фармакотерапия

Прилагане на фармакологични агенти със системен ефект

Не включва: прилагане на:

- кръв и кръвни продукти (виж блок [1893])
- фармакологичен агент за:
  - анестезия (виж блокове [1333], [1909] и [1910])
  - имунизация (виж блокове [1881] до [1884])
  - локален ефект (виж Индекс: Инжектиране, по локализация и инжектиране, по видове, по локализация)
  - поведение при ектопична бременност (виж блок [1256])
  - поведение при болка (виж блокове [31] до [37] и [60] до [66] и [1552])
  - перфузия (виж блок [1886])
  - ваксинация (виж блокове [1881] до [1883])

хирургическо прилагане на химиотерапевтични агенти (виж блок[741])

Забележка: Последващият списък с приложения е създаден за употреба с кодовете от блок [1920] Прилагане на фармакотерапия

96199-02 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, противоинфекциозен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-09 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, друг и неспецифичен фармакологичен агент

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт
- Port-A-Cath
- резервоар (подкожен)
- устройство за съдов достъп
- венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

- поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
- зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

96199-08 Интравенозно приложение на фармакологичен агент, електролит

Виж допълнителни знаци

Прилагане на фармакологичен агент чрез:

- инфузионен порт

• Port-A-Cath
• резервоар (подкожен)
• устройство за съдов достъп
• венозен катетър

Кодирай също когато е направена:

• поставяне, изваждане или ревизия на устройство за съдов достъп (виж блок [766])
• зареждане на устройство за доставяне на медикаменти (96209 [1920])

Не включва: хирургична катетеризация с прилагане на химиотерапевтичен агент (виж блок [741])

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са приложени и отчетени две основни диагностични и две основни терапевтични процедури.

Ехографска снимка с имената на пациента и дата на изследването се прилагат задължително в ИЗ.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение най-малко на второ ниво на компетентност от обхвата на медицинската специалност „Урология“, съгласно медицински стандарт „Урология“; от обхвата на медицинската специалност „Хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Хирургия“; от обхвата на медицинската специалност „Детска хирургия“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Детска хирургия“; от обхвата на медицинската специалност „Акушерство и гинекология“, осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт „Акушерство и гинекология“ (за процедури с кодове N30, N30.0, N30.1, N30.2, N 30.3, N30.4, N30.8, N30.9, N33.0*, O23.1).

Изискванията за наличие на задължителни звена, апаратура и специалисти са в съответствие с посочените медицински стандарти.

а) ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и със структури на извънболничната или болничната помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по урология или Клиника / отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия или Клиника/отделение по акушерство и гинекология при отчитане на заболявания с код по МКБ 10: N30, N30.0, N30.1, N30.2, N 30.3, N30.4, N30.8, N30.9, N33.0* и O23.1;
2. Клинична лаборатория I ниво, микробиологична лаборатория
3. Образна диагностика - рентгенова апаратура, КАТ или ЯМР
4. Ехографска апаратура

***Забележка:** В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, микробиология, КАТ и ЯМР, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория, микробиология или образна диагностика от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория, клинична лаборатория, микробиология или образна диагностика – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията или отделението по образна диагностика, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по урология.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

ЛЗ изпълнител на болнична помощ е длъжно да осигури дейността на съответното структурно звено чрез договор с друго лечебно заведение, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клинична микробиология – на територията на областта

б) НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА.

Блок 1. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- за клиника/отделение по урология – четирима лекари, от които двама със специалност по урология;
- за клиника/отделение по хирургия– четирима лекари с придобита медицинска специалност по хирургия;
- за клиника/отделение по акушерство и гинекология – петима лекари, от които: четирима със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография и един с допълнителна квалификация по оперативна гинекология или тазова хирургия.
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;

Блок 2. Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- един лекар със специалност по урология или лекар със специалност по детска хирургия
- за клиника/отделение по акушерство и гинекология – петима лекари, от които: четирима със специалност „Акушерство и гинекология“, един с допълнителна квалификация по ехография и един с допълнителна квалификация по оперативна гинекология или тазова хирургия.
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория;
- лекар със специалност по педиатрия.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

а) ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ.

Дейностите и услугите в обхвата на тази клинична пътека се осъществяват незабавно или се планират за изпълнение в зависимост от развитието, тежестта и остротата на съответното заболяване и определения диагностично-лечебен план.

Налице са минимум три от посочените по-долу индикации:

- болка в областта на бъбреците и/или над симфизата;
- дизурични оплаквания;
- симптоми на долни пикочни пътища;
- прояви на фебрилно-интоксикационен, консумативен, септичен и анемичен синдром;
- положително succussio renalis
- левкоцитурия и/или бактериурия (микробиологично);
- промени в кръвната картина и биохимичните показатели за възпалителен процес;
- влошаване на бъбречната функция, евентуално положителна хемокултура и ехографска находка;
- съмнение за аномалии на бъбреците и пикочните пътища;
- силна палпаторна болезненост на тестиса и едем на скротума.

б) ДИАГНОСТИЧНО – ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

ДИАГНОСТИЧНО– ЛЕЧЕБНИЯТ АЛГОРИТЪМ Е ЗАДЪЛЖИТЕЛЕН ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ И ОПРЕДЕЛЯ ПАКЕТА ОТ БОЛНИЧНИ ЗДРАВНИ ДЕЙНОСТИ, КОИТО СЕ ЗАПЛАЩАТ ПО ТАЗИ КЛИНИЧНА ПЪТЕКА.

Прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

1. Вземане на биологичен материал (кръв и/или урина) за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента. Урокултура се взема до 48 час от началото на хоспитализацията.
2. Образни изследвания - диагностичен ултразвук (ехография) и/или рентгенови изследвания, КАТ и ЯМР се извършват (в рамките на болничния престой).
3. Медико-диагностични изследвания се извършват в хода на болничния престой на пациента, за ретроградната цистоуретрография - след стерилизиране на урината.

За пациенти на възраст под 18 години: ако се налагат рентгенови изследвания, те се извършват в хода на болничния престой на пациента, за ретроградната цистоуретрография - след стерилизиране на урината.

Контролни клинико-лабораторни и/или образни изследвания задължително се извършват до края на болничния престой на пациента.

ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА, ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ Е ДЛЪЖНО ДА ОСИГУРЯВА СПАЗВАНЕТО ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА, УСТАНОВЕНИ В ЗАКОНА ЗА ЗДРАВЕТО.
ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТА СЕ УПРАЖНЯВАТ ПРИ СПАЗВАНЕ НА ПРАВИЛНИКА ЗА УСТРОЙСТВОТО, ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА.

Окончателната диагноза се базира на резултатите от клиничните, лабораторни, образни и инструментални изследвания.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Контрол на здравното състояние на пациента и медицинско заключение за липса на медицински риск от приключване на болничното лечение въз основа на обективни данни за стабилизиране на състоянието (клинични/параклинични) и:

Медицински критерии за дехоспитализация:

- повлияване на клиничните оплаквания (намаляване на болката и дизуричните оплаквания;
- липса на фебрилитет;
- подобряване на лабораторните показатели - левкоцитурия, левкоцитоза.
- задължително извършено микробиологично изследване при предходен положителен резултат.
- липса на значими субективни оплаквания

Довършване на лечебния процес и проследяване

В цената на клиничната пътека влизат до два контролни прегледа при явяване на пациента в рамките на един месец след изписване и задължително записани в епикризата.

Контролните прегледи след изписване на пациента се отразяват в специален дневник/журнал за прегледи, който се съхранява в диагностично-консултативния блок на лечебното заведение – изпълнител на болнична помощ.

При диагноза, включена в Наредба № 8 от 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията (Наредба № 8 от 2016 г.), пациентът се насочва за диспансерно наблюдение, съгласно изискванията на същата. Диспансеризацията на злокачествените заболявания се провежда само в ЛЗБП и в КОЦ, като обемът и честотата на дейностите по диспансерно наблюдение са съгласно заложения алгоритъм.

МЕДИЦИНСКА ЕКСПЕРТИЗА НА РАБОТОСПОСОБНОСТТА – извършва се съгласно Наредба за медицинската експертиза на работоспособността.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА се документира в "*История на заболяването*" (ИЗ) и в част II на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7.*

ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДИАГНОСТИЧНО - ЛЕЧЕБНИЯ АЛГОРИТЪМ – в *"История на заболяването".*

ИЗПИСВАНЕТО/ПРЕВЕЖДАНЕТО КЪМ ДРУГО ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ СЕ ДОКУМЕНТИРА В:

- *"История на заболяването";*
- част III на *"Направление за хоспитализация" - бл.МЗ-НЗОК №7*;
- епикриза – получава се срещу подпис на пациента (родителя/настойника)

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ (Документ №.....) – подписва се от пациента (родителя/настойника) и е неразделна част от *"История на заболяването".*

ДЕКЛАРАЦИЯТА ЗА ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ СЕ ПРИКРЕПЯ КЪМ ЛИСТ "ИСТОРИЯ НА ЗАБОЛЯВАНЕТО"

ДОКУМЕНТ № 4

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ /НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

Вие сте приет в лечебното заведение поради **остро възпалително заболяване на пикочо-половата система**. Тези състояния са причинени най-често от бактерии, могат да прогресират бързо и да доведат до сериозни нарушения във функциите на органите и дори до животозастрашаващи състояния като сепсис.

Заболявания, включени в тази клинична пътека:

Заболяване	Кратко описание и протичане
Пиелонефрит	Това е **възпалително заболяване на бъбреците**. Може да бъде остро или хронично. При остро протичане, особено когато е съпроводено с висока температура и изразен интоксикационен синдром, съществува риск от бързо прогресиране и развитие на **бъбречен или перинефрален абсцес**.
Цистит	**Възпаление на пикочния мехур**. Основните симптоми са свързани с **долните пикочни пътища: често уриниране**, **внезапни позиви** и **болезнено уриниране.**
Уретрит	**Възпаление на пикочния канал (уретрата)**. Протича с **болка, парене при уриниране** и често с наличие на **уретрален секрет.** Секретът може да бъде оскъден и воднист (при неспецифичен уретрит) или обилен и гноен (напр. при гонорея). Нелекуван, може да доведе до образуване на **абсцес или стеснения на уретрата**.
Простатит	**Възпаление на простатната жлеза**. **Острият простатит** е тежко състояние, характеризиращо се с **висока температура, втрисане, често и болезнено уриниране**. Болката е локализирана в **перинеума** (областта между ануса и скротума) и може да се разпространява към долната част на гърба и ректума. При преглед простатата е **уголемена, напрегната и силно болезнена**, като потенциално усложнение може да се развие и **абсцес**.
Орхиепидидимит	**Възпаление на тестиса (орхит) и/или надсеменника (епидидимит)**. Протича с **болка и подуване в областта на скротума**. Възпалението може да бъде с или без формиране на **абсцес**.
Баланит	**Възпаление на главичката на половия член** (пениса). Характеризира се със зачервяване, сърбеж, болка в областта на главата на половия член. Често се съчетава с възпаление на препуциума.

ДИАГНОСТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

За поставяне на точна диагноза, определяне на причинителя и оценка на тежестта на заболяването, ще бъдат извършени следните задължителни изследвания:

- **Кръвни изследвания (ПКК)**: За оценка на общото състояние и наличието на възпалителна компонента.
- **Биохимични изследвания (Урея, Креатинин)**: За оценка на бъбречната функция.
- **Микробиологични изследвания (Култура и Чувствителност)**: За идентифициране на причинителя (бактерията) и определяне на подходящия антибиотик (антибиограма). Това може да включва вземане на проба от урина, кръв (хемокултура при тежки състояния) или секрет от засегнатия орган.
- **Образна диагностика**: **Ултразвук (УЗ)** или **Компютърна томография (КТ)** на корем и/или таз – по преценка, за търсене на абсцеси, обструкции или оценка на бъбречното засягане.

Всички медико-диагностични изследвания задължително се **документират с оригинални документи** и се прикрепват към Вашата История на заболяването (ИЗ).

ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ

Основното лечение е насочено към овладяване на инфекцията и стабилизиране на жизнените Ви функции.

- **Антиинфекциозна терапия**: Провеждане на **интравенозно приложение на антибиотик** (фармакологичен агент, противоинфекциозен агент), което е ключово за лечението на тези възпаления.
- **Поддържащо и Интензивно лечение**: Включва **инфузия на електролити** и други инфузионни разтвори за корекция на баланса и подобряване на общото състояние, особено при тежко възпаление.

Отказът Ви от болничното лечение или извършване на необходимите изследвания или някое от тях крие риск от неточност в диагнозата и вземане на погрешно решение за лечение; това може да доведе до усложняване на заболяването или неговото хронифициране.

Преди постъпването Ви в отделението ще получите копие от формуляра за информация на пациента; можете да задавате въпросите си и да коментирате тази информация с Вашия личен лекар или лекаря уролог от приемния кабинет; трябва да сте сигурен, че разбирате смисъла на предоставената Ви информация и сте имал достатъчно време да я осмислите. В случай, че се наложат допълнителни инструментални изследвания ще получите допълнителна информация за целта и начина на тяхното провеждане, начина на подготовка и евентуалните рискове и усложнения. Ако сте съгласен, трябва да подпишете, че разбирате съдържанието на документа и сте съгласен да постъпите в болница за съответните изследвания и лечение.

За Националната здравно-осигурителна каса:

Председател на НС на НЗОК:

Росица Велкова - Желева

Членове на НС на НЗОК:

Галя Александрова

д-р Христо Стоянов

Борис Михайлов

д-р Иван Кокалов

Теодор Василев

Боян Бойчев

Тодор Воденичаров

д-р Стойчо Кацаров

За Българския лекарски съюз:

Председател на УС на БЛС:

д-р Николай Брънзалов

Членове на УС на БЛС:

д-р Иван Маджаров

д-р Валери Веселинов

д-р Валентин Пеев

д-р Николай Колев

д-р Генка Пейчева

д-р Георги Миндов

доц. д-р Георги Тодоров

д-р Иво Парунов

д-р Кирил Недялков

д-р Мария Ганчевска - Царева

проф. д-р Огнян Хаджийски

д-р Росен Айков

д-р Христо Димитров

проф. д-р Христо Шивачев

Управител на НЗОК:
д-р Владимир Даскалов

Съгласувал:
Министър на здравеопазването:
Катя Ивкова